ISSN: 1870-2767

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO I:

PRODUCTOS DEL MÓDULO

(Generación 2005-2007, primer semestre)

Francisco Domingo Vázquez Martínez
(Compilador)

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO I: PRODUCTOS DEL MÓDULO
(Generación 2005-2007, primer semestre)
Francisco Domingo Vázquez Martínez
(Compilador)
2

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA / UV

COLECCIONES EDUCATIVAS 2 EN SALUD PÚBLICA

Universidad Veracruzana
Dr. Raúl Arias Lovillo
Rector

Dr. Ricardo Corzo Ramírez
Secretario Académico

Lic. Víctor Aguilar Pizarro
Secretario de Administración y Finanzas

Dr. Adalberto Tejeda Martínez
Director General de Investigaciones

Dr. Porfirio Carrillo Castilla
Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Dr. Agustín Aguirre Pitalúa
Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud

Mtro. Enrique Hernández Guerson
Director del Instituto de Salud Pública

Comité Editorial
Mtra. S. Areli Saldaña Ibarra
Editor
Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Co- Editor
Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Dra. Edit Rodríguez Romero
Dr. Domingo Vázquez Martínez

Coordinación Administrativa
C.P. Angélica Tapia Vázquez

Diseño Editorial:
María Elena López Vázquez

Francisco Domingo Vázquez Martínez
dvazquez@uv.mx
(Compilador)

ISSN: 1870-2767
Gestión del Conocimiento I:
Productos del Módulo
(Generación 2005-2007, primer semestre)
2007

Instituto de Salud Pública
Universidad Veracruzana
Primera edición, Xalapa, Ver. 2007.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO I:
Productos del Módulo

(Generación 2005-2007, primer semestre)

Francisco Domingo Vázquez Martínez

(Compilador)

2007

Fco. Domingo Vázquez Martínez
(Compilador)

Gestión del Conocimiento I:
Productos del Módulo
(Generación 2005-2007, primer semestre)
2007

Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana

Primera edición, Xalapa, Ver. 2007
Se imprimió en los talleres de DOCUMASTER S.A de C.V
Av. Coyoacán 1450 Bis Col. Del Valle
CP. 03220 México DF.

Edición digital
María Elena López Vázquez

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. Castelazo Ayala s/n. Col. Industrial Ánimas.
C.P. 91190. Xalapa, Ver.
dvazquez@uv.mx

CONTENIDO

Presentación 5

Programa del módulo: Gestión del Conocimiento I 9

Salud del estudiante universitario: una propuesta basada en la metodología participativa 31
Perla Madahí Calderón Rodríguez, Ma. Luisa Sánchez Murrieta y J. Antonio Montiel Domínguez

Información anticonceptiva y embarazo en adolescentes 57
Betzaida Cuevas Córdoba y María Silvia de los Ángeles Xolocostli Munguía

Factores protectores relacionados con la toma de Papanicolaou 71
Mónica Carrasco Gómez, Claudia Patricia Laguna Martínez y Ricardo Zamudio Vega

Conocimiento de la población femenina sobre métodos de planificación familiar: implante subdérmico 87
Eric Abad Espíndola y Felipe Alejandro López Arriaga

Control prenatal, obstáculos y oportunidades 113
Alejandra Arellano Ale, Josefa Patricia Marín Lozano y María de Lourdes Mota Morales

Razones de la paciente para la elección de la operación cesárea en la clínica-hopital del ISSSTE en Xalapa, Veracruz 127
Ma. de la Luz Díaz Zamudio, Nelson Rivera Vázquez y Nancy Villegas García

Conocimiento que tienen las madres de los menores de cinco años sobre infección respiratoria aguda 143
Francisco Javier Auñón Segura, Evangelina Montes Villaseñor y Charbel Elizabeth Rosas López

El desempeño laboral en el sector salud: la autopercepción del personal del Centro de Salud Dr. Gastón Melo 161
María Elena Aguirre Pavón, Andrea Isunza Vera y Francisco Antonio Zubieta Vargas

Elementos que obstaculizan la elaboración del diagnóstico de salud en el Centro de Salud Revolución 183
Esmeralda Bernal Aguilera, Sara Flores Méndez y Alberto Morales Rodríguez

Hacemos lo que pensamos: concepción de calidad en los Servicios de Salud de Veracruz 201
Jaziel Anaya Cassou , Oswall Johnny Marín Marín y Christian Ortiz Chacha

Los grupos de ayuda mutua (GAM) y los efectos sobre la salud de sus participantes 225
Hansy Cortés Jiménez, Gaudencio Gutiérrez Alba y Guadalupe Berenice Santos Adolfo

PRESENTACIÓN

La Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana inició actividades en el 2001; han egresado dos generaciones de alumnos (2001-2003 y 2003-2005) y una tercera (2005-2007) la cursa actualmente. El plan de estudios actual de la Maestría es diferente del que tuvieron las dos primeras generaciones. Hoy todo gira alrededor de las competencias profesionales establecidas para los egresados de la Maestría. Las competencias profesionales se establecen a partir de las funciones clave y éstas se derivan del propósito clave de la salud pública.

El propósito clave de la salud pública del que se desprende el actual plan de estudios es:

> *Realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario.*

A partir de este propósito se construyeron varias funciones clave; la relacionada directamente con las competencias desarrolladas en el módulo de *Gestión del Conocimiento I* es:

> *Promover y participar en la formación de recursos humanos en salud, así como en la producción y utilización del conocimiento para el beneficio de la salud de la población; de igual manera, en la educación para la salud de la población, buscando el empoderamiento de la misma en lo que se refiere a su salud.*

Entre las competencias que se desprenden de la función clave enunciada está la que explica el módulo de *Gestión del Conocimiento I*:

Diseñar y ejecutar proyectos de investigación de acuerdo con las necesidades sociales relacionadas con la salud

El módulo de *Gestión del Conocimiento I* tiene el objetivo de que los alumnos al terminar el módulo hayan realizado una investigación. Se parte del convencimiento de que la investigación, como la salud pública en general, se aprende haciéndola. Este trabajo integra los reportes de investigación realizados por los alumnos durante el transcurso de este módulo; constituyen una evidencia más, quizás la de mayor importancia, de que el módulo alcanzó su objetivo y de que los alumnos desarrollaron la competencia enunciada.

El Desarrollo del Módulo

El módulo fue cursado entre agosto de 2005 y febrero de 2006. No hubo deserciones, lo que significa que los 31 alumnos que lo iniciaron lo terminaron. Se integraron once equipos de trabajo y se asignó a cada equipo una sede (una institución de salud) en la que realizaron la investigación.

Una vez incorporados a las instituciones de salud, los alumnos exploraron, junto con los responsables de las sedes, los problemas sentidos en cada una de ellas y eligieron, en concierto, aquellos con posibilidades de ser abordados de acuerdo con la importancia para las instituciones de salud, los recursos disponibles y los objetivos del módulo.

Seleccionado el tema, se realizó el protocolo de investigación, mismo que se presentó para su consideración a los responsables de los servicios. Además, los once proyectos se presentaron en una plenaria efectuada en el auditorio de la Unidad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. Una vez aprobados los proyectos, se desarrollaron en sus respectivas sedes, con el apoyo teórico y técnico de los profesores del Instituto.

Los proyectos de investigación y los avances logrados se presentaron en las sedes en donde se realizaban, con los propósitos de retroalimentar el proceso y de rendir cuentas de los apoyos recibidos. Los resultados definitivos se presentaron en una sesión conjunta en el auditorio de la Unidad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana.

En síntesis, entre los productos generados en este módulo figuran: once proyectos de investigación, 33 presentaciones académicas y los once reportes que integran este trabajo.

La difusión de los reportes de investigación es fundamental. Un proyecto de investigación científica culmina con la divulgación de los resultados obtenidos; queda inconcluso sino hay presentación oral y escrita de sus productos. En este sentido, la difusión de las investigaciones realizadas es parte ineludible del proceso de investigación y, en consecuencia, un elemento a considerar en cualquier curso de investigación. Además, publicar los resultados es importante para poner a consideración de la comunidad científica la obra ejecutada. La divulgación de los resultados de las investigaciones busca la crítica del trabajo hecho, ésta es la esencia del conocimiento científico. En este sentido, no sólo se reciben sino que se agradecen de antemano todos los comentarios que se quieran enviar a propósito de los artículos contenidos en esta *memoria*. Seguramente servirán para mejorar el próximo curso, obtener mejores resultados y lograr una mayor competencia para generar conocimiento en nuestros alumnos.

Con el propósito de que los lectores tengan una idea más precisa del proceso que culmina con la publicación de este trabajo se incorpora el programa del Módulo *Gestión del Conocimiento I*. Seguramente está información también será de gran utilidad para realizar una evaluación global de los resultados que aquí se presentan.

Los trabajos realizados no fueron modificados de fondo, se presentan tal cual los entregaron los alumnos para su evaluación final. La idea es presentar un resultado real, que sirva de medición basal para evaluar los cambios que tengan los resultados de los próximos cursos.

Reconocimientos y Agradecimientos

Por otro lado, los trabajos aquí presentados son un producto de la colaboración y la vinculación entre los servicos de salud y el Instituto de Salud Pública. El trabajo realizado ha sido arduo, no se habría logrado sin la participación profesional, comprometida e incondicional de los profesores de los servicios de salud que recibieron, orientaron y apoyaron en todo momento a los alumnos, específicamente del Dr. Pedro Silva Cerón (Director del Centro de Salud de la colonia Arroyo Blanco), el Dr. Javier Sosa Mirós (Director del Centro de Salud Maraboto), la Dra. Imelda Martínez Bueno (Directora del Centro de Salud de Banderilla, Ver), el Dr. Carlos Humberto Sotelo Soto (Director del Centro de

Salud Miguel Alemán), la Dra. Dulce Ma. Castellanos Izaguirre (Directora del Centro de Salud de la colonia Emiliano Zapata), el Dr. Mariano Hernández Ortega (Director del Centro de Salud Colonia Lerdo de Tejada), el Dr. Ángel Luis Cortés Lagunes (Director del Centro de Salud colonia Revolución), el Dr. Genaro Esteban Carrasco (Director del Centro de Salud Dr. Gastón Melo), todos ellos adscritos a la Jurisdicción Sanitaria V de Xalapa, Ver., el Dr. Adrián Bueno Bello (Director de la Clínica-Hospital del ISSSTE), y la Dra. Sobeida Blázquez Martínez (Jefa de Enseñanza del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana), la Dra. Alma Cruz Juárez (Directora del CENATI) y en general con la colaboración del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana.

De igual manera, estos trabajos no podrían haberse realizado sin la valiosa participación de los profesores titulares y adjuntos de las diversas unidades del curso: Enrique Hernández Guerson, Cecilia Cortés Salazar, Manuel Luzanía Valerio, Cristina Ortíz León, Sandra Areli Saldaña Ibarra y Roberto Zenteno Cuevas.

A todos ellos nuestro reconocimiento y agradecimiento por el trabajo realizado.

Domingo Vázquez Martínez

Coordinador del Módulo

PROGRAMA DEL MÓDULO: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO I

UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO DE SALUD PUBLICA

PROGRAMA DE ESTUDIO: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MÓDULO: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO I

CARACTERÍSTICAS DE MÓDULO: TEÓRICO- PRÁCTICO
OBLIGATORIO

SEMESTRE: PRIMERO

Horas Teóricas: 75 Hora Práctica: 240

CRÉDITOS TEORÍA: 10 **CRÉDITOS PRÁCTICA: 16**

RESPONSABLES DE ELABORACIÓN: Enrique Hernández Guerson,
Ma. Cristina Ortiz León,
Fco. Domingo Vázquez Martínez,
Roberto Zenteno Cuevas.

COORDINADOR DEL MÓDULO: Fco. Domingo Vázquez Martínez.

PROFESORES TITULARES: Enrique Hernández Guerson,
Cecilia Cortés Salazar,
Manuel Luzanía Valerio,
Cristina Ortiz León,
Sandra Areli Saldaña Ibarra,
Domingo Vázquez Martínez,
Roberto Zenteno Cuevas.

FECHA DE ELABORACIÓN: 11 DE JULIO 2005

JUSTIFICACIÓN

El propósito clave de la salud pública del que se partió para elaborar el plan de estudios de la maestría en Salud Pública es:

> *Realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario.*

Para lograr este propósito se establecieron varias funciones clave, entre las que se tiene

> *Promover y participar en la formación de recursos humanos en salud, así como en la producción y utilización del conocimiento para el beneficio de la salud de la población; de igual manera, en la educación para la salud de la población, buscando el empoderamiento de la misma en lo que se refiere a su salud.*

A la función clave enunciada le corresponden la siguiente función principal:

> *Producir y utilizar conocimiento para beneficio de la salud de la propia población.*

Entre las competencias de dicha función principal están:

> *Diseñar y ejecutar proyectos de investigación de acuerdo con las necesidades sociales relacionadas con la salud.*
>
> *Utilizar crítica y creativamente los resultados de los proyectos de investigación.*

El módulo de *Gestión del Conocimiento I* integra los elementos de aprendizaje necesarios para que los alumnos adquieran las competencias enunciadas.

Pre requisitos de módulos antecedentes:	Vinculación con módulos horizontales:
No tiene	Salud Pública I

OBJETIVO GENERAL

Que los alumnos al concluir el Módulo sean capaces de:

> *Diseñar proyectos de investigación encaminados a conocer mejor la situación de salud-enfermedad de una población.*
> *Realizar una lectura crítica de los resultados de las investigaciones.*

METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

Para el logro de los objetivos planteados, los alumnos diseñarán y realizarán un proyecto de investigación que contribuya al conocimiento de la situación de salud de las comunidades que correspondan a los servicios de salud a los que estén incorporados durante este semestre. Se busca que los alumnos se enfrenten a una necesidad concreta de investigación, derivada del quehacer cotidiano en los servicios de salud, y que a partir de ese punto emprendan la elaboración de un protocolo de investigación que les permita contestar las preguntas planteadas. Se facilitan las

condiciones para que se den aprendizajes significativos, esto es, que los alumnos vinculen en todo momento la información con una realidad concreta.

PAPEL DEL DOCENTE

Orientar, impulsar y facilitar la búsqueda de información de los alumnos; así como su utilización en la elaboración de un protocolo de investigación.

Contenido temático:

Unidad didáctica	Contenido temático	Horas		
		Teóricas	Prácticas	Total
I	Introducción	4.00	0.00	4.00
II	Diseño de la Investigación	21.00	67.00	88.00
III	Obtención y procesamiento de datos	24.00	99.00	123.00
IV	Análisis de datos y resultados de la investigación	14.00	51.00	65.00
V	Lectura crítica de artículos científicos	8.00	23.00	31.00
VI	Integración y evaluación	4.00	0.00	4.00
Total		75.00	240.00	315.00

Unidad I. INTRODUCCIÓN

Responsable: Domingo Vázquez Martínez
Duración: 1 semana
Horas teóricas: 4
Horas prácticas: 0

Núm. de sesión	Tema	Objetivo específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1	Presentación y encuadre.	Que los participantes en el curso conozcan el programa y la dinámica del módulo.	Los profesores presentan el programa del módulo.	1	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
2	Fundamentos de la investigación científica.	Que los alumnos se acerquen a los fundamentos filosóficos de la investigación y distingan entre investigación cuantitativa y cualitativa.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	2	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
3	El proceso de la investigación científica.	Que los alumnos enuncien y analicen las diferentes etapas del proceso de investigación.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	3	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
4	Importancia de la ciencia y de la tecnología.	Que los alumnos discutan los alcances y las limitaciones de la ciencia y de la tecnología para la solución de los problemas en salud pública.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	4	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.

Bibliografía básica

1. Programa del módulo
2. Elia B. Pineda, Eva Luz de Alvarado, Francisca H de Canales, “Bases filosóficas del conocimiento” En: *Metodología de la Investigación* (2da ed). EE.UU. Organización Panamericana de la Salud, 1994: 7-14
3. Elia B. Pineda, Eva Luz de Alvarado, Francisca H de Canales, “Momentos del proceso de investigación. ¿Cuál es el camino?” En: *Metodología de la Investigación* (2da ed). EE.UU. Organización Panamericana de la Salud, 1994: 17-35
4. Oswaldo Paulo Forattini (Editorial) A ciencia e as necesidades básicas. *Rev. Saúde Pública*, 2000;34(2):109-110

Evaluación:
Control de lectura (50 por ciento) y discusión grupal (50 por ciento)

Acreditación:
70 en una escala de 100

Unidad II. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
Responsable: Enrique Hernández Guerson
Adjunto: Sandra Areli Saldaña Ibarra
Duración: 6 semanas
Horas teóricas: 21
Horas prácticas: 67

Núm. de sesión	Tema	Objetivo específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1	El problema de investigación y el objetivo de la investigación.	Distinguir y aplicar la racionalidad de la lógica pregunta-respuesta en la investigación en salud.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	1	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
2	El problema de investigación y el objetivo de la investigación.	Distinguir y aplicar la racionalidad de la lógica pregunta-respuesta en la investigación en salud.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	2	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
3	El problema de investigación y el objetivo de	Distinguir y aplicar la racionalidad de la lógica pregunta-	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de	3	Control de lectura y calidad de participación

Núm. de sesión	Tema	Objetivo específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
	la investigación.	respuesta en la investigación en salud.	la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.		en la discusión grupal.
4	El problema de investigación y el objetivo de la investigación.	Conocer las preguntas de investigación de los participantes.	Los alumnos expondrán sus preguntas de investigación.		Pregunta de investigación tentativa de cada uno de los participantes.
5	Marco teórico. El camino de la hipótesis.	Comprender que el estado de la pregunta no implica la ausencia de la teoría.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	4	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
6	Marco teórico. El camino de la hipótesis.	Comprender que el estado de la pregunta no implica la ausencia de la teoría.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	5	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
7	Búsqueda de información.	Identificación y uso de las fuentes de información acordes con la problemática planteada.	Individual/colectiva: Incorporar al objeto de estudio y su respectiva problematización, criterios que den sentido de relevancia a la propuesta de investigación.	6	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
8	Búsqueda de información	Identificación y uso de las fuentes de información acordes con la problemática planteada.	Individual/colectiva: Incorporar al objeto de estudio y su respectiva problematización, criterios que den sentido de relevancia a la propuesta de	7	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.

Núm. de sesión	Tema	Objetivo específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
			investigación.		
9	Marco teórico. El camino de la hipótesis.	Que los alumnos construyan el marco teórico de su investigación.	Los alumnos expondrán el marco teórico de sus preguntas de investigación.		Estado de la cuestión con base a tres perspectivas teóricas y tres empíricas como mínimo.
10	Diseño metodológico. El tipo de estudio.	Aplicar el rigor que corresponda a la problemática de investigación.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	8	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
11	Diseño metodológico. El tipo de estudio.	Aplicar el rigor que corresponda a la problemática de discusión.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	9	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
12	Diseño metodológico. El tipo de estudio.	Aplicar el rigor que corresponda a la problemática de investigación.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	10	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
13	Diseño metodológico. Los sujetos, las variables/ categorías, las técnicas y el análisis.	Caracterización operativa de la propuesta de investigación.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	11	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.

Núm. de sesión	Tema	Objetivo específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
14	Diseño metodológico. Los sujetos, las variables/ categorías, las técnicas y el análisis.	Caracterización operativa de la propuesta de investigación.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. En la sesión expondrán y discutirán las principales ideas del tema. El profesor hará una síntesis del tema.	12	Control de lectura y calidad de participación en la discusión grupal.
15	Diseño metodológico. Los sujetos, las variables/ categorías, las técnicas y el análisis.	Que los alumnos elaboren la metodología de su protocolo de investigación.	Los alumnos expondrán la metodología de su trabajo de investigación.		Incorporar al objeto de estudio y su respectiva problematiza-ción, criterios que den sentido de factibilidad a la propuesta de investigación.
16	Los recursos y su distribución.	Correspondencia entre intención y realidad.			Calidad de participación en la discusión grupal.
17	Presentación de proyectos de investigación.				Proyecto de investigación ajustado.
18	Presentación de proyectos de investigación.				Proyecto de investigación ajustado.

Bibliografía Básica

1. Charles S. Pierce (1988). “La fijación de la creencia” en Pierce Charles S. *El hombre, un signo.*
2. Collinwood R.G.(1974). *Autobiografía*. México. Fondo de Cultura Económica
3. Canales Hernández Francisca (1994). “Problemas y objetivos”. En *Metodología de la investigación*. Colombia: OPS pp 71-84
4. Canales Hernández Francisca (1994). “Marco teórico”. En *Metodología de la investigación.* Colombia: OPS pp 85-104.
5. Polit D. (1991). “Ubicación del problema dentro de un contexto teórico”. En *Investigación científica en ciencias de la salud.* México: Interamericana-McGRAW-HILL. Pp 116-138
6. Las necesarias a los proyectos de los alumnos
7. Las necesarias a los proyectos de los alumnos
8. Hernández Guerson, Enrique y Sandra Areli Saldaña Ibarra (2002). *Guía práctica para la investigación de proyectos de investigación cuantitativos y cualitativos.* México: Universidad Veracruzana.

9. Hernández Guerson, Enrique y Sandra Areli Saldaña Ibarra (2002). *Guía práctica para la investigación de proyectos de investigación cuantitativos y cualitativos.* México: Universidad Veracruzana.
10. Campbell ,D. Y invest Stanley (1993). *Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social*. Buenos Aires. Amorrortu.
11. Canales Hernández Francisca (1994). *Marco teórico. En Metodología de la investigación.* Colombia: OPS pp: 105-130
12. Canales Hernández Francisca (1994). *Marco teórico. En Metodología de la investigación.* Colombia: OPS pp: 145-194

Evaluación:
A través de la discusión y participación grupal.

Acreditación:
Antepropuesta de investigación acorde con las condiciones que se explicitarán durante el desarrollo de la unidad.

Unidad III. OBTENCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS
Responsable: Ma. Cristina Ortiz León
Adjunto: Manuel Salvador Luzanía Valerio
Duración: 8 semanas
Horas teóricas: 24
Horas prácticas: 99

Núm. de Sesión	Tema	Objetivo Específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1.	Fuentes primarias y secundarias de información en salud.	Conocer las principales fuentes de información en salud.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.	1	Documento escrito sobre las fuentes de información que existen en salud.
2.	Flujos de la información en salud.	Conocer el flujo de información que se genera en el sector salud.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.	2	Análisis del flujo de información para un programa de salud específico.
3.	Instrumentos de recolección de datos.	Conocer y diseñar los principales instrumentos de recolección de datos primarios que existen.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.	3	Diseño de Instrumentos de recolección de datos para su proyecto específico.
4.	Variables y su clasificación. Indicadores, Índices.	Clasificar los datos por su tipo.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.	4 5 6 7	Tareas conteniendo la descripción de datos reales.

Núm. de Sesión	Tema	Objetivo Específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
5.	Medición Niveles de Medición Nominal Ordinal Discreto Continuo	Conocer las escalas de medición que existen.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.	8	Tareas conteniendo la descripción de datos reales y el tipo de medida que corresponde a estos.
6.	Diseño de tablas.	Elaborar tablas de acuerdo a los criterios que existen.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Tarea conteniendo tablas.
7.	Diseño de Gráficas Histograma Distribución de probabilidades Cajas Dispersión	Aplicar manualmente y con la ayuda de un paquete estadístico la técnica gráfica más apropiada a los datos de acuerdo a su escala de medición.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Tarea conteniendo la aplicación de gráficas de acuerdo a los criterios especificados.
8.	Medidas de Frecuencia Tendencia Central	Caracterizar al conjunto de datos mediante las estadísticas de resumen más adecuados e interpretarlas.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Tarea a partir de un conjunto de datos reales con el tipo de medidas adecuado.
9.	Medidas de Variabilidad Asociación	Caracterizar al conjunto de datos mediante las estadísticas de resumen más adecuados e interpretarlas.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Tarea a partir de un conjunto de datos reales con el tipo de medidas adecuado.
10.	Introducción a Epi info.	Conocer las principales características de Epi info, así como la forma de obtenerlo, instalarlo y configurar de inicio el programa.	Demostración en aula y ejercicios prácticos.	9	Descarga Instalación y configuración en la computadora de cada alumno.

Núm. de Sesión	Tema	Objetivo Específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
11.	Creación y diseño de vistas.	Al finalizar la unidad el alumno podrá crear proyectos y vistas dentro de Epi info 2002.	Demostración en aula y ejercicios prácticos.		Diseño de vistas de su cuestionario.
12.	Captura de datos.	Al finalizar la unidad el alumno podrá capturar datos en los cuestionarios creados con anterioridad.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Información capturada en las vistas que se diseñaron.
13.	Procesamiento básico de datos.	Al finalizar la unidad el alumno podrá en la función de Análisis de Epi info usar las ordenes y funciones básicas.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Análisis impreso de la información.
14.	Obtención de estadísticas descriptivas.	Al finalizar la unidad el alumno podrá en la función de Análisis de Epi info obtener estadísticas básicas.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Análisis impreso de la información.
15.	Elaboración de graficas.	Al finalizar la unidad el alumno podrá en la función de Análisis de Epi info obtener gráficas de sus datos.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Análisis impreso de la información.
16.	Técnicas para la recolección de datos cualitativos.	Seleccionar las técnicas de acopio de información más convenientes para el trabajo de investigación.	Lectura previa y demostración en aula.	10 11 12	Selección de las técnicas acordes al trabajo de investigación.
17.	Técnicas de persona	Conocer las principales características de las técnicas de recolección de datos cualitativos basados en las personas.	Lectura previa y demostración en aula.		Documento escrito donde argumente y describa el uso de la técnica.

Núm. de Sesión	Tema	Objetivo Específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
18.	Técnicas de contexto.	Conocer las principales características de las técnicas de recolección de datos cualitativos basados en el contexto.	Lectura previa y demostración en aula.		Documento escrito donde argumente y describa el uso de la técnica.
19.	Introducción al análisis de datos cualitativos.	Identificar las diferentes fases para el análisis: transcripción, depuración, validación segmentación, codificación. Integración en el espectro del discurso.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.	13	Fichas de análisis de lectura. Participación fundamentada durante la sesión.
20.	Trascripción y depuración en Etnograph.	Transcribir la información en Etnograph y una vez capturada proceder a la depuración de la misma.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.	14	Trascripta en Etnograph.
21.	Validación y segmentación.	Validar y segmentar la información.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.	15	Fichas de análisis de lectura. Participación fundamentada durante la sesión.
22.	Codificación en etnograph y recuperación de información.	Codificar y recuperar la información en Etnograph.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Codificación realizada en Etnograph.
23.	Integración en el espectro del discurso.	Integrar la información en el espectro del discurso.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Fichas de análisis de lectura. Participación fundamentada durante la sesión.

Núm. de Sesión	Tema	Objetivo Específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
24.	Integración en el espectro del discurso.	Integrar la información en el espectro del discurso.	Lectura previa, demostración en aula y ejercicios prácticos.		Fichas de análisis de lectura. Participación fundamentada durante la sesión.

Bibliografía Básica

1. Ortiz M. C. *Manual de prácticas para la generación de información en salud*. Instituto de Salud Pública Universidad Veracruzana.
2. Ortiz M. C. *Manual de practicas para la generación de información en salud*. Instituto de Salud Pública Universidad Veracruzana.
3. Bottinelli, M y cols. Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo. Grafica Hels. Autor Ed. 2003. Pagano Marcello, Gauvreau Kimberlee (1993). Principles of Biostatistics. Duxbury Press. Belmont, California.
4. Wayne W. Daniel (1996) Bioestadística. Base para el Análisis de las Ciencias de la Salud. UTEHA, Noriega Editores. Editorial Limusa. México.
5. Martín Andrés, Antonio. Luna del Castillo J. de D. (1994) Bioestadística para las Ciencias de la Salud. Ediciones Norma S.A. Madrid, España.
6. Beth Dawson, Robert G. Trapp (2002). Bioestadística médica. Editorial Manual Moderno, México.
7. Ortiz M. C. , Luzania V. M. "Manual de prácticas de Epiinfo 2002." Instituto de Salud Pública Universidad Veracruzana.
8. Taylor y Bodgan (1995). Introducción a los métodos cualitativo de investigación. Buenos Aires: Paidos.
9. Valles, Miguel (1997). Técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis sociológica
10. Canales M. Peinado (1994). Grupos de discusión. En métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis sociológica.
11. Mercado F. J Torres (2000) Análisis cualitativo en salud: teoría, método y práctica. México: Plaza y Valdés.
12. Taylor y Bogdan (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidos
13. Hernandez Guerson, E (1998) Una aproximación al análisis cualitativo de datos. En Revista del CNEIP 3-
14. Taylor y Bogdan (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidos

Unidad IV. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN
Responsable: Ma. Cristina Ortiz León
Adjuntos: Manuel Salvador Luzanía Valerio,
Sandra Areli Saldaña Ibarra
Duración: 4 semanas
Horas teóricas: 14
Horas prácticas: 51

Núm. de sesión	Tema	Objetivos Específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1	Conceptos básicos de Probabilidad.	Entender de manera clara los conceptos de probabilidad.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.	1 2 3 4 5 6 7	Examen
2	*Principales modelos probabilísticos* - Normal - T de Student. - X^2 - Distribución F.	Identificar los modelos probabilísticos más usados en el área de la salud pública	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.		Examen
3	Estimación. - Puntual *- Por intervalo.*	Conocer los principios fundamentales en la toma de decisiones, identificar la ruta a seguir para la aplicación de un método dependiendo del objeto y tipo de estudio.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.		Examen
4	Pruebas de Hipótesis. • Planteamiento • Valores de contraste • Decisión • Significancia		Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.		Examen
5	*Tamaño de muestra.* - Para un promedio. - Para una proporción.	Conocer el procedimiento para determinar el tamaño de muestra.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.		Examen

Núm. de sesión	Tema	Objetivos Específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
6	Selección de una prueba estadística.	Guía para la selección de un método estadístico inferencial cuando se ana liza una sola variable en una muestra, dos muestras y tres o más muestras.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.		Examen
7	Pruebas para diferencia de poblaciones: paramétrica y no paramétricas.	Estudiar la aplicación de la prueba t para dos poblaciones independientes, la prueba de Mann-Whitney y Ji Cuadrada de Homogeneidad.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.		Examen
8	Comparaciones por parejas.	Estudiar la aplicación de la prueba t para dos poblaciones dependientes, prueba de Wilcoxon y prueba de McNemar.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.		Examen
9	Análisis del contenido: interpretación, reinterpretación y reconstrucción.	Que los alumnos realicen análisis de datos cualitativos.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.	8 9	Fichas de análisis de lectura. Participación fundamentada durante la sesión.
10	Análisis del contenido: interpretación, reinterpretación y reconstrucción.	Que los alumnos realicen análisis de datos cualitativos.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.	10 11 12	Fichas de análisis de lectura. Participación fundamentada durante la sesión.

Núm. de sesión	Tema	Objetivos Específicos	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
11	Análisis del contenido: interpretación, reinterpretación y reconstrucción.	Que los alumnos realicen análisis de datos cualitativos.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.	13 14 15	Fichas de análisis de lectura. Participación fundamentada durante la sesión.
12	Análisis del contenido: interpretación, reinterpretación y reconstrucción.	Que los alumnos realicen análisis de datos cualitativos.	Aplicación de los conceptos y métodos estudiados al análisis de los datos colectados en la unidad anterior.	16 17 18	Fichas de análisis de lectura. Participación fundamentada durante la sesión.

Bibliografía Básica:

1. Pagano Marcello, Gauvreau Kimberlee (1993). Principles of Biostatistics. Duxbury Press. Belmont, California.
2. Wayne W. Daniel (1996) Bioestadística. Base para el Análisis de las Ciencias de la Salud. UTEHA, Noriega Editores. Editorial Limusa. México.
3. Scheaffer, Richard L. Mendenhall William, Ott Lyman. Elementos de Muestreo. Grupo Editorial Iberoamérica.
4. Kageyama, Ma. De la Luz. Manual de Muestreo Poblacional. 1997.
5. Beth Dawson, Robert G. Trapo (2002). Bioestadística médica. Editorial Manual Moderno, México.
6. César Pérez (2000). Técnicas de Muestreo Estadístico, teoría, práctica y aplicaciones informáticas. Editorial Alfaomega-Rama. México.
7. Sharon L. (2000) Muestreo: Diseño y análisis. Editorial Thomson. México.
8. De Souza MC (1993) Odesafio do conhecimiento. Sao Paulo – Río de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
9. Mercado F. J Torres (2000) Análisis cualitativo en salud: teoría, método y práctica. México: Plaza y Valdés.
10. Saldaña Ibarra, S. y Enrique Hernández Guerson (2002). Horrores más comunes en el análisis cualitativo de datos. En Revista de la Universidad Cristóbal Colón. México: UCC.
11. Taylor y Bogdan (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidos
12. Van Dijk Teun (2000) El discurso como estructura y proceso. España: Gedisa.
13. Saldaña Ibarra, S. y Enrique Hernández Guerson (2002). Horrores más comunes en el análisis cualitativo de datos. En Revista de la Universidad Cristóbal Colón. México: UCC.
14. Taylor y Bogdan (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidos
15. Van Dijk Teun (2000) El discurso como estructura y proceso. España: Gedisa.
16. Saldaña Ibarra, S. y Enrique Hernández Guerson (2002). Horrores más comunes en el análisis cualitativo de datos. En Revista de la Universidad Cristóbal Colón. México: UCC.
17. Taylor y Bogdan (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidos.
18. Van Dijk Teun (2000) El discurso como estructura y proceso. España: Gedisa.

Unidad V: LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS
Responsable: Roberto Zenteno Cuevas
Duración: 2 semanas
Horas teóricas: 8
Horas prácticas: 23

Núm. de sesión	Tema	Objetivo específico	Técnicas y auxiliares didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1	Presentación de la unidad y evaluación y análisis de ensayos, artículos de revisión y de investigación en comunicación para la salud.	Identificaran los elementos básicos que constituyen un ensayo, un artículo de revisión y de investigación.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. Se expondrán y analizaran conjuntamente en discusiones dirigidas los elementos que constituyen y caracterizan los artículos seleccionados. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión.	1 2 3	Control de lectura y calidad de la participación en grupo.
2	Evaluación y análisis de ensayos, artículos de revisión y de investigación en epidemiología.	Identificaran los elementos básicos que constituyen un ensayo, un artículo de revisión y de investigación en epidemiológica.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. Se expondrán y analizaran conjuntamente en discusiones dirigidas los elementos que constituyen y caracterizan los artículos seleccionados. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión.	4 5 6	Control de lectura y calidad de la participación en grupo.
3	Evaluación y análisis de	Identificaran los elementos básicos	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada	7 8	Control de lectura y

	ensayos, artículos de revisión y de investigación en administración en salud.	que constituyen un ensayo, un artículo de revisión y de investigación.	antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. Se expondrán y analizaran conjuntamente en discusiones dirigidas los elementos que constituyen y caracterizan los artículos seleccionados. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión.	9 10	calidad de la participación en grupo.
4	Evaluación y análisis de ensayos, artículos de revisión y de investigación en sistemas informáticos en salud.	Identificaran los elementos básicos que constituyen un ensayo, un artículo de revisión y de investigación.	Los alumnos leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. Se expondrán y analizaran conjuntamente en discusiones dirigidas los elementos que constituyen y caracterizan los artículos seleccionados. El profesor dará una breve síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión.	11 12 13	Control de lectura y calidad de la participación en grupo.
5 6	Integración y evaluación de reportes de trabajo de su práctica de campo de diagnóstico en salud o su pregunta de trabajo metodológica planteada en la unidad II .	Realizar una revisión de los conceptos más importantes de los diferentes tipos de publicaciones científicas, dependiendo de sus áreas y una lectura crítica de sus proyectos o de sus prácticas de diagnóstico en salud.	Los alumnos expondrán y analizaran las bibliografías leerán la bibliografía recomendada antes de la sesión y resolverán la guía de lectura. Se expondrán y analizaran conjuntamente en discusiones dirigidas los elementos que constituyen y caracterizan los artículos	14	Control de lectura y calidad de la participación en grupo.

			seleccionados. El profesor dará unas breves síntesis de las temáticas analizadas en cada sesión.		

Bibliografía Básica

1. Solomon M., *(2005)* International Journal for Equity in Health 4:8
2. Sanabria G.. (2001) Rev Cubana Salud Pública 27(1): 5-10
3. Villareal E. (2002). Sal. Pub. Mexico (44):7-13
4. Bergonzoli, G. (2005) *Rev Panam Salud Publica*, ene., vol.17, no.1, p.38-45.
5. Gutierrez J.P.(2003). Sal Pub. Mex. 45:102-109.
6. Zenteno R. (2003). Rev. Inst. Nal Enf. Resp. 16(3):181-189.
7. Cortes Buelves A. (2003)
8. Colomb. Med. 33(2): 45-51.
9. Márquez N.E. (2001).Rev. Cub. Med. Gen. Int. 17(6)589-91.
10. Bastus B. (2003). Sal. Pub. Mex.: 45:27-34.
11. Capdevila J.P. (2002). Informedica Nov2-Nov. 30.
12. Ceron W. (1996) Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int 10(5) : 195-201
13. Aremcibia JR. (2001) Acimed 9(3): 201-208.
14. DAY, Robert A. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Publicación Científica No. 526. OPS 1990.

Revistas de Revisión Sugeridas

Salud Pública de México.
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
American Journal of Public Health.
American Journal of Epidemiology.
Épidemiology.
JAMA.
New England Journal Medicine.
Lancet.
Revista Mexicana de Patología Clínica.
Revista Panamericana de Salud Pública.
Revista Cubana de Salud Pública.

Evaluación:

Se revisarán por cada sesión 3 artículos, el grupo será dividido en equipos de 6-7 integrantes.
Cada sesión será abordada por un equipo, los integrantes de cada equipo tendrán que distribuirse los artículos y exponerlos, el resto del grupo deberá formular en equipo por lo menos 3 preguntas y participar activamente en la discusión del tema.

Acreditación:

Cubrir el 80 por ciento de las asistencias, participación activa en clase y presentación de su tema con su equipo dentro de su unidad.

Criterios:

Evaluación del profesor	70 %
Calificación al equipo dada por el grupo	20 %
Calificación dada por los integrantes el equipo	10 %

La evaluación del grupo y del equipo será a partir de un instrumento desarrollado para tal fin.

Unidad VI. INTEGRACIÓN Y EVALUACIÓN
Responsable: Domingo Vázquez Martínez
Duración: 1 semana
Horas teóricas: 4
Horas prácticas: 0

Núm. de Sesión	Subtemas Contenido	Objetivos Específicos	Técnicas y Auxiliares Didácticos	Bibliografía básica	Evaluación
1-4	Integración y elaboración del informe final.	Que los alumnos elaboren su informe técnico final e integren los resultados obtenidos, hasta donde sea factible, al diagnóstico de salud.	Los alumnos integrarán las partes trabajadas durante las unidades anteriores en un documento final.	1	Integración del informe final de investigación al diagnóstico de salud.

Bibliografía Básica

1. Capítulos y unidades desarrollados por los alumnos

Evaluación y Acreditación

Criterios de evaluación de las unidades

En caso de que no se explicite en las unidades se aplicará el siguiente criterio:

- Control de lecturas (25 por ciento).
- Presentación escrita de trabajos finales (25 por ciento).
- Presentación oral de trabajos finales (25 por ciento).
- Examen final (25 por ciento).

Criterios de evaluación general

- Informe semanal del trabajo realizado en la sede, con el Vo. Bo. del asesor(25 por ciento).
- Presentación protocolo de investigación (25 por ciento).
- Presentación informe final (25 por ciento).
- Monografía (25 por ciento).

Acreditación

- Asistencia mínima de 80 por ciento a las actividades académicas en servicio y en aula.
- Calificación mínima de 70 (escala 0 - 100) en cada una de las unidades.
- Calificación final mínima de 70.

Actividades de Participación Académica

Los trabajos realizados en este módulo (monografía y artículo de investigación) pueden dar créditos, correspondientes a las actividades de participación académica, si se presentan en foros científico-académicos (fuera de las exposiciones obligatorias en el Instituto y en la sede donde se realizó) o si se adecuan para su publicación, parcial o total, en algún medio científico o de divulgación (con excepción hecha de las *memorias* del curso correspondiente).

SALUD DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO: UNA PROPUESTA BASADA EN LA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA

Perla Madahí Calderón Rodríguez, Ma. Luisa Sánchez Murrieta y J. Antonio Montiel Domínguez

INTRODUCCIÓN

Dentro del marco del sistema modular de la Maestría en Salud Pública y como parte del módulo de Gestión del Conocimiento I y con el propósito de conjuntar la teoría con la práctica, los estudiantes son asignados a diferentes centros de salud y dependencias que promuevan la salud de la comunidad, como es el caso del CENATI (Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario), cuyo objetivo es la promoción y cuidado de la salud de los estudiantes de la Universidad Veracruzana; donde los investigadores desarrollaron el presente proyecto de investigación en colaboración con la dirección del CENATI.

Para tal efecto, se considera como base de la investigación, la metodología participativa; base del proyecto Universidad por la salud, aplicado por el CENATI a la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, quien fue nuestro universo a estudiar.

Para conseguir la participación organizada de la comunidad estudiantil de esta facultad, se constituyó el Comité de Salud, con el fin de llevar a cabo acciones para el mejoramiento de las condiciones de vida en su entorno universitario; y es a partir de ello, que se valoró la respuesta ante la metodología participativa de dichos actores sociales.

Este trabajo está estructurado en diez capítulos, en el primero se abordan las bases teóricas que dan sustento a esta investigación, incluye los principios de la Investigación Acción Participativa, las formas y niveles de participación social, la participación social en salud, la participación para el desarrollo y la educación, entendiéndose ésta como un proceso de aprendizaje; además del contenido de las Memorias del I Taller Subregional Latinoamericano Participación Social y Educación para la Salud organizado por la OPS; que nos indica la intención de explorar otras formas de desarrollar la participación social como característica esencial del nuevo perfil de actuación, implícito en la técnica de los sistemas locales de salud de Latinoamérica. Por otra parte, se aborda el estado de los hechos, a partir de experiencias en participación social en salud y en el contexto en que éstas se han desarrollado.

En el segundo capítulo, se plantea los objetivos de esta investigación; el tercero se detalla la metodología desarrollada y el cuarto se muestran los resultados generados en el proceso de análisis de la información obtenida.

El quinto capítulo del documento, que corresponde a la discusión, aborda a ésta desde la perspectiva teórica de Teresa Cerqueira y Daniel Mato , en cuanto a su teoría con respecto a la participación social en salud, así como con los principios que forman parte de la Investigación Acción Participativa; en el sexto, expone a manera de conclusión la caracterización del trabajo del Comité de Salud de la Facultad de Estadística sobre la metodología participativa, objeto de esta investigación; dentro del séptimo se formulan y emiten las recomendaciones de este trabajo.

Finalmente se incluyen referencias bibliográficas, así como la bibliografía consultada como apoyo para el desarrollo de esta investigación.

MARCO TEÓRICO

Argumentación teórica

La Investigación Acción Participativa (IAP), es una estrategia general de intervención que se puede implementar en muchas situaciones concretas para la búsqueda de su transformación.

Algunos autores como Luis Gabarrón y Libertad Hernández Landa, en su libro Investigación participativa, definen a esta, como "una propuesta metodológica inserta en una estrategia de acción definida. Integran a los/as investigadores/as-educadores/as (tanto profesionales como populares) en un proceso colectivo de producción y reproducción de conocimientos necesarios para la transformación social", es decir, es una propuesta "para el cambio social... Se trata de conocer transformando" la realidad. (Gabarrón y Hernández, 1994:5, 23).

Dentro de los principios epistemológicos, de la investigación participativa que proponen Gabarrón y Hernández (1994), estos hacen referencia a que el punto de partida está ubicado en la perspectiva de la realidad como una totalidad. Esto es, la totalidad no significa todo los hechos, sino, la realidad como un todo estructurado y dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho; se parte de la realidad concreta de los propios participantes del proceso, el problema tiene su origen en la propia comunidad por cuanto es esta quien lo define, analiza, y resuelve, buscando la transformación de su realidad concreta, de su mejoría en condiciones de vida; los procesos y estructuras, las organizaciones y los sujetos se contextualizan en su dimensión histórica, conocer su propia realidad. Participar de la producción de este conocimiento y tomar postura al respecto. Aprender a conocer su historia de clase, aprender a reescribir la historia a través de su historia; la relación tradicional de sujeto a objeto entre investigador-educador y los grupos populares se convierten en una relación de sujeto a sujeto, esa relación sujeto a sujeto se conceptualiza y se instrumenta mediante el principio de la dialogicidad. Se refiere a un dialogo reflexivo concientizador, critico, democrático y antidogmático, de comunicación efectiva que le imprime un sello de horizontalidad a la relación del investigador con los grupos sociales; la unidad de la teoría con la práctica supone construir la teoría a partir de la práctica reflexionada críticamente, separada de la práctica, la teoría se transforma en simple verbalismo. Separada de la teoría, la práctica no es más que activismo ciego. Es necesario vivir intensamente la relación profunda entre teoría y practica, no como una yuxtaposición o superposición, sino como una unidad contradictoria, sin negar el papel fundamental de la teoría; el conocimiento científico y popular se articulan, críticamente, en un tercer conocimiento nuevo y transformador, este postulado, destaca la diferencia entre el objeto de las ciencias naturales y el de las ciencias sociales criticas, porque en estas últimas es factible un dialogo, una participación intelectual del ser humano como sujeto histórico, activo y pensante, dentro de un proceso colectivo de producción de conocimientos.

Por último los principios metodológicos, que proponen Gabarrón y Hernández (1994), y que caracterizan a la investigación participativa, hacen referencia a que la participación popular debe ser a través de todo el proceso de investigación, educación y acción. Se exige que toda la comunidad forme y tome parte en cada una de las etapas del triple proceso, especialmente del momento de toma de decisiones; el compromiso político e ideológico del investigador es con el sector popular y su causa, se deriva de los principios anteriores y de una serie de cuestionamientos críticos, en especial contra la supuesta neutralidad positivista de los científicos cuyo trabajo finalmente beneficia el conocimiento y poder de los grupos dominantes; reconocer el carácter político e ideológico de la actividad científica y de la educativa, este postulado está vinculado a la polémica sobre la neutralidad positivista, supuestamente apolítica y no ideologizada. Se desarrolla como principio teórico al concienciar y explicitar el compromiso político del investigador; la investigación, educación y acción se convierten en momentos metodológicos de un solo proceso para la transformación social, a partir de la práctica y reflexión se integran en un mismo proceso tres actividades, constituyéndose en momentos no necesariamente secuenciales o lineales, pero si indispensables y articulados, en constante flujo entre agentes externos y comunitarios, siempre hacia una finalidad transformadora.

En cuanto a la participación social en su libro Acerca de la Participación, Ander-Egg E. (2000), hace consideraciones acerca de las formas y niveles de participación. Nos señala en cuanto a los niveles de participación lo siguiente:

La participación pasiva distingue dos niveles: información, como el nivel más elemental de la participación que sería enterarse o tomar nota de algún asunto; consulta, se solicita a la gente que exprese sus puntos de vista, pero son los responsables del programa los que toman decisiones y la participación activa comprende los siguientes niveles: presión-influencia, aquí la participación es resultado de la presión que se hace sobre quienes tienen el poder de decisión; cooperación, consiste en un proceso en el que los grupos cooperan y colaboran en actividades que se deciden verticalmente; cogestión: el grupo participa en el proceso, pero es el grupo promotor quien de alguna manera conserva el poder de decisión; autogestión, las personas involucradas en el colectivo participan con poder de decisión en el estudio, investigación, diagnóstico, priorización de necesidades, planeación ejecución y evaluación del programa.(Ander-Egg, 2000).

Por otra parte, Teresa Cerqueira y Daniel Mato, definen la participación social como las acciones colectivas a través de las cuales las sociedades afrontan los retos de la realidad con propuestas y esfuerzos que intentan resolver sus problemas y satisfacer las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada; como estrategia promueve la interacción entre los actores sociales representantes de las organizaciones comunitarias y de las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales para que en conjunto se analicen problemas y necesidades, planifiquen acciones, llevar a cabo políticas, planes y programas, evaluar el procesos y los resultados (Teresa Cerqueira y Daniel Mato, 1998).

A su vez, Paloma de Cevallos nos enfatiza la idea de que la participación es indispensable para el desarrollo y la educación (entendiéndose como aprendizaje) (López De Cevallos, 1989), señalando que el desarrollo de una comunidad requiere la participación en todas las fases de un proyecto, como son:

1. Análisis participativo sobre su situación y sus necesidades.
2. Estructuras participativas, para que la gente se comunique y la comunidad se refuerce.
3. Educación participativa, tales como procesos de autoaprendizaje, para dominar nuevas acciones y situaciones.
4. Acción participativa, que integre tecnologías adecuadas.

En cuanto al desarrollo social, se señala a la participación como imprescindible para éste, siendo el ideal aquel que cataliza redes de relaciones y proyectos asimilados por la comunidad y sostenidos por ella misma.

Además nos señala niveles de participación los cuales estructura en: periférico, condiciones y sentido de la acción, señalando que, en la investigación- acción participativa, las poblaciones implicadas son las que deciden a los tres niveles.

De igual forma, López De Cevallos, aborda el planteamiento de tres tipos de investigación, de acuerdo al sujeto, objeto, finalidad, relación con la acción y metodología, dividiéndolas en: Informativa, Encuesta Participante e Investigación-Acción- Participativa.

Finalmente en el contenido de las Memorias del I Taller Subregional Latinoamericano Participación Social y Educación para la Salud organizado por la OPS, nos indica la intención de explorar otras formas de desarrollar la participación social como característica esencial del nuevo perfil de actuación implícito en la técnica en los sistemas locales de salud de Latinoamérica; el propósito del taller fue el de fortalecer la capacidad de los participantes para promover y apoyar el desarrollo de la Participación Social (PS) como un instrumento de la administración estratégica local. Dentro de las plenarias se comentan las experiencias de los diferentes países invitados (Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y República Dominicana) con lo que respecta a programas de participación de la población, programas de PS, EPS (Educación Para la Salud) y SILOS (Sistemas Locales de Salud), así como el análisis de necesidad de la metodología Investigación-Acción-Participativa; la metodología participativa;

como instrumento de la investigación y evaluación de programas de PS, EPS y SILOS y reflexiones sobre la práctica actual, alternativas y el proceso para identificar, aplicar y promover la EPS y PS en instituciones y organizaciones en los países participantes en base a la metodología participativa, Organización Panamericana de la Salud (1993).

Argumentación empírica

En el campo de las investigaciones realizadas, podemos citar diferentes experiencias utilizando a la metodología participativa como base, entre ellas, podemos referirnos a aquella que analiza una experiencia rural de participación social (PS), definida como la posibilidad de un acceso real de la población al control de los procesos que afectan su salud. De tal análisis se desprende la relevancia de la mujer campesina en el impulso de la PS en salud, así como la necesidad de insertar el trabajo de educación y organización para la salud dentro de un proceso organizativo regional que se potencialice mediante la gestión municipal. Se propone además un interlocutor sanitario que funcione como instancia reguladora frente al Estado (Hersch-Martínez P., 1992).

Existe además , aquella investigación realizada en Brasil, donde el objetivo fue estudiar la complejidad de participación entre el poder público y la población usuaria de los servicios de salud, a partir de instancias sociales de participación social, impulsadas por la descentralización de dicho servicio, realizando un estudio de tipo cualitativo de los grupos ejecutivos locales (GEL). En el cual se dio seguimiento a las reuniones del grupo y a sus actividades reivindicativas y de movilización, se realizaron entrevistas abiertas de la comunidad, directivos de los servicios de salud y profesionales de instituciones universitarias que trabajaban en la localidad. El libro de actas del GEL fue considerado como una de las fuentes centrales de información. Los resultados se basaron en el análisis que permitió capturar la dinámica del juego entre la movilización y la respuesta de los servicios de salud al hacer resaltar, por un lado, los límites y potencialidades de las propuestas del gobierno en relación con la incorporación de los grupos sociales como interlocutores y actores propósitos en la definición de demandas y, por el otro, los marcos de la propia institucionalización de la participación popular en contextos caracterizados por la exclusión social y política. Las conclusiones de dicho trabajo, señalan que existe un desencuentro entre los formuladores de las políticas de salud y la población usuaria, pues implementan estrategias de participación que no toman en cuenta las formas organizativas de los grupos sociales (Abrantes -Pégo Raquel, 1999).

Por otra parte, documentamos también la experiencia publicada acerca del trabajo que la sociedad de medicina familiar en Cuba con filial en Villa Clara ha desarrollado, contando con varias experiencias en la aplicación de técnicas educativas de comunicación grupal en distintas actividades de su Junta Directiva, utilizadas estas con diferentes fines. El empleo de las técnicas ha permitido aportar ideas valiosas, atraer con creatividad a los afiliados, lograr que las reuniones de la filial sean momentos amenos de intercambio agradable y sobre todo, lograr cohesión grupal en el equipo de trabajo de la Junta Directiva. La utilización de esta metodología participativa impulso el trabajo de la sociedad en la provincia, creando un espacio atractivo para todos los profesionales de la salud en Villa Clara (Cabrera López Livia, Hernández Cabrera Griselda Victoria, Pérez Clemente Flora y Valdés Mora Mariela , 1999).

En nuestro país, también existen experiencias utilizando la metodología participativa, dentro de las documentadas, señalamos a la experiencia de un proyecto de salud autogestivo que se está desarrollando en las comunidades de Lázaro Cárdenas y Las Limas, en el Municipio de Simojovel, Chiapas, México. El objetivo fundamental del trabajo es la identificación de factores derivados de la relación de las poblaciones con el Estado, por un lado, y por el otro, de las condiciones socioeconómicas de sus pobladores, que favorecen u obstaculizan el desarrollo de la participación social en su proyecto de salud. Es un estudio comparativo, realizado en cada localidad y entre las localidades, que mide el efecto que tiene un programa de salud con participación comunitaria en dos comunidades que mantienen distinta relación con el Estado. Los resultados de dicha investigación orientaron a asegurar que el programa de salud contribuye a mejorar las condiciones higiénico sanitarias de la población y a disminuir la frecuencia de padecimientos como las diarreas y parasitosis; la participación social es más activa en Lázaro Cárdenas

que en las Limas. La intervención estatal en las comunidades se da de manera impositiva a través de programas e instituciones de carácter social, sin dar oportunidad a una participación comunitaria en la toma de decisiones. Como conclusión se puede afirmar que la organización democrática de la comunidad y la autogestión favorecen la participación social, mientras que la presencia del Estado fomenta la dependencia y el paternalismo, obstaculizando la participación social amplia en acciones de salud (Molina Rodríguez Juan Francisco, Daquilema Maria, Gómez-Bautista Cecilia , 1992).

Señalemos además, el estudio que analiza la importancia que tienen los programas de investigación-acción, como parte de la atención primaria a la salud. El proyecto lo realizó el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en la Sierra Norte de Oaxaca. En el cual, el objetivo general de la investigación consistió en hacer un diagnóstico y establecer la correlación entre el proceso migratorio de una zona con alta expulsión demográfica y la situación nutricional y de salud de seis comunidades oaxaqueñas. El componente de acción comunitaria correspondió a la instrumentación de acciones resolutivas aplicadas en las comunidades expulsoras. En lo que respecta a las acciones, se concluye que se obtuvieron resultados positivos, en las áreas de nutrición, salud y ecología debido a la colaboración activa de las comunidades y de los promotores capacitados. Es necesario establecer esquemas de investigación-acción, con un mayor nivel de participación interdisciplinaria, donde el objetivo principal sea el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones objeto-sujeto de investigación, y no sólo reducir los resultados a "simples números", en donde muchas veces se pierde la realidad de las comunidades donde se trabaja (Ysunza-Ogazón A. Díez-Urdanivia-Coria S. López-Núñez L. , 1993).

Dentro del estado de Veracruz, se realiza actualmente la implementación del proyecto “Universidad por la Salud”, documento ya publicado, diseñado en respuesta a las demandas y necesidades psicológicas de los estudiantes universitarios, a través de la Universidad Veracruzana por medio del Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario (CENATI), y la facultad de Biología, quienes facilitaron la concreción del trabajo, que tiene como objetivo elaborar una propuesta de intervención sanitaria profiláctica, desde los fundamentos teórico-metodológicos del enfoque de la Psicología de la salud, donde la promoción de la salud, y la prevención del riesgo de enfermar se orientan a la salud, depositando gran parte de la responsabilidad a las personas en el cuidado y mantenimiento de la misma.

Una de las tareas de la intervención fue la identificación y análisis de los problemas de salud que presenta esta población, por medio de un diagnóstico y análisis de la situación de salud.

En función de esto, se propone una metodología que promueva la participación organizada y comprometida de la comunidad estudiantil universitaria, no solo para investigación de dichos factores, sino también para la construcción de estrategias encaminadas a lograr el objetivo; participación que contribuye a que la comunidad adquiera mayor capacidad para resolver los problemas; y mayor responsabilidad para asumir la toma de decisión para el cuidado de su salud. La metodología participativa, es la empleada por el movimiento de municipios saludables. Constatándose, que es factible de emplearse en la comunidad estudiantil para operacionalizar la propuesta de universidad por la salud.

Los resultados señalan el potencial de la universidad, como un espacio idóneo para promover la salud, ya que constituye un ámbito importante de convergencia, y representa la posibilidad real para promover acciones a favor de la salud y desarrollo humano de su población estudiantil, mejorando el bienestar físico, psicológico y social, al igual que su medio ambiente.

Uno de los apoyos más importantes, radica en el compromiso social de la universidad para la concertación de los diferentes grupos, para realizar acciones en beneficio de su comunidad estudiantil (Cruz Juárez Alma de los Ángeles , 2004).

Entorno de la Investigación

Esta investigación se realizó con el propósito de intervenir en las acciones que a favor de la salud de los estudiantes universitarios se realizan en la actualidad en la Universidad Veracruzana, es por ello que en este documento de manera importante se describe el entorno que obedece a dicha investigación.

Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (Art. 5 de la Ley General de Salud, 2003).

Sistema de Salud Estatal

Los servicios de Salud en Veracruz se distribuyen en once jurisdicciones sanitarias. La visión de la Secretaría de Salud en el Estado de Veracruz es garantizar a los veracruzanos los Servicios de Salud con eficacia y calidad. Como Organismo Público Descentralizado del Poder Ejecutivo del Estado, tiene a su cargo el despacho de los asuntos que le encomiendan la Ley General de Salud, la Ley de Salud del Estado, la Ley 54 publicada en la Gaceta Oficial del Estado el 6 de marzo de 1997 y otras leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y convenios y órdenes del Gobernador del Estado (SESVER, 2005).

La Jurisdicción Sanitaria No. 5, como unidad administrativa desconcentrada de la Secretaría de Salud del estado de Veracruz, con sede en el municipio de Xalapa, Ver., comprende 33 municipios del Estado, tiene una extensión territorial de 5,552 km^2 y una densidad de población de 8,541 habitantes por km^2. Cuenta con 1,589 localidades de responsabilidad, con una población total de 999,814 habitantes, de los cuales 579,651 son de su responsabilidad (SESVER, 2005).

Universidad Veracruzana

La Universidad Veracruzana inició su existencia formal el 11 de septiembre de 1944. Su creación recoge los antecedentes de la educación superior en el estado de Veracruz al hacerse cargo de las escuelas oficiales artísticas, profesionales, especiales y de estudios superiores existentes en ese entonces dentro de la entidad.

A sus 58 años de creación se ha convertido en la principal institución de educación superior en el estado de Veracruz. Lo que nació como un pequeño grupo de escuelas y facultades es ahora una universidad, con presencia en cinco campus universitarios y en doce ciudades a lo largo del territorio veracruzano. Pocas universidades en el país han experimentado un despliegue geográfico tan importante.

La cobertura institucional abarca las áreas académicas de Humanidades, Técnica, Económico-Administrativa, Ciencias de la Salud, Biológico-Agropecuaria y Artes. Los grados académicos que se otorgan son los de profesional de nivel medio, técnico profesional, licenciatura, maestría y doctorado.

La Universidad Veracruzana ha realizado también serios esfuerzos en el terreno de la creación y desarrollo del conocimiento científico y tecnológico. En los últimos quince años ha comenzado a establecer las bases académicas y de infraestructura necesarias para potencializar sus actividades de investigación científica y tecnológica. Actualmente se cuenta con una masa crítica de 360 investigadores y 22 dependencias dedicadas a la investigación. Se abordan aquí problemas de las ciencias básicas y aplicadas en un amplio espectro de áreas de conocimiento (Portal Web, Universidad Veracruzana, 2005).

Centro de Atención Integral para la salud del Estudiante Universitario (CENATI)

En 1992, a partir del trabajo de investigación denominado "¿Cuáles son las necesidades de salud de los estudiantes de la Universidad Veracruzana?, se obtuvieron resultados que mostraron las condiciones de salud y la necesidad de ser atendidos en un espacio exclusivo para ellos. Este grupo al no sentirse considerado dentro de las prioridades de atención en salud, expresó la necesidad de crear un centro o departamento enfocado al análisis de comportamientos y factores de riego que influyan en la salud, así como la elaboración de estrategias de intervención con su participación. La propuesta fue presentada por la Psic. Alma Cruz Juárez al Rector en turno, Lic. Rafael Hernández Villalpando, misma que fue aprobada en Consejo Universitario. El Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario – CENATI- fue fundado el día 29 de octubre de 1992. La personalidad jurídica del Centro está dentro del Estatuto General de la Universidad, en el artículo 127.

Son objetivos del Centro: a) Evaluar y analizar con la participación de los estudiantes, comportamientos y factores de riesgo para su salud. b) Desarrollar estrategias de intervención para hacer detección oportuna, atención, prevención y promoción c) Elaborar modelos y servicios de salud adecuados a las necesidades de salud de la población. Su línea de trabajo se fundamenta en un enfoque participativo, fomentando la participación estudiantil al interior de las facultades. Para cumplir y contribuir al logro de los objetivos institucionales, el Centro integró cinco programas de trabajo: asesoría psicológica, salud sexual y reproductiva, prevención del consumo de drogas, prevención del VIH/SIDA y atención a personas y familiares que viven con el VIH/SIDA.

Las actividades del Centro se han ido consolidando a través de los años, actualmente cuenta con un equipo de trabajo capacitado en las diferentes actividades que coordina, lo que ha significado un cambio importante en el desarrollo de sus tareas en la prevención, atención, docencia, investigación, extensión de los servicios, vinculación, difusión y capacitación en recursos humanos, en sus diferentes programas. La plantilla laboral y los programas que coordinan se describen a continuación:

Tabla 1. Plantilla laboral del CENATI (2005)

Cargo	Nombre del responsable	Programa
Directora del Centro	Dra. Alma de los Ángeles Cruz Juárez.	
Coordinador (es)	QC. Karla Fabiola Turban Domínguez. Psic. Rosa María Alba Bonilla.	Programa de salud sexual y reproductiva.
Coordinador (es)	Psic. Ma. Guadalupe Ávila Rosas. Psic. Concepción Ita Andehui Hernández Sosa. Lic. Paulina Beverido Sustaeta.	Programa de prevención del consumo de drogas.
Coordinador (es)	Dra. Gabriela Rodríguez Briceño. Dr. Gastón Coronel Martín Del Campo.	Programa de prevención y atención del VIH/SIDA.
Coordinador (es)	Mtra Emma Ramos Gómez.	Programa de asesoría psicológica.
Coordinador (es)	Mtra Laura E. Hernández Capitanachi.	Coordinación del MEIF (Modelo Educativo Integral Flexible).
Apoyo estadístico	Lic. En E. José Guadalupe García Glez.	
Apoyo secretarial	C. Virgen de Lourdes Morales Platas. C. Ma. De la Luz Alba Landa.	

Fuente: Plan de Desarrollo Académico (PLADEA) del CENATI, 2005.

Dichos programas se dividen en cuatro líneas de desarrollo de la siguiente manera:

1. Desarrollo académico. Con los programas: salud sexual y reproductiva, asesoría psicológica, prevención del consumo de drogas, prevención y atención del VIH/SIDA, programa de oferta educativa, programa de difusión y programa de fortalecimiento y actualización educativa.

2. Modernización administrativa. Con los programas: integración de las actividades administrativas y manuales y planeación administrativa.
3. Recursos físicos e inversión. Con el programa Infraestructura y equipamiento.
4. Normatividad interna. Con el programa de normatividad del CENATI. (PLADEA 2005).

Uno de los proyectos actuales de la Universidad Veracruzana inicia con el proyecto Universidad por la salud: un enfoque de prevención y promoción con participación estudiantil, que se realiza a través de CENATI, con el objetivo de identificar y analizar comportamientos y factores de riesgo para la salud con la población estudiantil universitaria, integrada en un Comité de Salud.

Teniendo como objetivos específicos:

1. Proponer una metodología que promueva e impulse la participación activa y responsable de los estudiantes para mejorar y mantener su salud.
2. Reconocer y analizar con la participación estudiantil comportamientos y factores de riesgo para la salud, por medio de un diagnóstico y análisis de la situación de salud.
3. Elaborar y desarrollar con la participación estudiantil estrategias de intervención en salud, a partir de los resultados del diagnóstico y análisis de la situación en salud.

Facultad de Estadística

La Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana zona Xalapa, está ubicada en el edificio del área de Ciencias Económicas e Informáticas, cuenta actualmente para este periodo escolar, agosto 2005-febrero 2006, con 190 alumnos matriculados en los diferentes semestres en curso, divididos en dos turnos (matutino y vespertino). La dirección de la facultad esta a cargo de la MCC Alma Rosa García Gaona, con el apoyo en la Secretaría Académica de la MSI Edith Hernández Lagunes, y el jefe de la carrera de estadística e informática ME Julián Felipe Díaz Camacho.

Comité de Salud

El Comité de Salud de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana fue creado a partir de la inquietud de sus directivos con respecto a la problemática de deserción de los estudiantes, comentado lo anterior a la dirección del CENATI, se decidió implementar el programa Universidad por la Salud, con tal fin se conforma así un Comité de Salud, a partir del mes de junio del año 2005, teniendo como miembros a la comunidad académica de dicha facultad y a la directiva del CENATI como coordinadora del programa.

El objetivo principal de dicho comité es que de los miembros participen en la detección y análisis de comportamientos de riesgo entre los estudiantes y con base en ello, se implementen acciones para modificar dichos comportamientos, partiendo de la iniciativa del Comité de Salud y haciéndola extensiva a todos los estudiantes en momentos posteriores.

Formulación del problema

En las últimas décadas se han elaborado investigaciones relacionadas con la metodología participativa, pero escasos en lo que se refiere a la elaboración de diagnósticos de salud participativos, y menos en hábitos universitarios, por tanto se pretende realizar esta investigación con lo que respecta a la metodología participativa aplicada a la comunidad estudiantil universitaria, para explorar sus aplicaciones, así como evaluar la respuesta de los alumnos, involucrados en un Comité de Salud ante la metodología participativa, como recurso para la promoción de la salud, favoreciendo la detección y análisis del comportamientos de riesgo en los estudiantes universitarios, como respuesta a sus necesidades de salud.

Bajo esta perspectiva la Universidad Veracruzana ha puesto a disposición de las diferentes facultades a través del CENATI, en el caso particular, en la Facultad de Estadística; una estrategia que fortalece e impulsa la participación social para el beneficio de la Comunidad Universitaria: la promoción de la salud a través del proyecto Universidad por la Salud, que tiene como primer objetivo la conformación de un Comité de Salud y así a partir de éste, hacer extensivas las acciones en beneficio de la salud de los estudiantes de dicha facultad.

Partiendo de lo anterior surgen las siguientes interrogantes:

Desde la experiencia del Comité de Salud ¿es la metodología participativa un recurso que fomente la participación del Comité de Salud de la Facultad de Estadística en la detección y análisis de comportamientos de riesgos para su salud?

Desde la experiencia de los miembros alumnos del Comité de Salud ¿Qué caracteriza el modelo de la metodología participativa que se aplica en Comité de Salud de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana en la detección y análisis de comportamientos de riesgos para su salud?

OBJETIVOS

- Valorar el proceso participativo implementado por el Comité de Salud de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana.

- Valorar el apego a los principios de la metodología participativa en el proyecto del Comité de Salud de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana para la detección de comportamientos de riesgo para su salud.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Es un estudio de corte cualitativo, su característica esencial es explorar desde el escenario de los individuos (Hernández, 1998), se destaca la importancia de la investigación que produce datos obtenidos de las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable. Considerando a la investigación cualitativa más que en un conjunto de técnicas para recoger datos: como un modo de encarar el mundo empírico (Taylor y Bogdan 1996).

Tipos sociales

Se consideraron los siguientes tipos sociales, entendiéndose tipos sociales aquellos sujetos que son identificados por la sociedad o el grupo de apoyo por ciertos atributos, son construcciones que apoyan a la recuperación de informantes (Comunicación directa, Hernández, 2006).

- Comunidad integrante del Comité de Salud de la Facultad de Estadística, de la Universidad Veracruzana.

Variables discursivas

Consideramos para estos tipos sociales y fase inicial del trabajo, basándonos en Hernández y Saldaña (2002), las siguientes variables discursivas:

- Profesores
- Estudiantes
- Directivos

Diseño Inicial y final

El diseño inicial contemplaba dos eventos por cada una de las variables discursivas que participaran, considerándose para la fase descriptiva un total de seis eventos, que comprendía la realización de dos entrevistas focalizadas aplicadas a profesores, directivos y alumnos miembros del Comité de Salud. Debido a la dinámica del desarrollo de la investigación, y al obtener otros recursos para la captación de la información como bitácoras, notas de campo audio grabaciones se determinó que a partir de dichos elementos la investigación se realizará en base a la técnica de análisis de contenido. Finalmente esta técnica se aplicó para el análisis de los siguientes eventos dando como diseño final el que se muestra en la siguiente tabla (Tabla 2).

Tabla 2. Identificación de diseño final

Tipos sociales	Variables discursivas	Evento
Comunidad integrante del Comité de Salud de la Facultad de Estadística, de la Universidad Veracruzana.	Profesores Estudiantes Directivos	7 Bitácoras 7 Notas de campo 2 Audiograbaciones

Muestreo teórico

En este estudio se utilizó para el diseño inicial el muestreo de variación máxima, en cuanto documenta las diversas variaciones e identifica patrones comunes e importantes, de las variables discursivas definidas *a priori.* (Hernández Guerson, 2003).

Categoría teórica y conceptos

La categoría teórica fue establecida como:

- Participación social en salud, la cual es definida por Teresa Cerqueira y Daniel Mato, como las acciones colectivas a través de las cuales las sociedades afrontan los retos de la realidad con propuestas y esfuerzos que intentan resolver sus problemas y satisfacer las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada; como estrategia promueve la interacción entre los actores sociales representantes de las organizaciones comunitarias y de las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales para que en conjunto se analicen problemas y necesidades, planifiquen acciones, llevar a cabo políticas, planes y programas, y evaluar el procesos y los resultados. (Teresa Cerqueira y Daniel Mato, 1998) (Ver Tabla 3).

Se decidió *a priori* incorporar, de acuerdo a los principios de la investigación participativa que proponen Gabarrón y Hernández (1994), las siguientes categorías empíricas:

- El punto de inicio está ubicado en la realidad como una totalidad.
- Se parte de la realidad específica de los propios participantes del proceso.
- Los procesos y estructuras, las organizaciones y los sujetos se contextualizan en su dimensión histórica.
- La relación tradicional de sujeto a objeto entre investigador y los grupos sociales se convierten en una relación de sujeto a sujeto.
- La unidad de la teoría con la práctica supone construir la teoría a partir de la práctica reflexionada.
- El conocimiento científico y popular se articula, críticamente, en un tercer conocimiento nuevo y alterno.
- La participación social debe ser a través de todo el proceso de investigación y acción.
- El compromiso político del investigador con el grupo social y su causa.
- Reconocer el carácter político e ideológico de la acción científica y de la educativa.
- La investigación acción se convierten en momentos metodológicos de un solo proceso para la alternativa social.

Tabla 3. Categoría analítica y empíricas diagnóstico de salud con metodología participativa

Categoría Teórica	Definición conceptual	Categoría empírica	Definición
Participación social en salud.	Son las acciones colectivas a través de las cuales las sociedades afrontan los retos de la realidad con propuestas y esfuerzos que intentan resolver sus problemas y satisfacer las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada.(Teresa Cerqueira y Daniel Mato: 1998).	El punto de inicio está ubicado en la realidad como una totalidad.	Debe partirse de situaciones reales, es decir, de las demandas o necesidades sentidas de los involucrados.
		Se parte de la realidad específica de los propios participantes del proceso.	Deben ser los propios participantes quines definen el problema a investigar, son ellos quienes realizan un diagnóstico de su situación.
		Los procesos y estructuras, las organizaciones y los sujetos se contextualizan en su dimensión histórica.	Deben tomarse en cuenta las costumbres, ideología y características de los participantes del proceso.
		La relación tradicional de sujeto a objeto entre investigador y los grupos sociales se convierten en una relación de sujeto a sujeto.	Debe darse una comunicación horizontal; de un dialogo democrático.
		La unidad de la teoría con la práctica supone construir la teoría a partir de la práctica reflexionada.	Debe haber una reflexión de la práctica que se realiza; esto para partir de la experiencia de los involucrados e ir sistematizando aquellos asuntos en los que se

Categoría Teórica	Definición conceptual	Categoría empírica	Definición
			quiere profundizar.
		El conocimiento científico y popular se articula, críticamente, en un tercer conocimiento nuevo y alterno.	Debe darse un vínculo del conocimiento popular y académico y construir un nuevo conocimiento.
		La participación social debe ser a través de todo el proceso de investigación y acción.	Se considera la participación de la comunidad en todo el proceso, desde la situación, problema y acción.
		El compromiso político del investigador con el grupo social y su causa.	El investigador debe estar comprometido con la causa, que para este proceso es la salud de los estudiantes.
		Reconocer el carácter político e ideológico de la acción científica y de la educativa.	Que el grupo social haya estado conciente de su realidad y estén comprometidos, que la propuesta que hagan se la mejor en su ámbito.
		La investigación acción se convierten en momentos metodológicos de un solo proceso para la alternativa social.	Debe darse la transformación a través del proceso; la investigación para aprender y transformar la realidad.

Fuente: Cerqueira, Teresa y Mato Daniel (1998) y Gabarrón, Luis y Hernández Landa Libertad (1994).

Procedimientos para captar información

Para realizar lo planteado en el diseño inicial, se dio seguimiento a las reuniones y actividades que lleven a cabo los integrantes del Comité de Salud, se analizaron las audio grabaciones generadas en dichas reuniones; así como documentos generados ex profeso por el Comité de Salud de utilidad para la investigación.

El periodo en el que se realizaron este estudio comprendió de julio a diciembre del 2005.

Se dio seguimiento a las reuniones del Comité Salud y a todas las actividades que se promuevan para la elaboración del diagnóstico de salud y análisis de los resultados, a través de las siguientes técnicas:

- La observación cualitativa (Miguel Valles, 1997), la cual es naturalista en esencia, sucede en el contexto natural de ocurrencia entre los actores que estuviesen participando, naturalmente en la interacción durante las reuniones del Comité de Salud, y se siguió el curso natural de éstas. Teniendo la ventaja de meter al observador en el fenómeno donde puede ser testigo de las conexiones, correlaciones y causas tal como se desenvuelven. El observador estuvo libre para buscar las categorías o conceptos que tuvieran significado para los sujetos involucrados en el Comité. En esta investigación se desarrolló el rol de completo observador, de acuerdo a Junker, (citado en Valles, 1997) tratando de obtener una máxima actividad de observación y un alto grado de distanciamiento en las actividades que realizaron los actores.

- Como apoyo para esta actividad, la información se rescató en una guía de observación (ver Anexo 1),obteniendo aspectos tales como la descripción del escenario y de las características del desarrollo las actividades en donde se recuperó la actuación de los participantes en cuanto a interés, participación, colaboración, apatía o indiferencia y algunos otros elementos que ayudaron a interpretar su actuar; así como describir la forma en que los actores viven, y desarrollan la metodología participativa.

- Video grabaciones generadas en las reuniones del Comité Salud, las que se llevaron acabo en horarios y días accesibles a los integrantes, acordadas por ellos, en la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana. Dicha técnica como parte de la observación sirvió como recurso confiable y paciente, ya que como menciona Dabbs, (citado en Taylor, 1996) este instrumento puede registrar todo lo que ve y hacerlo de manera continua durante largos periodos, permitiéndonos expandir o comprimir el tiempo y hacer visibles pautas que de otro modo se desplegarían con demasiada lentitud o rapidez como para ser percibidas. Ello con el fin de apoyar las notas observacionales.

- Bitácoras de las reuniones, elaboradas por miembros del Comité de Salud en cada reunión, documentos que se consideraron como fuente primaria de información de acuerdo a López de Cevallos (1989). Este material permitió comprender las perspectivas, los supuestos, las preocupaciones y las actividades de quienes las producen. El análisis cualitativo de dicho documento ofreció, como mencionan Taylor y Bogdan (1996), nuevas fuentes de comprensión valiosas para la investigación debido a su naturaleza subjetiva.

Procedimientos para analizar la información

Por la profundidad del análisis de los datos, de acuerdo a Hernández Guerson (1998), se trabajó en el primer nivel interpretación, el cual consistió en la transcripción fiel de los eventos del contexto, tales como bitácoras, notas de campo y audio grabaciones; las trascripciones se realizaron en un esquema elaborado para tal fin, utilizando la mitad izquierda de la hoja, identificando el tipo de evento el lugar donde se realizaron y los actores del evento, para tal fin las audio grabaciones se escucharon las veces necesarias, apoyándose en las notas recopiladas, cuidando los detalles de la transcripción textual, quitando lo inducido y lo presentado de manera incidental; lo que serviría en el proceso del análisis de los datos para la identificación de nuevas vías de investigación, además de caracterizar a los participantes,

a partir de su edad aproximada, sexo, ocupación y el semestre que cursan los estudiantes; se evaluó el entusiasmo de los participantes, así como la conducta no verbal, rescatando esto de las notas de observación; así como las posibles modificaciones de las guías de temas. Posteriormente se realizó la etapa de codificación, utilizando la mitad de la parte derecha de la hoja de transcripción de las sesiones, empleando la estrategia de análisis de contenido temático (Valles, 1997), encontrando los temas emergentes durante las reuniones, y los conceptos mencionados por Gabarrón, Luis y Hernández Landa Libertad (1994) de donde se extraen las categorías empíricas definidas *a priori.*

Al mismo tiempo se buscó la validación empírica de la información a través de imágenes de video y fotográficas; todo lo anterior con la finalidad de valorar la respuesta de los actores sociales ante la metodología participativa como recurso para la detección y análisis del comportamiento de riesgo en la población estudiantil universitaria que permitan orientar las estrategias de los Comités de Salud.

RESULTADOS

Negociación de acceso

El Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario (CENATI), es una unidad académica que forma parte de la organización universitaria donde se producen nuevos conocimientos, y nuevas formas de intervenir en los diversos problemas de la sociedad, donde preservar la salud de la población estudiantil, es uno de los aspectos prioritarios; ubicado en Cayetano Rodríguez No 49, Colonia Centro, CP. 91000, de la ciudad de Xalapa de Enríquez Veracruz. Es justamente en este centro donde nosotros como alumnos de la maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana desarrollamos actividades prácticas en los módulos de Gestión del Conocimiento I para el periodo escolar agosto 2005-febrero 2006. Como parte del acercamiento formal, fuimos presentados a la directora de dicho centro en una reunión realizada para tal fin en el Instituto de Salud Pública.

Posteriormente tuvimos un encuentro con el personal que labora en el CENATI en una reunión ex profeso para tal fin, en donde se nos informó de los programas y actividades que se realizan en el centro, nos platicaron que tienen contemplado iniciar en este periodo el programa “Universidad por la salud”, uno de los objetivos de dicho programa es realizar un diagnóstico de salud con la comunidad estudiantil a partir de un Comité de Salud, conformado por alumnos, maestros y directivos de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana; para tal fin se tienen contempladas una serie de reuniones con dicho Comité, a las cuales fuimos invitados a participar, como miembros del Comité.

El primer encuentro con los alumnos se realizó el 31 de julio del año pasado, durante una reunión que tenía la finalidad de dar la bienvenida a los alumnos de nuevo ingreso; consecutivamente asistimos a todas las reuniones que programó el Comité de Salud, durante el periodo de la investigación, las cuales se realizaron de primera instancia en un salón audiovisual, acordando posteriormente los mismos miembros del Comité, que tuvieran lugar en un aula en la facultad. Generalmente, dichas reuniones se realizaron cada semana.

Previamente se aclaró que la intención de nuestra presencia sería motivo de una investigación a partir de las actividades que ellos realizaban, y nuestra intervención durante el proceso se desarrollaría como completos observadores, (Valles 1997). Asumimos esta técnica por tener la ventaja de meter al observador en el fenómeno donde puede ser testigo de las conexiones, correlaciones y causas en los momentos en que ocurre la situación real, lo que nos permitió el acopio de los datos y utilización de las técnicas planteadas en el apartado de captación de la información, se rescataron siete bitácoras de las sesiones, siete notas de campo, dos audio grabaciones comprendidas del 31 de julio al 23 de diciembre del año 2005.

En la medida con la que asistimos a sus reuniones, los integrantes del Comité se fueron familiarizando con nuestra presencia y nos integramos paulatinamente, dado que la coordinadora realizaba pequeñas referencias durante las sesiones acerca de nuestro trabajo práctico a realizar en el CENATI por convenio con el Instituto de Salud Pública. En

algunas ocasiones, con la finalidad de socializar con los alumnos, se mantuvieron conversaciones acerca de temas como los horarios y dificultades con materias y maestros, entre otros.

A partir de la observación derivada de las reuniones del Comité de Salud, surge un interés por el tema de esta investigación, mismo que fue presentado como anteproyecto el día 18 de octubre del año próximo pasado, durante un evento organizado para este fin en el Aula Magna de las instalaciones de la Unidad de Ciencias de la Salud de esta Universidad, sentando los precedentes para establecer las condiciones de nuestro trabajo práctico en CENATI, permitiendo la coordinadora acceder a toda la información necesaria sobre la intención de la investigación.

Caracterización de los participantes

El Comité de Salud se conformó por 17 alumnos, once son mujeres y seis hombres; seis de ellos cursan el 1er semestre, ocho el 3ro, uno el 5to y dos el 7to (Tabla 4); sus edades oscilan entre los 17 y 22 años, diez de estos alumnos cuentan con el apoyo de becas PRONABES (Programa Nacional de Becas), a una alumna se le da la facilidad de que realice su servicio social al integrarse a las actividades del Comité de Salud, lo que se establece como incentivo para formar parte del Comité.

Tabla 4. Caracterización de los alumnos miembros del Comité de Salud, por grado y sexo

Semestre	Hombre	Mujer
1º	2	4
3º	3	5
5º		1
7º	1	1

Fuente: Acta constitutiva del Comité de Salud.
Xalapa, Ver. 5 de septiembre del 2005.

Así mismo, el Comité está integrado por seis maestros, catedráticos de la Facultad de Estadística, constituyéndose por cuatro hombres y dos mujeres, siendo estas dos últimas la directora y la secretaria académica, y por último la coordinadora del programa, directora del CENATI.

Caracterización de las reuniones de trabajo

Las primeras reuniones del Comité se realizaron en el salón audiovisual de la Facultad de Estadística, posteriormente, para la fácil ubicación y comodidad de los alumnos convinieron que se realizaran en otro espacio, lo que evitó que se desplazaran a otro espacio ajeno para ellos, por lo que en últimas fechas las reuniones del Comité de Salud se llevaron a cabo regularmente en un aula que los estudiantes nombran como “del quinto semestre”, ubicada en el patio central de la unidad, siendo la única aula en ese espacio, ubicada entre la administración escolar y un cubículo para maestros. Tiene unas dimensiones aproximadas de cinco mts. por cinco mts., cuenta con dos ventanales y una puerta para el acceso por uno de sus costados.

Las reuniones duran alrededor de una hora u hora y media, ya que fue acordado por los propios miembros del Comité que la duración regular de las sesiones fuera de una hora y se realizaron cada semana los días miércoles, a las trece hrs. en función de respetar tiempos ya que todos los integrantes tienen diferentes actividades propias de su trabajo escolar. En algunas ocasiones al iniciar la reunión, el número de los miembros del Comité asistentes es menor en relación al momento en que se finalizan, ya que los alumnos se van integrando paulatinamente, quedando integradas la sesión en pleno en un transcurso de 20 minutos.

La distribución de los alumnos es similar a la que se tiene para tomar una clase, donde la coordinadora se coloca al frente y los alumnos se sientan en bloque dando la espalda al resto de sus compañeros, salvo en una sola ocasión en

la que se invitó a un experto en el tema a tratar, realizada el día 27 de septiembre, durante la cuarta sesión registrada por los investigadores; donde se abordó el tema de validez y confiabilidad esperando una participación general y para ese propósito se colocaron en círculo, cara a cara; Cabe señalar que los maestros integrantes hacen acto de presencia en las reuniones, cuando se les solicita alguna asesoría, o se requiere de algún trámite o gestión de su parte, o bien con respecto a esto último en algunas ocasiones la coordinadora y una alumna son las que formulan las gestiones directamente con la directora de la facultad.

Durante las reuniones el ambiente, dentro del grupo, es de tranquilidad y se aprecia un ánimo cooperador por parte de los integrantes del Comité de expresar sus ideas y experiencias.

"... Considero que sería bueno poner una opción que diga que no han tenido problemas, por que hay veces que...las personas fuman o toman y no han tenido ningún problema..." (MCS).

Por las características del grupo antes mencionado es muy notable la motivación e inducción que reciben los alumnos por parte de la coordinadora para realizar las diferentes actividades y aportar sus ideas.

"...es más voy a ver a la directora para traerla, porque me dijo que se va una y media, para que se comprometa y nos diga la hora, mientras, para no perder el tiempo...¿ya firmaron todos el acta del Comité?, ¿dónde quedo?, ¿quién falta?...mientras Lucy vemos como se va a hacer la distribución, y cuando nos digan la hora vemos como se va a hacer, si se va a cada salón; para que no estén muy inquietos..." (MCS).

Análisis de la permanencia al trabajo de grupo

Como parte del proceso metodológico del programa Universidad por la Salud, los miembros del Comité de Salud se han organizado para realizar las actividades convenientes, tales como el desarrollo del instrumento de recolección de información para el diagnóstico, de los comportamientos y factores de riesgo, su aplicación y la elaboración de la base de datos para su captura, así como también la realización de actividades complementarias que tienen como propósito la integración grupal generadas por ellos mismos, llevando a cabo convivencias fuera del ambiente escolar. Se analizó la lista de asistencia de las reuniones en donde se realizó un registro por parte de los participantes, en donde se pudo observar que los alumnos en su mayoría son constantes, pues de un total de nueve reuniones en las que se efectuó un pase de lista, el promedio de asistencia fue de trece alumnos por reunión; por otra parte se observa una frecuencia general de asistencia mínima del 47 por ciento de los alumnos (ocho alumnos) y máxima del 100 por ciento de ellos (17 alumnos), siendo el máximo de asistencias registradas por alumno del 89 por ciento (ocho asistencias) y un mínimo del once por ciento (una asistencia).

Finalmente cabe mencionar que a lo largo de las reuniones se fueron incorporando al Comité nuevos miembros, así como deserción de algunos participantes. Por otra parte se puede mencionar que uno de los condicionantes para la asistencia de los alumnos es que el 59 por ciento de ellos (diez alumnos), cuentan con el beneficio de la beca PRONABES.

Análisis de contenido temático

Temas de salud

Para el análisis de los datos, se consideró la información recopilada de once reuniones, apoyados de la transcripción de siete bitácoras, que corresponden a siete fechas de reunión, siete notas de campo, equivalentes a igual número de eventos y finalmente de dichos eventos se rescataron dos audio grabaciones, así se rescataron varias de las diferentes técnicas de recopilación para un mismo evento. Utilizando la estrategia de análisis de contenido temático,

el producto del espectro de análisis temático aplicado al material indicado, dio como resultado la aparición de temas de salud y emergentes, los cuales fueron categorizados por los investigadores de acuerdo al discurso de los participantes.

Con respecto a los temas de salud comentados en los eventos, no se encontraron consistencias del discurso, ya que no existieron argumentos que compartieran los mismos códigos en tres cuartas partes o más del discurso (Hernández - López Granados, 1998). Los temas tratados que se cualificaron con variabilidad, es decir, que se presentaron en aproximadamente dos cuartas partes de los registros compartiendo el mismo código; fueron reagrupados en los temas: adicciones, salud mental (autoestima, depresión), hábitos de alimentación, anticoncepción, relaciones sexuales de riesgo y prevención, integración familiar, y calidad de vida. Por último, los temas extremos, presentados en al menos una cuarta parte de los documentos analizados, compartiendo el mismo código, fueron: bienestar, adaptación, estrés, relaciones interpersonales y sedentarismo. (Anexo 2). Es necesario agregar que dichos temas se dieron a partir de la dinámica que obedecía a la planeación para la elaboración de un instrumento que apoyaría la realización de un diagnóstico de salud.

...”Lluvia de ideas sobre temas que planteará el cuestionario por parte de los alumnos, que vierte los siguientes temas: consumo de alcohol y tabaco, consumo de drogas, condiciones físicas, el inmueble y su impacto en los estudiantes, depresión, problemas de autoestima, uso de preservativos y métodos anticonceptivos, relaciones sexuales de riesgo, problemas de adaptación, integración familiar, estrés por dificultades en asignaturas y su relación con la deserción y estrés, relaciones interpersonales (maestros y alumnos), hábitos alimenticios, práctica de ejercicio.”...(nota de campo, 5 de septiembre 2005).

En cuanto a los temas emergentes, estos fueron categorizados por los investigadores de acuerdo al discurso de los participantes, constituyendo la organización, el tema que se compartió en la mayoría de las reuniones, obteniendo consistencia; La deserción escolar, dudas, confiabilidad y validez, motivación a la participación, orientación, sensibilización, asistencia, experiencia profesional y respeto a los tiempos, presentaron variabilidad; hallándose dispersos en las reuniones; los temas extremos: temor a resistencias y familia (Anexo 3).

...”ese cartel, junto con los de informática van a estar el día que se inaugure la condonera y todos quedamos ya que va a quedar junto a la máquina de café, ya ahorita fui con la directora para checar... ahí donde está la máquina, le va a dar una pintadita ,y vamos a ubicar todos esos carteles que ya hicieron los de informática, nada más estamos esperando los de ustedes...” (MCS).

Análisis de principios metodológicos de la participación social en salud

Aplicando nuevamente el análisis de contenido de los eventos señalados, se buscaron los diez principios metodológicos; teniendo como hallazgos la ausencia de consistencia en los eventos. (Anexo 4). En cuanto a las categorías empíricas encontradas como variabilidad, localizamos a las siguientes:

- Debe partirse de situaciones reales, es decir, de las demandas o necesidades sentidas de los involucrados., citando por ejemplo:

  ... “esos elementos de los que vamos a hablar son importantísimos, por lo que primero que nada, hay que situarse, yo por ejemplo, si alguien me va a aplicar una encuesta ¿como me gustaría que me la aplicara?, y depende del trato que me dé la persona que me quiere aplicar la encuesta, yo le voy a contestar.....” (MCS).

- Deben ser los propios participantes quienes definen el problema a investigar, son ellos quienes realizan un diagnóstico de su situación:

…." lluvia de ideas sobre temas que planteará el cuestionario por parte de los alumnos, que vierte los siguientes temas: consumo de alcohol y tabaco, consumo de drogas, condiciones físicas del inmueble y su impacto en los estudiantes, depresión, problemas de autoestima, uso de preservativos y métodos anticonceptivos…" (MCS).

- Deben tomarse en cuenta las costumbres, ideología y características de los participantes del proceso:

  ……." Porque por lo menos yo he pasado por lo mismo en la prepa, y aquí no pero, pienso que en tu grupo no te van a poner la misma atención porque ya saben que eres tú y el relajo, y con una persona diferente…por la misma desconfianza se ponen serios y callados, además porque van a pensar que uno va a saber lo que contestaron y en (un grupo) uno diferente no, porque es más comodidad para ellos y para nosotros también…" (MCS).

- Debe darse una comunicación horizontal de un dialogo democrático:

  …" ¿Qué comentarios hay sobre lo que se ha hecho? ¿cómo nos sentimos?...una alumna opinó que se siente bien porque ha podido llevarse mejor con su grupo…se siente bien con el grupo que formamos pero quiere ver avances…vamos lento y que necesitamos vernos más para no desanimarnos…" (Bitácora, 27 septiembre 2005).

- Debe haber una reflexión de la práctica que se realiza; esto para partir de la experiencia de los involucrados e ir sistematizando aquellos asuntos en los que se quiere profundizar:
  ….." Muy bien, ¿qué otra cosa? , acuérdense que el instrumento tiene que quedar bien elaborado, independientemente claro, porque muchos de los motivos por los que no contestamos a veces es que no entendemos, ese es el punto, y aquí lo importante es que quede claro……." (MCS).

- Se considera la participación de la comunidad en todo el proceso, desde la situación, problema y acción:
  ….." Bienvenida a estudiantes. Cada participante del Comité de Salud dio un mensaje de bienvenida y compartieron su experiencia como estudiantes y su estancia en la universidad, el Comité se conforma por alumnos de diferentes semestres. Dentro de algunos puntos se habló de las experiencias como alumnos, problemas con materias, organización de tiempo, trámites escolares, trabajo en equipo…" (Nota de campo, 31 de agosto 2005).

Continuando el análisis del contenido, no se localizaron cuatro de los principios definidos *a priori*, siendo éstos: debe darse un vínculo del conocimiento popular y académico, construyendo un nuevo conocimiento, el investigador debe estar compartiendo con la causa, que para este proceso, es la salud de los estudiantes, que el grupo social haya estado consciente de su realidad y estén comprometidos; que la propuesta que hagan sea la mejor en su ámbito y, debe darse la transformación a través del proceso; la investigación para aprender y transformar la realidad, por lo que fueron cualificados como casos extremos, debido a su ausencia en los eventos.

A partir de la codificación realizada se decidió integrar un último concepto para el análisis, el cual se codificó como Psco: el grupo participa en el proceso, pero es el grupo promotor quien de alguna manera conserva el poder de decisión (Ander-Egg, E. 2000), ya que en los eventos se notaba recurrentemente la aparición de dicha suceso.

…..¿les quedo claro lo del cartel? Pueden ustedes ponerles la figura que quieran, el color que quieran, pero del contenido tiene que ser….¡ah! y del tamaño que quieran, no se preocupen por la impresión, la directora los de informática los imprimió y no hay ningún problema ustedes pueden imprimir lo que necesiten. Todos tienen que participar, todos, absolutamente todos, ¿están de acuerdo?……." (MCS).

DISCUSIÓN

Durante el periodo que se desarrolló la investigación (julio-diciembre, 2005) en donde el Comité de Salud recurrió a la metodología participativa como un recurso para fomentar la participación de los alumnos para lograr el objetivo de favorecer la identificación de factores y comportamientos de riesgo, relacionamos para esta discusión lo que Cerqueira dice con respecto a la participación social en salud, que está representada por las acciones colectivas a través de las cuales las sociedades afrontan los retos de la realidad con propuestas y esfuerzos que intentan resolver sus problemas y satisfacer las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada. (Cerqueira y Mato; 1998). Por otra parte, otros autores a partir de diferentes principios que forman los elementos indispensables que deben estar presentes en la participación social a través de todo el proceso de investigación y acción (Gabarrón y Hernández, 1994), es decir, se considera la participación de la comunidad en todo el proceso.

...” La finalidad de esta reunión es él piloteo del instrumento de recolección de datos para el dx, se realiza él piloteo con los participantes del Comité de Salud pues así lo determinaron...”(Nota de campo, 12 de octubre del 2005).

Con base a la teoría que rescata esta investigación, del análisis realizado se obtuvieron los elementos para considerar que la metodología participativa es un recurso que ha fomentado la participación de la población estudiantil, de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, en la detección y análisis de comportamientos de riesgos para su salud.

...” Que juntos conozcamos y analicemos nuestros comportamientos de riesgo y busquemos alternativas de solución...”(MCS).

En cuanto a lo que caracteriza el modelo de la metodología participativa que se aplica por el Comité de Salud, se puede señalar que si bien es cierto, se encontraron algunos de los principios teóricos de la metodología participativa, otros por el contrario estuvieron ausentes, tal es el caso del principio que refiere al reconocer el carácter político e ideológico de la acción científica y de la educativa, es decir, que el grupo social haya estado conciente de su realidad y estén comprometidos, pues aunque el Comité está conformado por directivos, maestros y alumnos de la facultad, sólo los alumnos son quienes han estado involucrados y presentes en el proyecto de manera consistente, y la representación de maestros y directivos sólo es de forma no comprometida con todo el proceso, sino únicamente con aspectos administrativos.

“...Claro, es más voy a ver a la directora para traerla, por que me dijo que se vá a la una y media, para que se comprometa y nos diga la hora , .. mientras Lucy vemos como se va a hacer la distribución y cuando nos digan la hora vemos como se va a hacer si se va a cada salón...” (MCS).

Con lo que respecta al principio que menciona que la investigación acción se convierte en momentos metodológicos de un proceso para la alternativa social, esto es, que en la participación debe darse la transformación a través del proceso, podemos señalar que de igual manera estuvo ausente en el análisis, debido a que los miembros alumnos del Comité a quienes realizan las acciones, aún no se encuentran en la condición de apropiarse de su situación de salud y poder transformarla de forma autogestiva, parece más bien, una dinámica que Ander-Egg, E. denomina de cogestión, el cual refiere que el grupo participa en el proceso, pero es el grupo promotor quien conserva el poder de decisión. (Ander-Egg, 2000).

Por otra parte es importante reiterar que este grupo es de reciente creación, esto lo caracteriza como un grupo que es coordinado en sus diferentes actividades y la participación de todos los integrantes en el proceso no es constante o se realiza de manera pasiva; de acuerdo a Beal (1966), una de las características esenciales de un grupo consiste en que las decisiones son tomadas por el grupo como un todo, donde cada miembro participa en función de sus habilidades e intereses. Idealmente una característica es que las ideas son valoradas más bien para el logro de la

meta, que por la posición relativa de sus proponentes. El funcionamiento de un grupo está bajo el control de sus integrantes y se puede hacer más eficiente y más eficaz; en una palabra, puede madurar.

CONCLUSIONES

A manera de conclusión podemos señalar que en esta etapa, considerando que la estrategia aplicada representa una innovación en el ámbito de la Universidad Veracruzana y el proceso de trabajo del Comité de Salud se encuentra actualmente en una fase de arranque para concretar sus estrategias y objetivos; la investigación dio como resultado, que la mayoría de los principios que sustentan el trabajo de la metodología participativa. López de Cevallos (1989), considera sustantivos para la investigación acción participativa con metodología participativa, el hecho de que quien la ejercite cumpla con al menos tres principios, que ella denomina como principio EXPLICATIVO, entendido como el conocimiento profundo de los actores y sus acciones; principio APLICATIVO la puesta a disposición de los propios actores, el conocimiento obtenido para la generación de sus propias acciones y, principio IMPLICATIVO, es el uso de la investigación como medio de movilización social, el compromiso con la causa. De tal manera que el acercamiento a la metodología participativa es en función de cumplir tales principios.

Tomando como referente estos principios, ubicamos los principios epistemológicos y metodológicos de Gabarrón y Hernández (1994), que para esta investigación fueron las categorías empíricas, tal y como se observa en la Tabla 5.

*Tabla 5. Adaptación de los principios de la metodología participativa a las categorías de la Investigación-Acción**

EXPLICAR	APLICAR	IMPLICAR
• Partir de situaciones reales, es decir, de las demandas o necesidades sentidas de los involucrados. • Deben ser los propios participantes quienes definen el problema a investigar, son ellos quienes realizan un diagnóstico de su situación. • Deben tomarse en cuenta las costumbres, ideología y características de los participantes del proceso. • Debe darse una comunicación horizontal de un dialogo democrático. • Se considera la participación de la comunidad en todo el proceso, desde la situación, problema y acción.	• Debe haber una reflexión de la práctica que se realiza; esto para partir de la experiencia de los involucrados e ir sistematizando aquellos asuntos en los que se quiere profundizar. ** Debe darse un vínculo del conocimiento popular y académico, construyendo un nuevo conocimiento.	** El investigador debe estar comprometido con la causa, que para este proceso, es la salud de los estudiantes. ** Que el grupo social haya estado consciente de su realidad y estén comprometidos. ** Debe darse la transformación a través del proceso; La investigación para aprender y transformar la realidad.

*Fuente: López de Cevallos, P. (1989) y Gabarrón, L. y Hernández Landa L. (1994)
** No se caracterizan aún dentro de la metodología utilizada en el Comité de Salud.

Así, López de Cevallos dice que el cumplimiento de todos los principios es un indicador de realización de investigación-acción participativa; cumplir únicamente explicación y aplicación promueve una investigación aplicada, la cual está más dirigida a la aplicación de los conocimientos que se logren, dando como resultado la investigación aplicada, que es donde se encontraría ahora la experiencia del Comité de Salud de la Facultad de Estadística (Tabla 6).

Tabla 6. Tipos de investigación de acuerdo a finalidad y nomenclatura más habituales Investigación

de EXPLICACIÓN	de APLICACIÓN	de IMPLICACIÓN	
Sin acción, pero SOBRE la acción y sus actores	PARA la acción y sus actores	POR la acción DE sus actores	NOMENCLATURA
+	+	+	Investigación-acción
+	-	+	Encuesta participante
-	+	+	Encuesta concientizante
+	+	-	Investigación aplicada

Fuente: López de Cevallos, P. (1989).

Por otra parte, la fase en la que se encuentra la conformación del grupo, aún necesita de un líder, para la realización de sus actividades, que poco a poco promueva al grupo hacia la autogestión en el proceso de la participación social en salud.

Podemos agregar que a pesar de lo antes planteado, en lo que respecta a la evaluación del proceso implementado y de la evaluación del apego a los principios de la metodología participativa en el proyecto del Comité de Salud de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana para la detección de comportamientos de riesgo para su salud, la experiencia ha resultado positiva.

RECOMENDACIONES

Las estrategias actuales en salud requieren de la activa participación de todos los actores sociales. Por tal razón siendo el espacio universitario un lugar donde se puede favorecer la promoción de la salud, este proyecto motiva para seguir realizando investigaciones que contribuyan a su socialización y fortalecimiento.

De tal forma se recomienda facilitar procesos en los participantes que permitan el tránsito de una investigación aplicada a una participativa, quizá, el primer paso pueda ser la capacitación de los miembros del Comité de Salud respecto a la Metodología Participativa.

Sugerimos fortalecer la dinámica interna de sus reuniones, buscando una comunicación horizontal hasta lograr un rol autogestivo.

Realizar acciones de promoción y difusión de las actividades y objetivos del Comité de Salud dentro y fuera de la Facultad de Estadística.

Realizar así mismo la evaluación permanente con el fin de fomentar acciones de mejora y poder orientar y estimular los apoyos para un desarrollo sostenible, creación de nuevos grupos e iniciar nuevos procesos de Reflexión-Problematización-Acción.

De igual forma, recomendamos continuar la investigación en las siguientes fases del programa “Universidad por la Salud” y que ello sirva de base para la posterior difusión y aplicación en otras facultades pertenecientes a la Universidad Veracruzana, en esa misma línea seguir realizando investigaciones que contribuyan a la socialización y fortalecimiento de la Metodología Participativa en el ámbito Universitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS

1. Abrantes, P. RM. en CS (1999). Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. *Revista Salud pública de México*. Vol. 41/No 6.
2. Ander-Egg, E. (2000). Acerca de la participación. Madrid: Popular. pp. 415-429.
3. Ander-Egg, E. (1995).Técnicas de Investigación Social. Argentina: Lumen. pp. 229-249.
4. Beal, G. M. (1966). Conducción y acción dinámica del grupo. Buenos Aires: Editorial Kapelusz, pp. 23.
5. Cabrera, L. L.,Hernández, C. G., Pérez, C. F. y Valdés, M. M. (1999). Reflexiones sobre aplicación de técnicas grupales en actividades de la sociedad científica de medicina familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 15 No.1
6. Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario. Plan de desarrollo académico del CENATI de la Universidad Veracruzana Zona Xalapa, U. V. (2005). pp.1-82.
7. Cerqueira, T. y Mato D. (1998). Evaluación participativa de los procesos de participación social en el desarrollo de la salud. En participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro. México: Organización Panamericana de la Salud y el Colegio de Sonora pp. 21-63.
8. Cruz, J. A. (2004). Universidad por la salud: un enfoque psicológico de promoción y prevención con participación estudiantil. Una propuesta, tesis presentada en opción al grado científico de doctora en ciencias psicológicas. Cuba; Universidad de la Habana.
9. Gabarrón, L. y Hernández, L. L.(1994). Investigación Participativa. Cuadernos metodológicos 10. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. pp. 5-44.
10. Hernández, G. E. y López, G. LM. (1998). Una aproximación al análisis cualitativo de datos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Vol. 3 No. 2.
11. Hernández, G. E. y Saldaña, I. SA. (2002). Guía práctica para la investigación de proyectos de investigación cualitativos y cuantitativos. México: Universidad Veracruzana.
12. Hernández, G. E. (2003). Guía Básica para desarrollo de Investigaciones y Comunicación de Resultados. México: Universidad Veracruzana.
13. Hersch, M. P. (1992). Participación social en salud: Espacios y actores determinantes en su impulso. *Salud Pública de México.* Vol. 34.
14. López de Cevallos, P. (1989). Un método para la acción- participativa. Madrid: ED. Popular. pp. 23-42.
15. Molina, R. JF., Daquilema M., Gómez, B. C. (1992). Participación social en salud, una experiencia en Simojovel, Chiapas. *Salud pública de México*. Vol.34, no.6.
16. Organización Panamericana de la Salud (1993). Memorias del I taller subregional latinoamericano Participación social y Educación para la Salud. México: INNSZ. pp. 1-545
17. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1999). Planificación local participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Washington DC : OPS Serie Paltex No. 41. pp. 112.
18. Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidos Básica. pp 19-23.
19. Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: síntesis sociológica. pp 148 ,152
20. Ysunza, O. A. , Díez, C. S. Y López, N. L. (1993). Programa de investigación-acción comunitaria en migración y nutrición. *Salud Pública México*. Vol. 35: 569-575.

21. Servicios de Salud de Veracruz.2005.Servicios de salud de Veracruz. Fecha de consulta: 13 de octubre del 2005.Disponible en: http://sesver.ssaver.gob.mx/

22. Universidad Veracruzana. 2005. Universidad Veracruzana, México. Fecha de consulta: 10 de septiembre del 2005.Disponible en: http://www.uv.mx/

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreola, B. A. (1984). Dinámica de grupo. Editorial Sal Térrea, España.
2. Armando, H. J. y De Keijzer, B. (1998). Participación en Salud: evaluación de experiencias para el futuro. El Colegio de Sonora, OPS.
3. Álvarez, A. R. (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. México: Manual Moderno.
4. Breilh, J. (1995). Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Ecuador. CEAS.
5. Figueroa, P. D. (2005). Vigilancia participativa de la seguridad alimentaria, en una comunidad de Cuba. *Salud pública.* Vol.7, no.1.
6. López, R. F. (2003). Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas. México: Manual Moderno.
7. Organización Panamericana de la Salud (1995). Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud. La participación social en el desarrollo de la salud. Experiencias Latinoamericanas . Washington DC: OPS.
8. Sánchez, L. ,Pérez, D., Cruz, G. *et al*. (2004). Participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*: opiniones de la población en un municipio de La Habana, Cuba. *Revista Panamá Salud Pública.* Vol.15, no.1.
9. Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. (1990) Focus Groups. Theory and Practice. United States of America: Sage Publications.
10. Tapia, C. JA, Urdapilleta, O., Gómez, O., Garrido, F. (2003). Evaluación el gasto en la construcción de unidades de salud: ejemplo de participación comunitaria. *Salud Pública México*. Vol.45.
11. Secretaría de Salud.2005.Secretaría de Salud. Fecha de consulta : 11 de octubre del 2005. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/

ANEXOS

Anexo 1: Nota de observación

Nombre del observador:_____
Evento: _____
Lugar y fecha: _____
Hora de inicio:_____ Hora de Termino: _____

Notas de observación	Notas teóricas
Notas metodológicas	

Anexo 2 **:** Espectro del discurso: Temas de salud

SESIONES	Adicciones	Salud mental (Autoestima, Depresión)	Hábitos de alimentación	Bienestar	Anticoncepción	Relaciones sexuales de riesgo y prevención	Adaptación	Integración familiar	Estrés	Relaciones interpersonales	Sedentarismo	Calidad de vida
31/ julio												
31/ agosto												
5/ septiembre	**	**	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
12/ septiembre		*			*	***						*
19/ septiembre												*
27/ septiembre						*						
12/ octubre	**	*	*					*				
19/ octubre												
26/ octubre												
3/ noviembre	*	*										
23/ noviembre		*										
Cualificación	Variable	Variable	Variable	Extremo	Variable	Variable	Extremo	Variable	Extremo	Extremo	Extremo	Variable

Anexo 3: Otros temas diferentes de salud

SESIONES	Deserción escolar	Organización	Dudas	Confiabilidad y validez	Motivación a la participación	Orientación	Familia	Sensibilización	Asistencia	Experiencia profesional	Temor a resistencias	Respeto tiempos
31/ julio	*	**						*		*		
31/ agosto	*	*	**							*		
5/ septiembre		***			*	**			**			
12/ septiembre	*	*		*								
19/ septiembre		*	*	*	*							
27/ septiembre		*		**		*			*	*		
12/ octubre	**	*****	*		**	**	*	*				*
19/ octubre												
26/ octubre		***** **** ****		*		****			**		****** **	*

3/ noviembre	*	****			***	**		**		*		
23/ noviembre		***	**		*							
Cualificación	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	Extremo	Variable	Variable	Variable	Extremo	Variable

Anexo 4: Espectro del discurso en base a los principios epistemológicos

	PSsr	PSpp	PSci	PSch	PSrp	PScp	PSpc	PScc	PSre	PStp	PSco
31/julio				*							
31/ agosto					*		*				
5/septiembre		*		*			* *				
12/septiembre	*			*	*		*				
19 septiembre											
27/septiembre				*	*		*				
12/octubre	* *	*	*	*	*		* *				* *
19/octubre											
26/octubre	* * * *	**	* * * *		* * * * * *		* * * * * *				* * * * * * * * * *
3/noviembre							*				* *
23/noviembre					*						
Cualificación	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	Extremo	Variable	Extremo	Extremo	Extremo	Variable

CODIFICACIÓN:

PSsr. Debe partirse de situaciones reales, es decir, de las demandas o necesidades sentidas de los involucrados.

PSpp. Deben ser los propios participantes quienes definen el problema a investigar, son ellos quienes realizan un diagnóstico de su situación.

Psci. Deben tomarse en cuenta las costumbres, ideología y características de los participantes del proceso

PSch. Debe darse una comunicación horizontal de un dialogo democrático.

PSrp. Debe haber una reflexión de la práctica que se realiza; esto para partir de la experiencia de los involucrados e ir sistematizando aquellos asuntos en los que se quiere profundizar.

PScp. Debe darse un vínculo del conocimiento popular y académico, construyendo un nuevo conocimiento.

PSpc. Se considera la participación de la comunidad en todo el proceso, desde la situación, problema y acción.

PScc. El investigador debe estar compartiendo con la causa, que para este proceso, es la salud de los estudiantes.

PSre. Que el grupo social haya estado consciente de su realidad y estén comprometidos que la propuesta que hagan sea la mejor en su ámbito.

PStp.Debe darse la transformación a través del proceso; La investigación para aprender y transformar la realidad.

PSco. El grupo participa en el proceso, pero es el grupo promotor quien de alguna manera conserva el poder de decisión.

INFORMACIÓN ANTICONCEPTIVA Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Betzaida Cuevas Córdoba y María Silvia de los Ángeles Xolocostli Munguía

RESUMEN

Diversos aspectos se entrelazan en el embarazo en adolescentes; como lo son, los riesgos médicos, sociales y económicos, así como las repercusiones sobre la salud pública; este hecho hace necesario el conocer qué saben las jóvenes sobre métodos anticonceptivos, con el fin de diseñar estrategias desde la perspectiva de que las adolescentes estén mejor informadas para decidir responsablemente su sexualidad y promover en esta etapa de la vida comportamientos saludables.

En este sentido, en el presente trabajo se compara la información anticonceptiva que tienen las adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana; dicha población se dividió en dos grupos: el grupo uno con adolescentes embarazadas o con embarazos previos y el grupo dos con adolescentes que nunca se han embarazado, todas entre los doce y 19 años de edad, con la finalidad de identificar si es la falta de información anticonceptiva una de las causas que conllevan al embarazo en las adolescentes.

A ambos grupos se les realizó una entrevista a través de un cuestionario conformado por 40 preguntas divididas en diferentes temas como existencia y presentación de métodos anticonceptivos, efectividad anticonceptiva y uso correcto de los mismos. Las pruebas estadísticas realizadas no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos, indicando con esto que la falta de información sobre métodos anticonceptivos no es uno de los factores que conllevan al embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Escuela de la UV ya que tanto en el grupo uno, como en el grupo dos, se observa una baja información anticonceptiva, revelada por calificaciones de 5.46 y 5.51 respectivamente, en una escala del uno al diez.

Por otro lado, sí se encontraron diferencias en relación a los temas, observando gran disparidad en los resultados obtenidos, sobre la información que tienen sobre existencia de métodos anticonceptivos y el uso correcto de los mismos, además que la calificación general sobre información anticonceptiva es directamente proporcional al nivel de escolaridad que tienen las adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación

¿Es la falta de información sobre métodos anticonceptivos uno de los factores que conllevan al embarazo en las adolescentes que acuden a Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana?

Contribución del proyecto a la solución del problema

Diseñar estrategias para proporcionar información sobre métodos anticonceptivos enfocada a adolescentes, según las deficiencias encontradas en cuanto a la existencia, presentación, efectividad anticonceptiva y uso, en los resultados que arroje el presente estudio.

MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL

Antecedentes

Numerosos autores (Lebreton, 1993) (Escobar, 1995) y Organismos internacionales, definen a la adolescencia; (OMS) 1996 como:

> *"El período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica, y la clasifica en tres fases: la primera de los diez a los catorce años, como adolescencia temprana; la segunda fase de los quince a los 19 años, como adolescencia media y la tercera fase de los 19 a los 21 años, como adolescencia tardía".*

En esta etapa, se inicia la experimentación sexual, lo cual conlleva a riesgos como el embarazo o la adquisición de enfermedades de transmisión sexual. Aproximadamente el 40 por ciento de las mujeres de quince a 19 años son sexualmente activas y las tasas de embarazo en mujeres adolescentes han aumentado en las últimas décadas, reportándose en Estados Unidos de Norteamérica, tasas cercanas a los 60 nacimientos por mil mujeres de quince a 19 años de edad (Ibarra-Colado, 2002).

En México, la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y el año 2000 de 6.0 a tres hijos por mujer. Sin embargo, debido a la elevada proporción de población joven, la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó en el mismo periodo. Así, aunque la tasa de fecundidad en la población ha disminuido, la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción de los nacimientos que son producto de madres adolescentes se ha mantenido estable debido a la inercia de crecimiento poblacional (CONAPO, 1997).

Según datos de CONAPO en el año 2000 hubo 400 mil embarazos en adolescentes, de los cuales en su mayoría se desarrollan en las zonas rurales, entre la población indígena, que se encuentran más aisladas y desprotegidas. En estas comunidades se observan niveles de concepción muy similares a los que tenía el país hace quince años. Actualmente en México, el 17 por ciento de los nacimientos son de mujeres menores de 19 años y cada año se registran 500 mil embarazos en adolescentes.

Por otro lado, hablando específicamente del ámbito local, en el Hospital escuela de la UV se otorgan al mes un promedio de 521 consultas a embarazadas de las cuales 120 se dan a embarazadas entre doce y 19 años, lo cual representa un 23 por ciento del total de consultas (Hospital Escuela de la UV, 2005), dato que se corroboró con la información del diagnóstico de salud de dicho hospital con un 22.16 por ciento de pacientes embarazadas de quince a 19 (Diagnóstico de salud del Hospital Escuela de la UV 2005). En relación a trabajos de investigación realizados en el hospital UV, existe un estudio que explora la relación entre cuidados en la salud y la presencia de estrés prenatal en adolescentes gestantes (Blázquez 2005), sin embargo no se encuentra ningún trabajo que mencione las causas que conlleven al embarazo en este grupo de edad.

El embarazo en adolescentes, como se observa en diversos estudios realizados en países tanto desarrollados, como en vías de desarrollo, es una problemática a nivel mundial; además esta situación es considerada por organismos como la OMS y UNICEF (1996) como de alto riesgo (NOM-007-SSA2-1993), ya que presentan consecuencias orgánicas, fundamentadas en numerosas investigaciones (Fernández, 1996; Núñez 2003 y Barrantes, 2003), que afectan notablemente a la madre y al hijo, como las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos; además de las complicaciones durante el parto y el posparto como son, las tasas de morbilidad y mortalidad más elevadas; lo cual se explica en base a la inmadurez biológica inherente a la edad de la madre; sin embargo esta inmadurez es importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de quince ó 16 años), ya que por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social, como el escaso o nulo control prenatal o la condición nutricional o de pobreza que presente la embarazada.

Además de los riesgos médicos que implica el embarazo en adolescentes, genera también deserción escolar de la madre, dificultando su inserción en el mundo laboral; y tomando en cuenta que el número de adolescentes en el país es alto, esto se convierte en conjunto en una problemática de salud pública. Aunado a que la mayoría de estos adolescentes inician su vida sexual a edades cada vez más tempranas, y que de esto, a que recurren al uso de un método anticonceptivo (NOM 005-SSA2-1993), transcurre en la mayoría aproximadamente un año (Secretaría de Salud, 1988), además que muy pocos conocen el uso correcto de los mismos (Gutiérrez, 2005), todo esto se conjunta para dejar a las jóvenes en riesgo de embarazo cada vez mayor.

En un estudio realizado por Mosquera, en adolescentes escolarizados de doce a 18 años en Colombia, se encontró que a pesar de los esfuerzos por informar a los jóvenes acerca de los métodos de planificación familiar estos continúan desinformados y asumen conductas de riesgo (Mosquera, 2003). En otro estudio realizado por Villanueva en México, sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes embarazadas, se encontró que sólo un tercio de las adolescentes embarazadas demostraron conocer el uso de al menos un método anticonceptivo (Villanueva, 2001). Sobre este mismo aspecto, en otro estudio realizado por Núñez, en Morelos, México, entre madres adolescentes de trece a 19 años de edad, concluyó que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes (Núñez, 2003).

En cuanto a la información a que tienen acceso los adolescentes en este rubro, Barrantes (2003) señala que la baja condición socio económica, bajo nivel educativo y una cultura más conservadora, entre otros factores, impiden que los adolescentes ejerzan de manera responsable sus derechos reproductivos.

Como lo menciona (Gutiérrez, 2005) son varios los factores que influyen y han influido en el aumento del embarazo en esta época de la vida como son: el inicio temprano de las relaciones sexuales heterosexuales, maduración sexual temprana, mayor libertad de horario, mayor facilidad de encuentros íntimos, no uso de anticoncepción preventiva por ignorancia o por inaccesibilidad a los mismo y, o falla del método anticonceptivo cuando los usan por utilizar aquellos de baja seguridad con alto riesgo de falla como son todos los métodos naturales.

En este sentido, ya que en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, se realizan las prácticas de campo del Instituto de Salud Pública, al hacer los primeros recorridos por la institución se observó un gran número de pacientes embarazadas adolescentes en la sala de espera, esta situación se reflejó también al preguntar al personal, en contacto directo con el paciente, de diversas áreas como médicos de consulta externa, embarazo de alto riesgo, hospitalización, patología, y departamento de trabajo social, etc., cuál era el problema de salud pública que identificaban, coincidieron en responder que existía un gran número de pacientes adolescentes embarazadas.

Estos acercamientos directos con dicha realidad, los antecedentes mundiales de este tema, y todos los aspectos que se entrelazan en el embarazo en adolescentes; como lo son, los riesgos médicos, sociales y económicos, así como las repercusiones sobre la salud pública; fueron motivos suficientes para que surgiera en nosotras la inquietud de investigar cuál era la causa de este alto número de adolescentes gestantes, pero viendo la amplitud de factores relacionados con este evento, se optó por investigar si hay una relación entre la información que tienen las adolescentes que acuden a consulta sobre métodos anticonceptivos y el hecho de estar embarazadas, ya que con todo esto se observa la necesidad de conocer qué saben las jóvenes sobre este asunto, con la finalidad de buscar conocimiento que lleve a implementar estrategias que den solución a el embarazo en adolescentes, desde la perspectiva de estar mejor informadas como parte de decidir responsablemente su sexualidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar la relación entre la información sobre métodos anticonceptivos y la presencia de embarazo en adolescentes.

Objetivos específicos

- Comparar la edad de inicio de vida sexual entre las adolescentes embarazadas y no embarazadas.
- Identificar las presentaciones anticonceptivas más conocidas entre los adolescentes.
- Determinar cuanto saben las adolescentes sobre la existencia y presentación de los métodos anticonceptivos.
- Evaluar la información que tienen las adolescentes sobre la efectividad de los métodos anticonceptivos.
- Medir cuanto saben las adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos.
- Encontrar si existe una relación entre la información anticonceptiva y el grado de escolaridad de las adolescentes.
- Conocer cuanto saben las adolescentes sobre métodos anticonceptivos en relación a la presencia de actividad sexual.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño que se utilizará

Estudio comparativo con dos grupos

Población de estudio

Universo: Mujeres que acudieron al Hospital Escuela de la UV
Población objetivo
Grupo 1: Adolescentes de doce a 19 años embarazadas o con embarazos previos
Grupo 2: Adolescentes de doce a 19 años no embarazadas.

Descripción de la muestra

Censo de la población objetivo que acudió al Hospital Escuela de ocho a doce hrs, del 22 al 30 de noviembre del 2005.

Criterios de inclusión y exclusión

Grupo 1
Criterios de inclusión

- Adolescentes de doce a 19 años embarazadas.
- Adolescentes doce a 19 años con embarazos previos.
- Que acudieron a consulta al Hospital Escuela de ocho a 12 hrs, del día 22 al 30 de noviembre del 2005.
- Aquellas que decidieron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Embarazadas fuera del rango de edad.
- Embarazadas que acudieron a consulta en otra fecha a la planeada para el estudio.
- Embarazadas que decidieron no participar.

Criterios de eliminación

- Adolescentes embarazadas o con embarazos previos que cumplieron los criterios de inclusión, pero no terminaron de responder el cuestionario por falta de tiempo u otro motivo.

Grupo 2

Criterios de inclusión

- Adolescentes de doce a 19 años que nunca hubieran estado embarazadas.
- Que acudieron al Hospital escuela de ocho a doce hrs, del día 22 al 30 de Noviembre del 2005.
- Aquellas que decidieron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Que estuviera embarazada o que hubiera tenido embarazos previos.

Criterios de eliminación

- Adolescentes que nunca hubieran estado embarazadas, que cumplieron los criterios de inclusión, pero no terminaron de responder el cuestionario por falta de tiempo u otro motivo.

Método de muestreo

No se llevó a cabo ningún tipo de muestreo ya que se realizó el estudio a todas las embarazadas y no embarazadas de doce a 19 años que cumplieron los criterios de inclusión y que acudieron al Hospital Escuela de ocho a doce hrs. del 22 al 30 de noviembre del 2005. Las pacientes de la consulta externa se identificaron, según su edad, del listado de pacientes; y las que acudieron a los servicios de laboratorio y radiología, se identificaron según la lista en la que se anotaban al solicitar el servicio; así como a todas las pacientes que se encontraban en área de hospitalización.

Grupo 1: Consultorios: uno, dos, tres (de control prenatal) y cinco (de embarazo de alto riego), y área de hospitalización.

Grupo 2: Consultorios: uno (de ginecología), y departamentos auxiliares de diagnóstico (laboratorio y radiología).

Método de obtención de datos

Nuestro método de obtención de los datos fue una entrevista, a través de un cuestionario que fue validado por médicos generales , ginecólogos y el psicólogo del Hospital Escuela, así como catedráticos del Instituto de Salud Pública de la UV al cual se le realizó también una prueba piloto y posterior a esta se realizaron algunas modificaciones para su validación final. Dicho cuestionario constó de cinco apartados: ficha de identificación con seis variables; antecedentes gineco-obstétricos divididas en dos secciones, la primero, para el grupo de adolescentes embarazadas, y la segundo, para el grupo de no embarazadas, ambos con cinco preguntas; y el cuestionario para evaluar la información está constituido por 38 preguntas cerradas y dos abiertas, divididas en los siguientes tres apartados que son: existencia y presentación, efectividad anticonceptiva, y uso correcto de los métodos anticonceptivos.

Variables

En este trabajo se identificaron las siguientes variables que son: información, edad, nivel de escolaridad, edad de inicio de vida sexual, vida sexual activa, existencia y presentación de anticonceptivos, efectividad anticonceptiva y uso correcto de métodos anticonceptivos.

Definición de las variables

Tabla 1. Descripción y definiciones de las variables utilizadas

Variable teórica	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Indicador
Información	Es el cúmulo de datos contenidos en un mensaje que no implica flujo, dirección ni retroalimentación entre un emisor y un receptor.	Cuantitativa	Aquella información sobre - Existencia y Presentación - Efectividad Anticonceptiva - Uso correcto de los métodos anticonceptivos.	Escala de 1 a 10.
Edad	Años cumplidos que tienen la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa	Años cumplidos que tienen la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Edad referida por la adolescente expresada en años.
Nivel de escolaridad	Agrupación o clasificación de los alumnos según el estado de sus conocimientos: primaria, secundaria, bachillerato, técnico, licenciatura, otros.	Cualitativa	Clasificación de la persona de acuerdo al nivel que cursa en el momento de la encuesta o el último nivel en el que cursó, pudiendo ser: ninguna, primaria, secundaria, bachillerato, técnico, licenciatura, otros.	Nivel de estudio que refiera la encuestada.
IVSA (Inicio de Vida Sexual Activa)	Edad a la que se inicia una vida sexual.	Cuantitativa	Edad a la que tiene su primera relación sexual coital.	Edad referida por la adolescente expresada en años.
VSA (Vida Sexual Activa)	Si tiene ejercicio, práctica o actividad sexual.	Cualitativa	Si actualmente tiene relaciones sexuales.	Respuesta negativa o afirmativa emitida por la adolescente.
Efectividad anticonceptiva	Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.	Cualitativa	Información sobre la capacidad anticonceptiva de los diferentes métodos.	Respuesta emitida por la adolescente.
Presentación anticonceptiva	Forma farmacéutica de los medicamentos, anticonceptivos.	Cualitativa	Información sobre la forma de cómo se presentan los métodos anticonceptivos ya sea en pastillas, inyecciones, preservativos, dispositivos,etc	Respuesta emitida por la adolescente.
Uso anticonceptivo	Conocimiento sobre como se utiliza un método anticonceptivo su prescripción y aplicación.	Cualitativa	Información sobre la aplicación o administración de los métodos anticonceptivos.	Respuesta emitida por la adolescente.

(Del bosque, 1998., NOM 005-SSA2-1993, INEGI 2006, Encarta® 2005, Dicc. Mosby 2000).

Entrada y gestión informática de los datos

Los datos fueron capturados y analizados en el sistema de información Epi-info.

Estrategia de análisis

La información obtenida a través del instrumento se evaluó de la siguiente manera:

El apartado de ficha de identificación con los antecedentes gineco-obstétricos fue diseñado para saber la correlación que existió entre adolescentes embarazadas y no embarazadas, en relación a su edad, estado civil, ocupación, lugar de residencia, y escolaridad; así como la edad de inicio de vida sexual, y la utilización o no de algún método anticonceptivo.

Los apartados siguientes se evaluaron por separado para identificar si la información proporcionada por las adolescentes era correcta o si existían vacíos o falta de información en cada uno de ellos, comparando así la información de cada grupo de la población objetivo.

En el apartado existencia y presentación, se evaluaron 23 preguntas de las cuales fueron 21 cerradas y dos abiertas, con un total de 24 reactivos.

El apartado de efectividad anticonceptiva se constituyo por cinco preguntas cerradas con un total de 17 reactivos.

Y por último el apartado de uso de los métodos anticonceptivos se integró de doce preguntas con doce reactivos.

Contando así con un cuestionario que de forma global ofreció 40 preguntas en las que se evaluaron tres tópicos de información sobre métodos anticonceptivos, con un total de 53 reactivos, que se interpretaron en una escala de razón de cero a diez, haciendo referencia del resultado de cada apartado por separado y de todos en conjunto, para comparar el grupo 1 y el grupo 2.

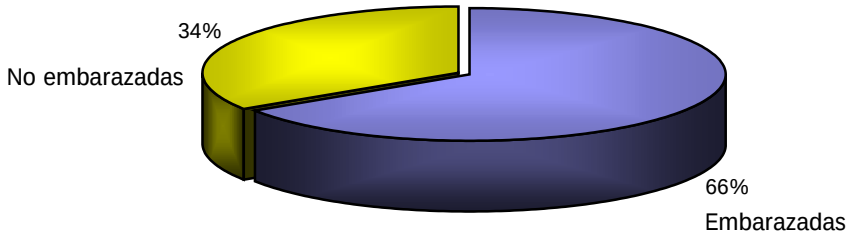
Técnicas estadísticas

La estadística descriptiva de la información obtenida se realizó por medio de un análisis estadístico entre las variables: información, edad, nivel de escolaridad, edad de inicio de vida sexual, vida sexual activa, existencia y presentación de anticonceptivos, efectividad anticonceptiva y uso correcto de métodos anticonceptivos. Para las comparaciones entre grupos se utilizó diferencia de medias (t de student) y un análisis de varianza para las comparaciones entre niveles de escolaridad.

RESULTADOS

Se aplicaron 91 encuestas, de las cuales correspondieron 60 encuestas para el grupo 1 (de las cuales 36 son mujeres embarazadas y 24 con embarazos previos), y 31 encuestas para el grupo control; lo cual representa el 66 por ciento de encuestas para el grupo 1 y sólo un 34 por ciento para el grupo 2 (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución porcentual según grupo de las adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la UV del 22 al 30 de noviembre del 2005



Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV. Del 22 al 30 de noviembre del 2005.

Como características generales, la edad promedio del grupo 1 fue de 18 años lo cual en general representa una disminución en el riesgo reproductivo que tiene este grupo de pacientes debido a su edad, mientras que la del grupo 2 fue de 17 años, hecho que proporciona una gran oportunidad para dar información oportuna a este grupo de pacientes que se encuentran en riesgo de embarazo. En cuanto al lugar de residencia, en ambos grupos la mayoría viene de la ciudad de Xalapa, pero según el estado civil, en el grupo 1, la mayoría vive en unión libre y el 33 por ciento son madres solteras, y en el grupo 2 la mayoría son solteras; en cuanto a la escolaridad y la ocupación de las no embarazadas, el 41.9 por ciento tiene al menos algún grado de bachillerato, y de estas el 67.7 por ciento continúa estudiando, a diferencia de las embarazadas que el 41.7 por ciento tienen sólo algún grado de secundaria y ya no continúan estudiando, puesto que el 86.7 por ciento se dedican a las labores del hogar (Tabla 2).

Tabla 2. Características generales más representativas según grupo, de las adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la UV del 22 al 30 de noviembre del 2005

Características generales	Grupo 1	Grupo 2
Promedio de edad	18 años	17 años
Lugar de residencia	Xalapa 78.3%	Xalapa 83.9%
Estado civil	Casada 17% Soltera 28% Unión libre 55%	Casada 3% Soltera 90.3% Unión libre 7%
Escolaridad	Secundaria 41.7%	Bachillerato 41.9%
Ocupación	Labores del hogar 86.7%	Estudiante 67.7%

Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV. Del 22 al 30 de noviembre del 2005.

En lo que respecta a antecedentes gineco-obstétricos, del grupo de embarazadas adolescentes, la edad promedio de inicio de vida sexual activa fue de 16 años, pero la edad mínima en que ésta se presentó fue de trece años, también se observó que el 60 por ciento son primigestas, pero dentro del grupo el 1.6 por ciento presenta tres embarazos previos, y el cinco por ciento ya tuvo algún aborto (Ver Tabla 3).

También es importante mencionar que más del 60 por ciento no utilizaron ningún método anticonceptivo antes del embarazo y de las que sí lo hicieron la mayoría utilizó el condón (Tabla 3 y 5).

Tabla 3. Antecedentes gineco-obstétricos del grupo 1 de las adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la UV del 22 al 30 de noviembre del 2005

Antecedentes gineco-obstétricos	Grupo 1
Edad mínima de inicio de vida sexual	13 años
Abortos	5%
Primer embarazo	60%
1 Embarazo previo 2 Embarazos previos 3 Embarazos previos	30% 8.4% 1.6%
Uso de método anticonceptivo previo al embarazo	Si 36.7% No 63.3%
Tipo de anticonceptivo usado	Condón 45.5%

Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV. Del 22 al 30 de noviembre del 2005.

Mientras que para el grupo 2 sólo el 38.7 por ciento ha iniciado su vida sexual (IVS), y de éstas, aunque la edad promedio de IVS es la misma que la del grupo 1 (16 años) la edad mínima de dicho acontecimiento se presenta hasta los quince años y casi el 42 por ciento utiliza algún método anticonceptivo, siendo de mayor demanda el condón (Tabla 4 y 5).

Tabla 4. Antecedentes gineco-obstétricos del grupo 2 de las adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la UV del 22 al 30 de noviembre del 2005

Antecedentes gineco-obstétricos	Grupo 2
Vida Sexual Activa	Si 38.7% No 61.3%
Edad mínima de inicio de vida sexual	15 años
Uso de método anticonceptivo	Si 41.7% No 58.3%
Tipo de anticonceptivo usado	Condón 80%

Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV. Del 22 al 30 de noviembre del 2005.

Tabla 5. Porcentaje de adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la UV por grupo, según el tipo de método anticonceptivo que más mencionaron del 22 al 30 de noviembre del 2005

Tipo de método anticonceptivo más mencionado	Grupo 1	Grupo 2	Promedio
Pastillas	29.41%	26.47%	28.37%
Condón	26.74%	27.45%	26.99%
Inyecciones	16.04%	14.71%	15.57%
Dispositivo intrauterino	14.97%	10.78%	13.49%
Parches	5.35%	10.78%	7.27%
Ritmo	2.67%	1.96%	2.42%
Oclusión Tubaria Bilateral o salpingoclasia	2.14%	2.94%	2.42%
Vasectomía	2.14%	1.96%	2.08%
Billings	0.53%	0.98%	0.69%
Coito interrumpido	0.00%	1.96%	0.69%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV. Del 22 al 30 de noviembre del 2005.

Respecto a los resultados obtenidos en información sobre métodos anticonceptivos podemos observar que la media global es muy similar en los dos grupos, siendo la calificación para las embarazadas de 5.46, y para las no embarazadas de 5.51,en una escala del uno al diez (Tabla 6); lo cual significa que en la calificación general sobre información anticonceptiva ambos grupos tienen escasos conocimientos al respecto; en este sentido podemos observar que las pruebas estadísticas realizadas no revelan diferencias significativas entre los grupos, hecho por el cual la hipótesis que dice que la información anticonceptiva es uno de los factores que conllevan al embarazo en las adolescentes queda rechazada, pese a que los dos grupos tienen inadecuada información anticonceptiva (Tabla 7).

Tabla 6. Estadística descriptiva de los resultados por temassegún el cuestionario de información anticonceptiva aplicado a las adolescentesque acudieron al Hospital Escuela de la UV del 22 al 30 de noviembre del 2005

Temas	Grupo 1	Grupo 2
Existencia y presentación	6.96 +/- 1.21	6.92 +/- 1.82
Efectividad anticonceptiva	4.68 +/- 1.53	4.90+/- 2.27
Uso	3.55 +/-2.06	3.57 +/- 2.00
Calificación global	5.46 +/- 1.22	5.51 +/- 1.77

Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV.
Del 22 al 30 de noviembre del 2005.

Tabla 7. Resultados estadísticos (Valor de T de Student y de P) de la comparación entre grupos por tema de las adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la UV del 22 al 30 de noviembre del 2005

Tema	Valor de t de student	Valor de p	Resultado
Existencia	0.1134	0.9099	No Significativo
Efectividad	0.5221	0.6029	No Significativo
Uso	0.0438	0.9652	No Significativo
Total	0.1748	0.8616	No Significativo

Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV. Del 22 al 30 de noviembre del 2005.

También puede observarse, como las adolescentes tienen información sobre cuales métodos anticonceptivos existen y cual es su presentación, pero dicha información disminuye al preguntar cuales de estos ofrecen mayor efectividad y este decremento es aún más notorio al cuestionar sobre el uso adecuado de los mismos, lo cual indica que las adolescentes tienen una información muy básica sobre anticoncepción (Tabla 6).

En este mismo sentido, se observó que el rubro sobre uso se encuentra disminuido casi a la mitad (Tabla 6); lo cual implica, que si el 63.3 por ciento del grupo 1 y el 58.3 por ciento del grupo 2 esta en riesgo de embarazo, simplemente por no utilizar métodos anticonceptivos, el otro porcentaje restante que si los utiliza, continua de todas formas en riesgo debido al mal uso de los mismos.

Por otro lado, es importante mencionar que existe una diferencia significativa en relación a la escolaridad, ya que la calificación general sobre información anticonceptiva es directamente proporcional al nivel de escolaridad que tienen las adolescentes (Tabla 9).

Tabla 8. Promedio de las calificaciones globales según la escolaridad de las adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la UV del 22 al 30 de noviembre del 2005

Escolaridad	Median de la calificación global	Desviación típica
Ninguna	4.0000	1.6086
Primaria	4.2642	1.6763
Secundaria	5.2669	1.1277
Bachillerato	5.9137	1.0344
Técnico	5.6600	.0000
Licenciatura	7.7734	1.2037

Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV.
Del 22 al 30 de noviembre del 2005.

Lo cual es reforzado por las pruebas estadísticas de análisis de varianza que si indican diferencias significativas en este sentido (Tabla 10).

Tabla 9. Análisis estadístico de los resultados obtenidos según escolaridad por las adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la UV del 22 al 30 de noviembre del 2005

Tema	Valor de f	Valor de p	Resultado
Existencia	7.2757	0.0000	Significativo
Efectividad	7.9355	0.0000	Significativo
Uso	3.4245	0.0072	Significativo
Total	8.4593	0.0000	Significativo

Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV.
Del 22 al 30 de noviembre del 2005.

Respecto a la información anticonceptiva global que presentan las adolescentes con vida sexual activa en relación con aquellas que no la tienen tampoco se encontró diferencias importantes ya que las adolescentes con vida sexual activa (72) presentaron una media de 5.53, mientras que aquellas que aun no tienen relaciones sexuales (19) tuvieron 5.26 lo cual implica que este aspecto tampoco guarda una relación relevante respecto a la adecuada información anticonceptiva que presentan las adolescentes como respuesta a una necesidad sentida de protegerse ante un embarazo no planeado (Tabla 11).

Tabla 10. Estadística descriptiva de las calificaciones globales según el inicio o no de vida sexual activa (VSA) en las adolescentes que acudieron al Hospital Escuela de la UV del 22 al 30 de noviembre del 2005

Adolescentes	Frecuencia	Media	Desviación estándar	Valor de t	Valor de p
Con VSA	72	5.53	1.28	0.7397	0.46
Sin VSA	19	5.26	1.85		

Fuente: Cuestionarios aplicados a las adolescentes del Hospital Escuela de la UV. Del 22 al 30 de noviembre del 2005

DISCUSIÓN

La metodología aplicada arrojó que la falta de información sobre métodos anticonceptivos no es uno de los factores que conllevan al embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Escuela de la UV, ya que tanto en el grupo 1,

como en el grupo 2, se observa una baja información anticonceptiva, revelada por calificaciones promedio de 5.46 y 5.51 respectivamente, sin que esto incida de manera importante en el no embarazo del grupo 2, sino que más bien parece obedecer a otras cuestiones.

El estudio de estos dos grupos, que incluyen adolescentes embarazadas, con embarazos previos y no embarazadas, se corrobora con los resultados encontrados en diversos artículos como el presentado por Mosquera en un estudio realizado a adolescentes en Colombia en donde muestra que dichos jóvenes están desinformados con respecto a métodos de planificación familiar, al igual que Villanueva quien estudió en México a adolescentes embarazadas donde menciona que sólo un tercio de ellas conocía el uso de algún método, y Núñez quien estudio a madres adolescentes en Morelos México en donde dice que en general las adolescentes no conocen sobre métodos anticonceptivos.

Dentro del ámbito del Hospital UV, no se encontraron trabajos de investigación que exploren las causas del embarazo en adolescentes, por lo cual este trabajo resulta novedoso, además de que permite reorientar la búsqueda de causas del embarazo a esta edad, ya que en este trabajo se encontró que la falta de información en métodos anticonceptivos no fue significativa.

Los resultados arrojados permiten a la Institución tomar medidas encaminadas a informar sobre métodos anticonceptivos a este grupo que representa casi la cuarta parte de su población usuaria, aprovechando que se cuenta con el recurso humano suficiente (Informe Institucional del Hospital Escuela,2005).

CONCLUSIONES

Es importante recalcar que pese a que la información anticonceptiva no resulto marcar la diferencia entre la presencia o no del embarazo, si es un hecho que adolescentes informadas tienen mayores herramientas para manejar su sexualidad, y que de esto puede depender que quienes ya han tenido embarazos, tengan la oportunidad de decidir espaciar el siguiente evento, y quienes no lo han hecho, ejerzan una sexualidad responsable, logrando con esto que sus embarazos sean planeados.

RECOMENDACIONES

Respecto al rechazo de la hipótesis sería interesante realizar el presente estudio en otra institución para comparar los resultados encontrados y observar si estos se repiten, también resulta importante iniciar otro estudio de corte cualitativo a partir del cual se puedan conocer, desde la perspectiva del adolescente, los factores relacionados a la presencia del embarazo.

Tomando en cuenta la importancia que tiene la información anticonceptiva como poder para decidir el momento oportuno de un embarazo , y la calificación obtenida en los dos grupos; es importante ofertar pláticas sobre métodos anticonceptivos enfocadas a las adolescentes que acuden al Hospital Escuela de la UV; y asegurarse que la población embarazada acuda periódicamente a las mismas, con la finalidad de que al concluir su embarazo cuente con la información necesaria para decidir el momento oportuno de iniciar otro. Además de realizar un estudio posterior en el que se pueda comparar si dichas pláticas fueron significativas para producir un cambio en la información que presente la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. S. Lebreton, P. Lachcar, Enciclopedia Médico quirúrgica de Ginecología y Obstetricia, Ed Elsevier París, 1993, Tomo 1, Cap 167-A-10, pp2.
2. Escobar, M. (1996). *Estudio Cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes,* Tesis para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad.
3. Organización Mundial de la Salud (1995) *Atención primaria de la Salud, Informe de la declaración de Alma Ata:* OMS.
4. Ibarra-Colado Javier E., Calderón-Manzano Ma. Esther, y Rivas-Merelles Enrique E., Mortalidad perinatal, prematurez y peso bajo al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en un hospital general, *Bol Med Hosp Infant Mex*. [Online]. nov. 2002, vol.59, no.11 [consultado 15 noviembre 2005] Disponible en la World Wide Web: <http://scielomx.bvs.br/scielo.php
5. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México.México, D.F. Ediciones de Consejo Nacional de Población, 1997:16.
6. Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, hojas diarias de consulta externa, enero- junio 2005.
7. Cuevas Córdoba B, Xolocostli Munguía M. S D. Á. Diagnóstico de salud del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, 2005. (Documento no publicado).
8. Blázquez Morales Ma. Sobeida L. Identificación de los cuidados en la salud y la presencia de estrés prenatal en un grupo de adolescentes gestantes. Tesis de maestría en psicología de la salud, 2005. (Documento no publicado).
9. OMS-FNUAP-UNICEF. (1996) *Higiene de la reproducción en la adolescencia: Estrategia de acción*. Ginebra: OMS, pp 35.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
11. Fernández Paredes Francisco, Castro García María Antonieta, Avila Reyes Miriam Araceli, Montiel Martín-Blanco Estela, Godínez González María Elena, Fuentes Aguirre Samuel. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Méx., 1996.
12. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública Méx. 2003; 45 supl 1:S92-S102.
13. Barrantes Freer Alonso; Jiménez Rodríguez Milena; Rojas Mena Betzabé; Vargas García Ana, Embarazo y aborto en adolescentes Medicina Legal de Costa Rica v.20 n.1 Heredia mar. 2003 ISSN 1409-0015 versión impresa.
14. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.
15. Secretaría de Salud. Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México, (ECRAMM 1988). México, DF Dirección General de Planificación Familiar, 1989.
16. Gutiérrez Uriza Germán Embarazo en Adolescentes Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol.50 no.2 Bogotá 2005.
17. Mosquera Janeth, Mateus Julio César. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Colomb. Med 2003; 34(4): 206-212.
18. Villanueva Luis Alberto, Campos Arnulfo, Pérez Fajardo María del Milagro, Conocimientos y Prácticas Anticonceptivas en Adolescentes Embarazadas, Ginecología y Obstetricia México, v.69 n.6, México, DF, 2001.

19. Sistema Nacionales Estadístico y de Información Geográfica, México, INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática) [Consultado 18 Enero 2006].Disponible http://inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/goglen.asp

20. Del bosque A. Sofía, González M. Julio, Del Bosque A. Ma. Teresa. Manos a la salud: mercadotecnia, comunicación y publicidad. 1988.

21. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

22. Diccionario Mosby, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Edición electrónica© 2000. Ediciones Harcourt.

23. Cuevas Córdoba B., Xolocostli Munguía M. S. D. A. Informe Institucional del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, 2005. (Documento no publicado).

FACTORES PROTECTORES RELACIONADOS CON LA TOMA DE PAPANICOLAOU

Mónica Carrasco Gómez, Claudia Patricia Laguna Martínez y Ricardo Zamudio Vega

INTRODUCCIÓN

El México, el cáncer cérvico uterino actualmente sigue siendo un problema de salud pública, ocupando los primeros lugares de mortalidad en mujeres de 25 años y más, en este contexto se han realizado diversos estudios que enfocan esta problemática desde los factores de riesgo, sin embargo creemos que también es importante abordarla desde otro punto de vista. La motivación principal de este trabajo fue averiguar ¿cuáles son estos factores que llevan a la mujer a realizarse la Detección Oportuna de Cáncer a través de la toma de Papanicolaou? en este sentido el objetivo de este trabajo es caracterizar dichos factores, para lo cual se hizo una revisión acerca de los factores protectores y la teoría de la resiliencia.

El estudio que se plantea a continuación es una investigación cualitativa y de carácter exploratorio, ya que en la revisión de documentos no se encontró ningún estudio que relacionara los factores protectores con la toma de Papanicolaou.

En función del análisis de los factores protectores el resultado encontrado nos permitió revalorar la importancia de la familia como un componente importante dentro de las decisiones que asumen las mujeres en materia de salud y los diferentes programas que el gobierno ha implementado para la prevención del cáncer cérvico uterino.

Este trabajo contribuye a abrir este campo a investigaciones posteriores que profundicen de manera más puntual la relación en cada uno de ellos; ya que cada factor protector puede ser analizado por separado para contribuir a la planeación de estrategias para aumentar la cobertura de toma de Papanicolaou y como consecuencia prevenir el cáncer cérvico uterino.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Cáncer Cérvico Uterino

Actualmente el cáncer cérvico uterino (CaCu) constituye la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más en nuestro país (Secretaria de Salud, 2002).

Los diversos cánceres en el humano son padecimientos que se originan a partir de la alteración de una de las muchas células del cuerpo, la cual empieza a dividirse en forma autónoma, dando lugar a millones de células como ella capaces de autoreplicarse e invadir al organismo (Cortinas, 1990).

El cáncer cérvico uterino es un carcinoma de células escamosas del cérvix que tiene su origen en la unión escamoso-columnar del canal endocervical y el exocérvix (De Vita 1998).

Diariamente se registran en México alrededor de doce muertes por esta causa, lo que representa una verdadera inequidad de género e injusticia social, con mayor incidencia en las entidades federativas del sureste del país (Secretaria de Salud, 2002).

Como parte de las estrategias para la prevención y control del CaCu, en 1974 se desarrolló el programa de Detección Oportuna de Cáncer a través del examen de Papanicolaou que actualmente sigue vigente (Lazcano y otros, 1999).

El cual se realiza de forma gratuita en las unidades médicas del Sector Público (Secretaria de Salud, 2002).

El Papanicolaou es un frotis cervical con el fin de obtener células exfoliadas para su examen microscópico y detectar la presencia de cáncer. De este modo pueden detectarse procesos malignos cervicales, endometriales, vaginales, tubarios e inclusive ováricos. El Papanicolaou rutinario ha disminuido la incidencia de carcinoma invasivo del cérvix al permitir la identificación y tratamiento de sus precursores intra epiteliales (Gibb y otros, 1990).

Actualmente el Programa Nacional de Salud 2001-2006, establece como una de sus estrategias sustantivas el Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, cuyo propósito es disminuir la mortalidad por este tipo de neoplasia entre la población femenina de 25 años y más. Dicho programa está sustentado en los objetivos de la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, que son uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino (NOM, 1994).

Según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2000 el volumen de mujeres de 25 años y más ascendió a cerca de 23.9 millones y alcanzará los 38.8 millones para el año 2020, lo que representará casi un tercio de la población total en ese año. Tan sólo durante el período 2000-2006 este grupo crecerá en 4.48 millones. El Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino enfoca sus acciones de detección oportuna, particularmente en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad.

En el Plan Veracruzano de Desarrollo se plantea la siguiente estrategia a seguir en materia de salud con respecto al cáncer cérvico uterino.

Impulsar talleres de prevención de cáncer cérvico uterino y mamario, en especial en regiones de muy alta marginación, que es donde se presentan los altos índices de mortalidad, integrando brigadas de detección de los mismos (Plan Veracruzano de Desarrollo, 2005).

Daños a la salud

Mortalidad

La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, muestra una tendencia descendente, de 25.0 por cada 100 000 mujeres de 25 años y más en 1990, a 19.3 en el año 2000 (Secretaria de Salud, 2002).

Durante el año 2000, el 61 por ciento de las defunciones por cáncer cérvico uterino ocurrieron en diez entidades federativas del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Guanajuato, Chiapas y Guerrero. Sin embargo, los estados con mayores tasas de mortalidad por cada 100 000 mujeres de 25 años y más fueron: Nayarit, Morelos, Yucatán, Chiapas, Campeche, Veracruz, Michoacán, Guerrero y San Luís Potosí, con cifras superiores a 22 defunciones por 100 000 mujeres de 25 años y más (Secretaria de Salud, 2002).

En el Estado de Veracruz del año 1996 al 2000 la mortalidad fue de 25.9 por 100 000 mujeres y a nivel nacional fue de 18.2 por 100 000 mujeres.

Esto refleja que el estado de Veracruz se encuentra por arriba de la tasa nacional representando así un problema

en salud pública. Ocupando un el primer lugar de muertes en mujeres de 25 a 64 años en el año 1999 (INEGI, 1999).

En la Jurisdicción Sanitaria No.5 con sede en Xalapa, Veracruz del año 2000 al 2003 la tasa ha descendido de 1.27 a 1.17 por 100 000 mujeres de 25 a 64 años, lo que corresponde a un volumen de 58 muertes en el último año de registro.

Morbilidad

Como resultado de los estudios citológicos efectuados en el sector salud en el año 2000 a nivel nacional, se detectaron 125 950 muestras con alteraciones; es decir, 2.5 por ciento del total, de las cuales 61 por ciento correspondieron a displasias leves, 18.4 por ciento a moderadas, 8.64 por ciento a displasias graves, 6.5 por ciento a cáncer in situ 5.47 por ciento a cáncer invasor (Secretaria de Salud, 2002).

A nivel jurisdiccional hasta septiembre de 2005 se han realizado 24339 citologías con encontrando 113 displasias leves, 116 displasias moderadas, 53 displasias severas, 87 Ca in situ, 27 cáncer invasor y once adenocarcinomas (Sicam, 2005).

Factores de protección

Rutter define los factores protectores como las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Munist y cols., 1998).

La Organización Panamericana de la Salud para el año 1998 en su libro Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes define el concepto de factor de protección como las condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Y los divide en factores protectores externos e internos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños, estos son las condiciones del medio, la familia extendida, apoyo de una persona significativa e integración social. Los internos se refieren a los atributos de la propia persona como son la estima, seguridad, confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse y empatía (Munist y otros., 1998).

Teoría de la resiliencia

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Rutter, 1993). En español y en francés *(résilience)* se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora. Posteriormente el término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos (Martínez, 1985).

Se tomó en cuenta la Teoría de la Resiliencia ya que durante mucho tiempo se dio énfasis en las ciencias humanas y en las ciencias de la salud al estudio de los datos patológicos y los factores de riesgo. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados con este método, muchas interrogantes quedaron sin respuesta. Frecuentemente, las predicciones de resultados negativos hechos en función de factores de riesgo que indicaban una alta probabilidad de daño, no se cumplían.

La resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Por lo tanto, no procede exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente innato. La separación que hay entre cualidades innatas e influencia del entorno es muy ilusoria, ya que ambos niveles necesitan crecer juntos, en interacción.

Hechos

Estudios sobre el programa de detección oportuna de Cáncer (DOC) a través de la toma de Papanicolaou.

En un estudio realizado en 1999 por Lazcano y colaboradores, los autores tratan de determinar los principales factores relacionados con la participación en un programa de detección oportuna de Cáncer (DOC) en el Estado de Morelos, motivados por la elevada mortalidad registrada por Cáncer Cervical (CACU) en ese año. Este estudio se desarrolló con una base poblacional que incluyó 31197 mujeres de entre quince y 49 años de edad, seleccionadas aleatoriamente de un marco muestral de vivienda de los 33 municipios del estado. En los resultados se encontraron como principales factores relacionados con la participación, que el conocimiento de la utilidad de la prueba y la historia previa de los síntomas ginecológicos predisponen a utilizar el programa (Lazcano y otros. 1999).

En otro estudio realizado por Farfán y cols. en 2004, titulado"Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino", se busco determinar los factores por los cuales las mujeres de la unidad de medicina familiar No.28 del Estado de Nuevo León no acuden a la detección oportuna de cáncer cérvico uterino. Encontrando dentro de los factores culturales la pena, el pudor, el temor a padecer dolor, y a contraer una infección, la escolaridad no fue un factor determinante. En dicho estudio se planteó la necesidad de reconocer, potencializar y trabajar para revertir dichas dificultades. (Farfán y otros, 2004). Así mismo en el estudio de "Limitantes en la utilización del servicio de medicina preventiva para la DOC" se vuelve a retomar la identificación de las causas por las que no se acude a la toma de DOC, encontrándose entre los principales factores limitantes el número de embarazos, de cero a tres gestas, la accesibilidad, tardanza en entrega de resultados, pudor, y disponibilidad de la usuaria (Hernández y otros, 2002).

Estudios sobre factores de protección y resiliencia.

En la revista Médica de Colombia del año 2003 se encontró un estudio que aborda al mismo tiempo los factores de protección y la teoría de la acción razonada. En este artículo se describieron las creencias que tienen los jóvenes universitarios sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo y protección en seis dimensiones del estilo de vida, y se encontró incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Por lo tanto se concluye que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud (Arrivillaga y otros, 2003).

En un estudio realizado en Buenos Aires, por la Dra. Diana Zabalo, se trabajó el concepto de resiliencia con niños asmáticos donde el aporte mayor fue en el ámbito de autoestima fomentando en ellos la valía en si mismos dejándose de ver como pacientes y viéndose como merecedores de atención por sí mismos y no por su enfermedad asmática (Zabalo, 2000).

En un artículo de la revista *Psicología: Teoría e Pesquisa Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliencia* los autores nos orientan sobre los factores protectores asociados a la resiliencia en adolescentes, identificando cuales serían los factores de protección encontrando lo siguientes:

A) Apoyo social: emocional, de información, afectiva y de interacción.
B) Autoestima.
C) Supervisión familiar.
D) Relaciones con amigos y profesores.

Se encontró entre los adolescentes con mayor nivel de resiliencia la supervisión familiar, autoestima y apoyo social. Pero no está demostrado que los sujetos que sufren adversidades en la vida tengan características resilientes, pero se

puede interpretar la relación entendiendo que los factores de protección abordados, actúan como facilitadores del proceso individual para percibir y enfrentar un riesgo (Renata P. y otros., 2004).

Contexto de la Investigación

El Centro de Salud Miguel Alemán inicia como tal en el año 2000 como parte de las reformas de los Servicios de Salud de Veracruz, anteriormente la plantilla médica pertenencia al DIF estatal, el cual tiene sus inicios en 1968 como Instituto Mexicano de Protección a la Infancia IMPI, transformándose en Instituto de Protección al menor en Veracruz IPIV, actualmente Desarrollo Integral de la Familia.

Dicho centro está ubicado en la calle Miguel Alemán No. 109 Col. Federal; se encuentra dentro de las instalaciones del DIF Estatal en comodato. Su área física consta de seis consultorios, área de vacunación, área para toma de DOC, sala de espera, área de trabajo social, comparte un pequeño espacio por turnos para diferentes funciones como toma de muestras de laboratorio e hidratación oral. Está integrado por once núcleos básicos, de los cuales solamente nueve están laborando en forma incompleta, conformada por la siguiente plantilla laboral: Un directivo, once médicos generales, dos trabajadoras sociales, once enfermeras de base, un contrato, una enfermera pasante, un pasante de nutrición, dos puestos administrativos por contrato, una base (finanzas) recepcionista, una psicóloga.

En el centro de salud se da atención de primer nivel incluyendo consulta general, servicios de paquete básico de salud saneamiento a nivel familiar, planificación familiar, atención del embarazo, vigilancia de la nutrición y el crecimiento de los niños, vacunación, manejo de la diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitario, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de la tuberculosis familiar, prevención y control de la presión alta y diabetes, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, participación comunitaria para el auto cuidado de la salud, prevención y control de cáncer de la matriz. También cuenta con servicio de toma de muestras de laboratorio de ocho a diez de la mañana.

Formulación del problema

Durante el año 2000, el número de detecciones realizadas en el sector salud a nivel nacional ascendió a 4, 594, 672 lo que corresponde al 57.8 por ciento de la población objetivo (de 25 años y más) del programa para ese año.

A nivel jurisdiccional hasta agosto 2005, la cobertura de citologías era del 59.2 por ciento de acuerdo a lo programado en este año, equivalente a 21, 929 tomas de 37,000 programadas (Sicam, 2005).

En el Centro de Salud Miguel Alemán hasta el mes de septiembre se han realizado 1,376 tomas en total (primera vez y subsecuentes) lo que equivale al 77.2 por ciento de su meta programada para el año 2005, que es de 1,781 tomas. Por lo tanto hablamos de que en el centro de salud se está a punto de cubrir la expectativa programada a nivel de detecciones.

Si bien a nivel nacional y estatal el CaCu aparece dentro de las primeras causas de mortalidad, a nivel jurisdicción No.5 el CaCu no representa un problema de salud pública por sus cifras bajas. Tan sólo en el año 2003 se reportaron 58 muertes por esta causa, sin embargo nuestro estudio no se enfoca al número de muertes por Cáncer Cérvico Uterino sino a averiguar cuáles han sido las causas que hacen que una mujer se realice la prueba de Papanicolaou, identificando factores de protección presentes y haciendo una diferenciación en las que no se lo realizan. Lo que nos lleva a preguntarnos ¿cuáles son los factores de protección que llevan a la mujer a realizarse la Detección Oportuna de Cáncer a través la toma de Papanicolaou en el Centro de Salud Miguel Alemán?

OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar los factores protectores que promueven en las mujeres la toma de Papanicolaou.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Es una investigación exploratoria, ya que las categorías mencionadas anteriormente, como los factores de protección y resiliencia, son poco conocidas y exploradas en el Cáncer Cérvico Uterino. Es de corte cualitativo el cual nos permitirá caracterizar desde la usuaria cuáles son los factores protectores por los cuales acuden al Centro de Salud Miguel Alemán a la toma del Papanicolaou (Taylor y Bogdan, 1995).

Los datos se analizaron en base a la teoría fenomenológica ya que esta retoma la preocupación por la descripción desde los propios sujetos sosteniendo que para poder establecer relaciones entre observaciones y vivencias en forma profunda, es necesario reconstruir el proceso interno de los individuos para adquirir ciertas pautas sociales y reconocer el significado y sentido que estas adquieren para ellos (Rodríguez, 1999).

Por el nivel de profundidad el análisis fue descriptivo/ comprensivo ya que los datos nos permitieron identificar conceptos que apoyaron la explicitación de las interpretaciones que tienen las usuarias con respecto a los factores de protección, en función de las usuarias que se han realizado o no la prueba de Papanicolaou (Hernández, 1998).

Para tal nivel de análisis se eligió la entrevista focalizada ya que está concentrada en experiencias objetivas o respuestas emocionales a situaciones particulares. Para poder llevarla a cabo el entrevistador diseña una guía en la cual están determinados los puntos más importantes que pueden detonar el discurso en la persona entrevistada en las situaciones que nos interesan. Este tipo de entrevista requiere experiencia, cuidado y habilidad (Pardinas, 1980).

Diseño

El diseño proyectado de la investigación se inició sobre la base de un grupo homogéneo con un tipo social[1] (usuarias) y dos variables discursivas que son la usuaria que se ha realizado el examen de Papanicolaou y la usuaria sin realizarse el examen de Papanicolaou. En relación a los atributos que se tomaron en cuenta fueron la pertenencia o no al Programa Oportunidades para ambas variables discursivas.

Muestreo teórico

En el diseño inicial se utilizó el tipo de muestreo estratificado intencional ya que ilustra los subgrupos de usuarias y facilita las comparaciones de las variables discursivas entre si. El criterio básico por lo que se realizó la selección de los participantes, fue por su relevancia teórica (Rodríguez ,1999).

El proceso de codificación se llevo a cabo posterior a la realización de la entrevista y su análisis se realizó al tener todas las codificaciones de las ocho entrevistas.

[1] Se refiere a las construcciones teóricas ex profeso para una investigación y se construyen a partir de atributos por los cuales los sujetos son identificados en la sociedad o grupo social. Los tipos sociales se concretan en variables discursivas que son aquellos discursos que se toman en cuenta para analizar la información (Hernández Guerson E. 12 enero de 2006 comunicación directa sesión de asesoria)

Tabla 1. Tipo social y variables discursivas

Tipo Social	Variable discursiva[2]		Número de eventos
Usuarias del Centro de Salud.	Usuaria con examen de Papanicolaou.	Perteneciente al Programa Oportunidades.	2
		No perteneciente al Programa Oportunidades.	2
	Usuaria sin examen de Papanicolaou.	Perteneciente al Programa Oportunidades.	2
		No perteneciente al Programa Oportunidades.	2

Categorías teóricas y empíricas

En el diseño inicial se incluyeron categorías empíricas retomadas de la teoría de factores de protección y de estudios respectivos. En la tabla 2 podemos observar la primera clasificación de categorías empíricas. La tabla 3 contiene información agregada de los factores protectores que no se había tomando en cuenta en un principio y que en el análisis del discurso aparecieron y una subclasificación donde los factores protectores tuvieron que reclasificarse como externos e internos.

Tabla 2. Concepto operacional de las variables empíricas iniciales

Categoría Teórica	Definición Conceptual	Categoría empíricas	Definición
Factores de Protección	Condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.	Apoyo Social:	
		Beneficiaria del Programa Oportunidades.	Dicho de la usuaria que resulta favorecida por programa gubernamental.
		Familiar	Todas aquellas referencias verbales que permitan inferir apoyo o desaprobación familiar relacionada con la toma de Papanicolaou.
		Social	Expresión discursivas que permitan evaluar lo representación social que influyen en la decisión de realizarse el examen de Papanicolaou.
		Autoestima	La entenderemos como la actitud positiva o negativa que se tenga de si mismas.

[2] Canales M. Peinado sugiere que el número de informantes o de discursos básicos para poder analizar información son de dos y que su límite es la saturación discursiva.

Tabla 3. Conceptualización de las nuevas variables empíricas

Categoría Teórica	Definición Conceptual	Categorías Empíricas	Definición
Factores de Protección	Condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Estos se dividen en dos: Factores Protectores Externos definidos como condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daño.	Beneficiaria del programa Oportunidades.	Dicho de la usuaria que resulta favorecida por el programa gubernamental oportunidades.
		Condiciones del medio.	Situaciones que influyen en la persona a favor de la toma de decisiones con respecto a prevenir la salud. Enseñanza adquirida en juntas de oportunidades o en algún otro tipo de reunión.
		Familia.	Grupo de personas emparentadas entre sí que apoyan o provocan a la mujer a tomar decisiones asertivas en pro de su salud o el querer estar bien por el bienestar de su familia.
		Apoyo de una persona significativa.	Protección, auxilio o recomendación de un individuo a favor de una conducta prosalud y que no sea parte de su familia.
		Interacción social.	El apoyo de personas no concernientes a la familia ni a las personas significativas que influyen en la decisión de realizarse el examen de Papanicolaou.
	Factores Protectores Internos que se definen como los atributos de la propia persona.	Autoestima.	Consideración y aprecio que se tiene de si mismo referidos al cuidado de su salud.
		Atributos de la persona.	Forma de ser de la persona que le ayuda a tener una actitud preventiva y cuidadosa con su salud. Es decir ideas, información y aprendizaje por cuenta de la propia persona.
		Confianza en si mismo.	Ánimo para hacer o actuar, con familiaridad en función de la prevención de su salud.
		Facilidad para comunicarse.	Disposición para hablar de situaciones personales e intimas sin que le cueste trabajo a la persona entrevistada.

Procedimiento para recolección de información

Entrevista focalizada

En este tipo de entrevista se tiene que hacer una lista de las cuestiones a investigar derivadas del problema general que se quiere estudiar. En torno a estos problemas se establece una lista de tópicos en relación a los cuales se focaliza la entrevista, quedando ésta librada a la discreción del encuestador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudar a esclarecer determinado factor, etc; pero sin sujetarse a una estructura formalizada (Ander Egg, 1995). La entrevista que se realizó se presenta a continuación y solamente se modificó la entrevista para las mujeres que no se lo habían realizado cambiando la pregunta: mencione las situaciones por las cuáles usted no asistió a la prueba de Papanicolaou.

Entrevista

Buenos días, somos alumnos de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana y estamos haciendo una investigación sobre las razones que motivan a la mujer a realizarse el examen de Papanicolaou. Estamos tratando de conocer las diversas opiniones que tienen las personas como usted sobre el Papanicolaou. Nos gustaría conocer su opinión sobre este tema. La información que usted nos proporcionará será utilizada estrictamente para fines de la investigación, esto quiere decir que será tratada de forma confidencial. Con el fin tener una información más confiable a la realidad nos es necesario grabar la entrevista y para poder hacerlo necesitamos saber si nos da su consentimiento para hacerlo.

Hora de inicio: Hora final:

Me podría proporcionar algunos datos que necesitamos como su
Edad:
Estado civil:
Pertenencia al programa oportunidades:

Mencione las situaciones por las cuáles usted asistió a la prueba de Papanicolaou:
Aquí debemos tomar en cuenta los factores protectores que hacen que la mujer se tome el Papanicolaou. La teoría menciona que estos factores se dividen en externos e internos, por lo tanto debemos de hacer mayor énfasis en percibir los datos aquí mencionados:

Los factores externos:

- Condiciones del medio
- Familia
- Apoyo de una persona significativa
- Integración social

Factores internos:

- Atributos de la persona
- Autoestima
- Confianza en sí mismo
- Facilidad para comunicarse
- Empatía

Cierre: pues hemos terminado, muchas gracias por su participación.

Procedimiento para el análisis de la información

El procedimiento para el análisis, comprensión e interpretación se llevó a cabo en dos niveles de profundidad que consistieron en la reproducción fiel y la descripción. En la reproducción fiel se transcribieron textualmente las entrevistas con el objetivo de identificar nuevas vías de investigación utilizando las guías de entrevista y observación. Posteriormente la codificación se hizo por categorización de segmentos de la trascripción identificando los factores de protección y etiquetándolos con los códigos predefinidos. A este procedimiento se le conoce como "mapear" y el resultado fue un mapa de códigos que nos ayudo a la concentración y construcción del espectro del discurso (Hernández, 1998).

RESULTADOS

Características de los participantes

La caracterización de nuestra población entrevistada tiene un promedio de edad de 25 años. El estado civil de ellas es el 75 por ciento casadas, el 12.5 por ciento solteras y el 12.5 por ciento divorciadas. En la escolaridad de la población encontramos que el 25 por ciento tienen primaria y preparatoria, mientras que el 37 por ciento tiene secundaria y el 12.5 por ciento licenciatura.

Negociación de acceso

La forma de acercarnos a la población objetivo para poder realizar las entrevistas focales fue a través de dos maneras. La primera fue en el centro de salud y la segunda fue a través del levantamiento de encuestas durante el proceso de realización del diagnóstico de salud. La mayoría de las entrevistas se realizaron en los domicilios de las usuarias, en el horario que ellas determinaban. Y solamente en dos ocasiones la usuaria accedió a realizar la entrevista dentro del mismo plantel mientras esperaba su consulta. Es necesario puntualizar que nosotros no nos presentábamos con bata, pero sí con el gafete de identificación de la maestría y la ropa que comúnmente utilizamos. Participando solamente dos entrevistadores en el cual uno fungió como observador.

Análisis del espectro del discurso de los factores protectores internos

Atributos de la persona

En términos de generalidad es el factor interno que más se encontró. Adoptando diferentes matices que van desde ser un apoyo que facilite la toma de Papanicolaou como en la frase: "*y aparte cuando uno tiene relaciones sexuales entonces, es cuando uno tiene infecciones y todo eso y por ese motivo me he hecho la prueba*", o ser sólo un atributo que no llevó a la toma es decir indiferente como en las siguientes frases: *"uno se lo debe de hacer*",o ser una característica de la persona que impidió la misma es decir perverso***:***"primero no he ido por… pena, me da vergüenza que me lo hagan" "no es tanto pena, es la manera en como te educan a lo mejor".*

Autoestima

Este factor protector interno representó el caso extremo, ya que sólo se presentó en una entrevista y en forma indiferente. Comenta una usuaria del centro de salud que no se ha realizado el Papanicolaou y menciona:*"si me lo haría por salud para cuidarme*"

Si bien encontramos autoestima, este factor no determinó que se tomará la prueba, por ese motivo lo calificamos como indiferente.

Confianza en si mismo

Este factor lo encontramos como un caso de variabilidad. La forma en que apareció es perversa ya que esta impidió la toma: *"no me lo he hecho a veces por temor ya ve la pena"*

Facilidad de comunicarse

Este factor también representa variabilidad y se encuentra tanto en aquella mujer que ya se realizó la prueba como en aquella que no se la ha hecho.
De tal forma que en una es facilitador: "le comente a la doctora que si se lo puede uno realizar soltera" mientras que en otra entrevista este factor se comporta de manera indiferente: *"yo le digo a mi esposo hay que hablar para prevenir enfermedades"*

Aprendizaje de la experiencia

Este factor no se tenía contemplado en el diseño inicial y se consideró su integración como factor protector ya que favoreció en las mujeres la toma de Papanicolaou. Esto es como una experiencia propia que facilitó a que otras personas se la tomaran: *"yo salí con cáncer y mi mamá le recomendó a ella que se lo hiciera también",* otra como una enseñanza para subsecuentes tomas: *"y es que el cáncer no tiene ningún síntoma… pero detectarlo a tiempo te salva la vida"* y *"para evitar muchos desenlaces que no queremos"* en otro sentido también se encontró como las entrevistadas aprendieron de la experiencias de terceros: *" y mas que nada porque a una de mis tías…le engañaron que tenía cáncer y eso no está bien"*

Análisis del espectro del discurso de los factores protectores externos

Familia

Este factor representa una de las generalidades en el discurso de las mujeres entrevistadas. Y se puede ver en diferentes formas. Por un lado lo encontramos como facilitador para la toma de Papanicolaou ya que promueve dicho examen: *"cuando le dije a mi mama yo pensé que me iba a decir ¡no¡ ¿cómo vas a ir? O algo así, pero no, mi mamá también me animó", "mis tías… que me lo podía yo hacer por cualquier enfermedad"* y refiriéndose a los hijos *"es muy importante para saber si uno tiene una infección vaginal, y que el bebé no se vaya a infectar por lo de uno", " porque yo ahorita yo me pongo a pensar en mi niño porque si así anda uno malamente…"* Por otro lado adopta la forma indiferente al no obstaculizar ni promover dicha toma, por ejemplo cuando le preguntamos si su mamá le había hablado de la prueba respondió *"no, yo me vine a enterar cuando me lo hice".* Y la forma perversa que dificultó que las mujeres accedieran a realizarse ésta: *"como tuve este bebé ahorita ya no me lo he hecho"*

Condiciones del medio

Este factor representa la otra generalidad, al igual que en el factor protector familia se encuentra en tres formas. Como apoyo, como indiferente y como perverso. Como apoyo se encontró en las siguientes frases: *"yo he escuchado que para prevenir el cáncer porque me han dicho que no se siente", "mi hermana se acaba de aliviar y como que me motiva a ir".* En la forma indiferente encontramos: *"mi ginecólogo no me hablo del Papanicolaou" "en la universidad no se hablaba de tener relaciones o hacerte el Papanicolaou" "nos dicen que nos choquemos"* En la forma perversa aparece: *"no todo el tiempo lo hacen", "cuando voy, ellos dicen que me van a avisar"*El médico le comentó *"solamente a personas mayores se les pueden tomar"*

Apoyo de una persona significativa

Representa la variabilidad y solamente se encontró en la forma de apoyo y perversa refiriéndose a el esposo: *"El me dice que me lo haga y luego el va", "pues luego va mi esposo o a veces mi cuñada me acompaña"* Y en la forma perversa lo encontramos de la siguiente manera: *"mi esposo no quería que me la hiciera" "el era muy machista, entonces imagina te va a ver un médico estas sola y todos esos problemas"*

La interacción social

Representa también la variabilidad y al igual que la anterior sólo es en dos formas, como apoyo o como perverso. En la forma de apoyo dicen: *"pues me han invitado mis amigas a que vaya yo allá, al centro de salud, que es gratuito que no cobran"* Y otra menciona en una entrevista que no pudo grabarse y trascribirse fielmente que acude porque: *"conozco a la enfermera*"En la forma perversa encontramos que un ginecólogo le dijo:
"*que allí van mujeres que se dedican a la prostitución y que a pesar de que limpien los espejos no se limpia todo "por prescripción médica yo me tome la colposcopia"*

La perspectiva de género

Este se considera un factor protector ya que promueve la toma de Papanicolaou y se encuentra en caso extremo la usuaria comenta:"*ya es algo común en la mujer, ya es como, algo que se tiene que hacer más que nada"*

Hallazgos adicionales

Temas emergentes

Este apartado se construyó posterior al análisis del discurso de las entrevistas codificadas, teniendo como resultado una lista de temas muy importantes, pero que no pueden entrar en la clasificación de factores protectores.

a) Percepción del Papanicolaou

Las conceptualizaciones que tienen sobre el Papanicolaou las usuarias con respecto de la toma: *"que duele*" o bien que: *"es bueno y eficiente*" también encontramos que no se lo ha hecho porque no tiene ninguna molestia y se siente bien.

b) La percepción que se tienen de los servicios de salud

Se encontraron frases tales como: *"no pues me dan ganas de ir con un particular no.... Porque sé que me va a cobrar caro, pero no me va a engañar"* es una concepción negativa o perversa que se tiene sobre los servicios de salud que: *"es mejor que aunque paguen el particular 300 pesos lo van a tomar con un espejo desechable"* Una entrevistada refiere que el médico le indicó el Papanicolaou cuando estaba embarazada y ella comenta:"*me dio miedo porque yo no sabia, y que tal si le hacían algo a mi bebe".* En este contexto se va a tomar como la falta de educación para la salud por parte de los prestadores de servicio.

También hay una percepción de ineficiencia de los servicios de salud ya que una entrevistada comento***:*** *"te das cuenta que en la gran mayoría de los resultados son con proceso inflamatorio sin alteraciones, eso me hace pensar que lo único que observan es lo mismo es muy raro que te salga un inicio de displasias... eso me lleva a dudar de la institución"*

c) Violación en la infancia
d) Violencia intrafamiliar
e) Se encontró cáncer en la persona entrevistada La mujer entrevistada no hizo mención sobre el apoyo brindado por parte de los servicios de salud partir de la detección de cáncer.
f) La creencia de la pareja en ese momento acerca de que tener cáncer significaba que la mujer había tenido múltiples parejas sexuales y la culpaba.

Metáforas

"Se malea uno"
"Una mujer sin matriz, no es mujer"
"Primero estoy yo"
"Sino estoy yo mis hijos no van a estar bien"
"Si me pasa algo los muchachos se quedan solos con él y no es una persona de fiar"
"Lo que me motivo fue la rebeldía de él...el yo, yo, yo primero"
"Yo como mujer donde estaba."
"Matriz que no sirve y tiene cáncer ¡hay que quitarla"
"A lo mejor peco de pensar como médico"
"A lo mejor a mi no me tiene que dar pena ni doler y a mí no me tiene que pasar"
"Yo vengo de una familia muy mocha"
"Siempre me dijeron cuídate el ombligo"
"Yo hasta la universidad no conocía mis órganos genitales porque era pecaminoso examinarse a lo mejor deje que me lo explorara otro por eso salí embarazada"
Cuando se tiene cáncer "te estas pudriendo por dentro"

DISCUSIÓN

Encontramos que los factores protectores pueden ser utilizados para estudiar el fenómeno de la decisión de hacerse o no el Papanicolaou; ya que acorde a la teoría y a los resultados, en el discurso de las mujeres se encontraron dichos factores que propiciaron que las mujeres se lo realizaran.

En la búsqueda realizada se encontró la existencia de dichos factores, pero también se ampliaron las conceptualizaciones de los mismos, aunque se hace notar que no siempre llegaron a ser determinantes para la realización de la prueba por parte de la usuaria.

Se observó que los factores protectores deben estar ligados a condicionantes del medio para su presencia y su efectividad, cosa que hace hincapié la teoría, en el aspecto que los factores protectores sólo llegarán a ser eficientes si van acompañados de condicionantes determinantes por lo que es pertinente la identificación de dichas condicionantes.

En la revisión teórica que se realizó para este estudio solamente se encontraron asociados los factores protectores con temáticas enfocados a la delincuencia, drogadicción y en un estudio más cercano a la práctica médica clínica se encontró sobre niños y asma. Esto dificultó la elaboración de la fundamentación empírica, pero al mismo tiempo abre la posibilidad de relacionar estos temas.

Sin embargo, sí se pudo categorizar la presencia de factores protectores al establecerlos en internos y externos, haciéndose patente que al presencia de factores externos, en el caso de las beneficiarias de oportunidades, puede llegar a influir de manera positiva en la realización de la prueba de Papanicolaou.

CONCLUSIÓN

En este estudio exploratorio logramos identificar los factores de protección que hay en las usuarias del Centro de Salud Miguel Alemán, aunque no tiene un comportamiento homogéneo ya que presentan diferentes valores que van de lo favorable a lo perverso. Lo que nos hace ver que se requieren de ciertas condiciones del medio para desarrollarse, las cuales no están todavía definidas.

Nuestra aportación principal fue dividir los factores de protección en internos y externos agregando nuevas categorías como el aprendizaje de la experiencia y la perspectiva de género. Uno de los datos más importantes fue que se encontró la autoestima como caso extremo ya que en el discurso de las usuarias, no aparece de manera favorable y a la familia como principal contribuyente al apoyo para realizarse la toma.

Por los resultados obtenidos parece ser que el programa oportunidades ha contribuido de manera positiva en la realización de la toma de Papanicolaou ya que lo encontramos como factor protector externo favoreciendo la realización de la toma de dicha prueba.

Es importante que se amplié la investigación sobre el tema para que se puedan realizar programas que busquen el desarrollo e implementación de dichos factores de protección y también se puede llegar a implementar de alguna manera la forma de percibir por parte de la población a la prueba como una forma de cuidar su salud y su vida.

RECOMENDACIONES

Por el momento sólo podemos hacer algunas propuestas basadas en el análisis que realizamos.

Al no encontrar estudios que relacionen factores protectores con la decisión de tomarse el Papanicolaou, se recomienda favorecer la investigación en estos temas.

También se sugiere la formación de recursos humanos en la promoción de factores protectores internos y externos.

Al ser identificados estos factores podrían utilizarse para programas de comunicación para motivar a las mujeres a realizarse la toma y a promoverla. Así como el hacer diseños experimentales para enriquecer el estudio de los factores protectores asociados a la toma de Papanicolaou.

Fomentar un cambio en la educación que incremente la importancia del auto-cuidado de la salud en la mujer, a través de dichas pruebas.

Garantizar el acceso a la información, veraz y oportuno hacia las usuarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ander- Egg, E., (1995) “Técnicas de investigación social” Buenos Aires: Lumen.
2. Arrivillaga M., et al. (2003) “Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios” Colombia: Med, Vol. 34, (4:. 186-195).
3. Canales, F., (1999) “Grupos de discusión, en métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales” Madrid: Síntesis Psicológica.
4. Cortinas, C. (1999) “Cáncer, herencia y ambiente”, México: Fondo de Cultura Económica.

5. Crespo, J.,(2002) “Resiliencia en la sociedad argentina”. Disponible en Internet: www.tabaquismo.freehosting.net/resiliencia/RESILIENCIA.htm consultada el 23 de noviembre de 2005.

6. Farfán-Muñoz L., et al. (2004) “Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino”. México: *Rev Enferm IMSS.* 12(3): 123-130.

7. Gibb, D., (1990) “Manual para estudiantes de medicina de Ginecología y obstetricia” México: Limusa.

8. Gobierno del Estado de Veracruz. Plan Veracruzano de Desarrollo 2005-2010. Marzo 30 de 2005. Disponible en Internet: *http://www.veracruz.gob.mx/plan_estatal/archivos/contenidos.pdf (consultada el 21 de octubre de 2005.*

9. Hernández, E., (1998) “Una apoximación al análisis cualitativo de datos”. En: Consejo Nacional para la Enseñanza para la Investigación en Psicología. Vol.3,(2).

10. Hernández-Hernández CI, et al. (2002)) “Limitantes en la utilización del servicio de medicina para DOC” México: Rev. Enferm IMSS; 10 (1): 7-10.

11. INEGI,(1999) “Estadísticas vitales”. Cuaderno número cuatro. Veracruz.

12. Iñiguez L. & Muñoz J. (2204) “Análisis Cualitativo de Textos: Curso Avanzado Teórico / práctico: Introducción a la Grounded Theory”. Disponible en Internet: http://www.antalaya.uab.es/liniguez/Aula/Grounded por ciento20theory.pdf (consultada el 23 de noviembre de2005).

13. Lazcano-Ponce, et al (1999) “Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos”, Salud Pública de México/ Vol. 41 (4).

14. Munist, M., et al. (1998) “Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes” Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI).

15. NOM-014-SSA2-1994, “Para la prevención, tratamiento y control del Cáncer Del Cuello Del Útero y Mamario en la Atención Primaria”. Publicada 6 de marzo de 1998.México: Diario Oficial de la Federación.

16. Pardinas, F., (1980) “Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales”, Colombia: Siglo XXI editores p. 92.

17. Renata P., et al (2004). “Risk and protection: looking for an equilibrium that provides resilience”. Psic.: Teor. e Pesq. [online]. May/Aug., vol.20, no.2 [cited 13 October 2005],p.135-143.Available from World Wide Web:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-3772. (consultada el 13 de octubre de 2005).

18. Rodríguez G., (1999) “Metodología de la investigación cualitativa” España: Aljibe.

19. Rutter M. y Giller H.(1985)"Delincuencia Juvenil" Barcelona: Martínez Roca.

20. Secretaría de Salud de México. Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino2002. Disponible en Internet: http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/programa_CaCu.pdf (consultada el 13 de noviembre de 2005).

21. Sicam, Julio 2005, Jurisdicción Sanitaria no. V.

22. T De Vita, et al. (1988). “Cáncer. Principios y práctica de oncología”.Barcelona, Salvar. Tomo 1 p. 944.

23. Taylor y Bogdan (1995) “Introducción a los métodos cualitativos de investigación” Buenos Aires: Piados.

24. Zabalo D.,m (2000) “Saquemos al león de la burbuja” Buenos Aires: Lumen. Disponible en Internet: http/www.aapnie.org/trabajoscientificos/tc17.htm (consultada el 5 de octubre de 2005).

ANEXOS: *Anexo 1.* Espectro del Discurso

Factores Protectores Externos

Factores Protectores Internos

Tipo Social	Condiciones del medio	Familia	Apoyo de una persona significativa	Interacción social
Usuaria sin oportunidades que ya se realizó la prueba	XX	XXXXXXXX		
Usuaria sin oportunidades que no se ha realizado la prueba	XXXXXXXXX	X	XX	X
Usuaria con oportunidades que ya se ha realizado la prueba	XXXX	XXX	XX	XX
Usuaria con oportunidades que no se ha realizado la prueba	XXXXXX	XXXXXXXXXX	X	XX
CUALIFICACIÓN	21	22	5	5

Tipo Social	Atributos de la persona	Autoestima	Confianza en si mismo	Facilidad para comunicarse	Aprendizaje de la experiencia
Usuaria sin oportunidades que ya se realizó la prueba	X				XXXX
Usuaria sin oportunidades que no se ha realizado la prueba	XXXXX		2	X	
Usuaria con oportunidades que ya se ha realizado la prueba				X	
Usuaria con oportunidades que no se ha realizado la prueba	XXXXXX	X	1	XXXXX	X
CUALIFICACIÓN	12	1	3	7	5

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN FEMENINA SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: IMPLANTE SUBDÉRMICO

Eric Abad Espíndola y Felipe Alejandro López Arriaga

INTRODUCCIÓN

En este trabajo, se aborda el conocimiento que poseen las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco sobre nuevos métodos de planificación familiar, específicamente el implante subdérmico. En el primer momento del presente documento, se aborda la situación actual y teórica del problema, especificando algunos referentes teóricos con base al tema estudiado. En el segundo momento, se establece la metodología que se abordó para la realización de este trabajo. De igual forma, se realiza brevemente una descripción de la población estudiada, destacando, sus particularidades.

Finalmente, se presentan los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones producto del análisis exhaustivos de las variables que se estudiaron. Este trabajo constituye un acercamiento para abordar las características entorno al conocimiento de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad reproductiva que asisten a consulta a la unidad de primer nivel con base en la que se realizó el presente estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pese a que en otros países las prácticas de Planificación Familiar (PF) ya eran difundidas con antelación, en nuestro país el concepto empezó a escucharse en la década de los sesentas; es precisamente este periodo el que se identifica como inicio de los primeros esfuerzos de promoción de la Planificación Familiar en México; de acuerdo a datos históricos, los primeros programas de PF se desarrollaron en seis centros clínicos del país, tres de la medicina privada y tres de medicina institucional (Palma,1996).

El objetivo, en aquel entonces, de proporcionar métodos anticonceptivos a la población fue brindar protección anticonceptiva a los usuarios de los servicios de salud a las que, por indicaciones médicas, ginecológicas y obstétricas les era contraindicado un embarazo. En un principio se establecieron métodos anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos en aquellos casos en los que se deseaba incrementar el periodo ínter genésico, practicando también la oclusión tubaria (salpingoclasia) para aquellos otros en los que de acuerdo con el riesgo obstétrico, se consideraba preferible no tener más embarazos.

La planificación familiar llegó tarde al país y además, con el crecimiento demográfico esperado, hubo incompetencia para generar servicios esenciales de educación y empleos lo que ha dado como resultado que la mitad de la población actual esté en la pobreza (Palma, 1996).

En este sentido, los planes fueron dirigidos, en principio, por la coordinación del Programa de Planificación Familiar; sin embargo, luego de su desaparición en 1983 asumió los programas de las instituciones públicas de salud.

En 1984, con su inclusión en la Ley General de Salud, surgió el nuevo Programa Nacional de Planificación Familiar; uno de sus principales obstáculos fue la incorporación de los segmentos de la población con difícil acceso por cuestiones culturales, políticos o geográficas.

Durante la segunda mitad de la década de los ochentas las instituciones gubernamentales mostraron especial interés iniciando el desarrollo de investigaciones sobre fecundidad y salud, las cuales permitieron evaluar los avances del programa y reformular metas futuras de crecimiento natural y anticoncepción.

Hasta este momento, las metas eran planteadas a nivel nacional, fue hasta el programa 1990-1994 cuando en las metas para la tasa global de fecundidad y la cobertura de uso de métodos anticonceptivos fueron establecidas además para las entidades federativas.

Dicho programa reconoció tres principales líneas de acción: Información y Educación, Prestación de Servicios y Planeación.

En la actualidad las ofertas en cuanto a métodos de planificación se refiere es amplia, es por ello que resulta importante conocer cuál es el nivel de conocimiento que posee la población femenina sobre uno de los métodos más recientes, el Implante Subdérmico.

Justificación y uso de los resultados

Los trabajos de investigación que se centran en el nivel de conocimiento y utilización que las personas hacen de los métodos de anticoncepción, resultan importantes toda vez que sirven como herramienta en la toma de decisiones para la planeación de campañas en pro de una vida sexual más responsable.

De esta forma será posible realizar acciones más efectivas para el fortalecimiento de una cultura del auto cuidado, propiciando entre la población , el cumplimiento de una vida sexual más responsable.

MARCO TEÓRICO

Planificación familiar

Una de las definiciones que hay de planificación familiar (PF) es la que hace la Organización Mundial de la Salud la cual dice que es el conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura de su familia, el conjunto de decisiones que toma y las prácticas que realiza en torno a su reproducción. (OMS; 2000).

Es así como la Organización Mundial de la Salud en el plano internacional acerca de esto, dice que esta práctica es un derecho humano fundamental y que en especial en México, de acuerdo con el artículo cuarto constitucional, la PF es el derecho que toda persona tiene a decidir, de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos, que la PF se concibe como un medio para regular el crecimiento poblacional que contribuye a una dinámica demográfica acorde con el desarrollo general del país y permite mejorar las condiciones de vida de la población y que contribuye a disminuir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y su limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer (OMS; 2000).

Camarena dice que desde una perspectiva microsocial, la PF ha permitido cambios en los patrones de la relación familiar, al contribuir a una planeación adecuada del tamaño y la estructura de la descendencia, además es importante subrayar la importancia de este nivel, ya que la familia se considera como una dimensión intermedia, como una instancia mediadora entre la realidad social y las decisiones y comportamientos individuales. Es en este último plano donde se adopta y ejerce la PF por último, en el terreno individual, y partiendo de una perspectiva de género, la PF se concibe como una vía para mejorar el status de la mujer en la sociedad, ya que favorece el desempeño de tareas distintas a las maternas y domésticas. La posibilidad de planear y espaciar los embarazos así como evitar los no deseados, contribuye a que la mujer se adueñe de su proceso reproductivo y pueda controlarlo. De esta manera, la PF se concibe como una práctica que ayuda a mejorar la condición femenina en nuestra sociedad (Camarena; 1998).

Planificación familiar en México

El programa Nacional de Planificación Familiar en México describe que en sus inicios, las actividades en el campo de la PF fueron realizadas por instituciones privadas hace años atrás que en 1958 se fundó la Asociación Pro Salud Maternal (APROSAM), que fue la primera en proporcionar servicios organizados de este tipo. En 1965, se creó la Fundación para Estudios de la Población, AC (FEPAC), que integró un grupo multidisciplinario de profesionales interesados en desarrollar un programa básico de investigación, educación y prestación de servicios médicos de PF, en 1984, esta institución cambió su nombre a Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM); bajo este nombre, MEXFAM continua desarrollando importantes actividades que la primera institución gubernamental que trabajó en investigación y en la prestación de servicios en PF fue el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en 1968 que estas instituciones atendían la incipiente demanda de planificación familiar y los métodos anticonceptivos que existían en ese momento que en aquella época no había muchos métodos , aunque también los médicos privados y las farmacias desempeñaron un papel importante en este sentido, posteriormente, las actividades de las dependencias gubernamentales ganaron terreno sobre las que realizaban las entidades privadas. Fue así que en 1972 se iniciaron actividades de PF en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en la entonces Secretaría de Salud y Asistencia (SSA); en 1973 se incorporó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el período comprendido entre 1973 y 1976 fue clave para el desarrollo de la PF en nuestro país (Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994**;** 2001).

Es así como durante estos años se sentaron las bases organizativas, políticas y programáticas en la materia, y se tomaron medidas para integrar la PF a los servicios de salud. En 1973, el nuevo Código Sanitario derogó el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos, y en ese mismo año se integró la Comisión Interinstitucional de Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar, cuya tarea era coordinar e integrar las actividades y los programas de cada institución en este rubro. Sin embargo, apenas en 1976 la PF se empezó a definir de una manera integrada y estructurada, los objetivos que dieron origen a los programas de PF de entonces son básicamente los mismos que prevalecen en la actualidad; coadyuvar a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto por la decisión y dignidad de las parejas; contribuir a mejorar la salud materna e infantil y ayudar a reducir el número de embarazos no deseados y sus consecuencias, como sería el aborto en 1976, se creó la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, con la finalidad de dar congruencia a las actividades de las instituciones participantes. En octubre de 1977 se terminó el primer Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982, elaborado conjuntamente por la entidad mencionada y el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Un aspecto importante de este plan fue la programación de metas de cobertura de usuarias de anticonceptivos nuevas y activas, en concordancia con las metas de crecimiento natural durante ese período se sentaron bases sólidas para la prestación de servicios de salud en PF, especialmente en cuanto a la capacitación del personal; al mismo tiempo se inició la organización de servicios especiales para dar atención a las áreas rurales, principalmente a través de los servicios IMSS-COPLAMAR y de lo que hoy se conoce como "Estrategia de extensión de cobertura" que coordina la Secretaría de Salud, cuyo objetivo era llegar a las comunidades rurales de entre 500 y 2500 habitantes (Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994**;** 2001).

Por ese entonces también se puso en marcha en el seno del CONAPO el Programa de Comunicación en Planificación Familiar, cuya finalidad era informar y sensibilizar a la población y generar cambios de actitud en relación con el comportamiento reproductivo. Asimismo, el CONAPO puso en marcha el Programa de Educación Sexual, desarrollado dentro del sistema de educación formal, del sector salud y en los ámbitos de promoción rural y educación para adultos (Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994**;** 2001).

Con respecto a la PF, en ese tiempo se produjeron los avances más importantes en el país, posiblemente debido a una demanda potencial muy alta, básicamente en las zonas urbanas y entre parejas con sus expectativas reproductivas satisfechas (Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994**;** 2001).

Una de las limitaciones principales, sin embargo, fue la falta de información sociodemográfica, como los niveles de uso de anticonceptivos en el país. No obstante, los años subsecuentes fueron muy ricos en la producción de información, principalmente la que se generó a través de cuatro encuestas de cobertura nacional: la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976 (SPP, IISUNAM, 1979), las Encuestas Nacionales de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos de 1978 y 1979 (Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, 1979) y la Encuesta Nacional Demográfica de 1982 (CONAPO) (Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994**;** 2001).

Entre 1983 y 1988, las instituciones del sector salud elaboraron conjuntamente un programa interinstitucional para dicho período. Con base en este programa, el CONAPO publicó el Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988, la Secretaría de Salud, como cabeza del sector, asumió la coordinación de los programas de las instituciones públicas de salud, por lo que se hizo innecesaria la existencia de la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, que desapareció en 1983 en esos años, la PF reforzó su status como programa de salud. En 1984, se la incluyó en la Ley General de Salud, en términos similares a los que ya había establecido la Ley General de Población (Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994**;** 2001).

El nuevo Programa Nacional de Planificación Familiar subrayaba que las metas no serían fáciles de alcanzar debido a que había que incorporar a los segmentos estudios introductores de formas de anticonceptivos hormonales como los implantes subdérmicos (Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994**;** 2001).

Características de la práctica anticonceptiva en México

Welti comenta que la práctica de la anticoncepción ha experimentado considerables incrementos en nuestro país, de tal manera que se puede afirmar que los notables descensos en la fecundidad que ocurrieron durante la segunda mitad de la década de los ochentas y la primera de los noventas, se encuentran relacionados con la creciente adopción de métodos de regulación de la fecundidad y que en el período mencionado, se observa el aumento más importante en la adopción de la práctica anticonceptiva, a ritmos tan acelerados que es difícil pensar que puedan repetirse en el futuro (Welti**;** 2002).

La preferencia por el uso de métodos modernos se ha incrementado comenta Welti, en 1996, 69.7 por ciento de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos estaba protegida por un método moderno y de alta efectividad ligadura, dispositivo intrauterino u hormonales, 7.0 por ciento usaba un método local y un alto porcentaje (23.3 por ciento) recurría a métodos tradicionales, es decir, al ritmo o al retiro. Para 2000, esta distribución cambió a 82.8 por ciento, 5.0 por ciento y 12.2 por ciento respectivamente (Welti**;** 2002).

El mismo autor comenta que los incrementos en la práctica anticonceptiva no han sido homogéneos en todas las regiones de nuestro país ni en todas las entidades; las regiones con un mayor desarrollo socioeconómico presentan niveles significativamente más altos que las menos desarrolladas, de igual manera, se observan diferenciales importantes cuando se analiza la práctica anticonceptiva por grupos de edad y por lugar de residencia. Mientras que en las áreas urbanas la cobertura de uso es comparable a la de los países desarrollados (70.1 por ciento), en las áreas rurales es de 44.6 por ciento el análisis por grupos de edad muestra que los niveles de uso más bajos se observan en el grupo de quince a 19 años, en que sólo 36.4 por ciento de las mujeres unidas utiliza algún método. En las áreas rurales, apenas una de cada cuatro mujeres de este grupo de edad usa métodos, que la información sobre las coberturas de uso, de acuerdo con el número de hijos, es muy interesante: en el nivel nacional, sólo una de cada cinco mujeres que no ha tenido hijos usa algún método; en las áreas rurales, este indicador disminuye a una de cada diez (Welti**;** 2002).

Welti comenta que el análisis del comportamiento de la fecundidad en relación con la anticoncepción muestra que, si bien es cierto que en las décadas anteriores la cobertura de uso guardaba una estrecha relación con la fecundidad, actualmente esta relación parece haber experimentado cambios, es decir, la reducción de la TGF observada en los

noventa fue menor a la que se esperaría con el nivel de cobertura alcanzado y que por otra parte, vale la pena reflexionar en qué medida pueden esperarse cambios en el comportamiento reproductivo de nuestra población en los próximos años. Para ello, es importante conocer el de algunos grupos, principalmente de aquellos considerados prioritarios para el desarrollo de futuras acciones, con base en los datos de una encuesta llevada a cabo entre la población adolescente de la ciudad de México, se sabe también que más de la mitad de las mujeres alguna vez embarazadas (57.3 por ciento) y las dos terceras partes de los hombres (66.1 por ciento) no habían deseado su primer embarazo. Esa misma fuente indica que 59.2 por ciento de los adolescentes no usó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; de este porcentaje, 60 por ciento recurrió al ritmo y al retiro. Las causas expresadas por las que no usaron método alguno fueron el desconocimiento, su forma de uso o el lugar de obtención (39.4 por ciento), y el hecho de que la relación sexual ocurriera sin haber sido planeada (28.9 por ciento) (Welti**;** 2002).

La posibilidad de evitar embarazos no deseados es especialmente urgente en el caso los adolescentes, considerado un grupo de alta vulnerabilidad. Los nacimientos en adolescentes conllevan consecuencias negativas tanto para las madres como para los hijos. Por lo que el conocimiento de los métodos de planificación familiar en los adolescentes es importante (Welti; 2002).

Perspectivas de las nuevas metodologías anticonceptivas

Balón dice que el reciente desarrollo que han experimentado los métodos hormonales puede coadyuvar a la generación de nuevas estrategias; los implantes subdérmicos ocuparán un lugar importante en los programas de PF en México de ahí la importancia que la población sepa de ellos. (Balón**;** 2001).

Conocimiento y disponibilidad de la anticoncepción

La Organización Mundial de la Salud expresa que para poder practicar la anticoncepción, las personas deben tener conocimiento de ella, considerar beneficioso su uso y poder conseguir los métodos que desean usar. Según los hallazgos de las encuestas, la conciencia de la anticoncepción es casi universal entre las mujeres casadas de los países en desarrollo y el grueso de la población aprueba el uso de la planificación familiar que en la mayoría de los países, los medios de comunicación masiva, especialmente la radio y la televisión, son una fuente de información clave sobre la planificación familiar. Gran parte de las mujeres que tienen conocimientos sobre ella, también saben dónde conseguir métodos anticonceptivos (OMS**;** 2000).

LA OMS en investigaciones recientes da resultados que en 37 de 60 países en los que se realizaron encuestas, al menos 95 por ciento de las mujeres casadas conocen los métodos anticonceptivos modernos como el Implante Subdermico o Condón Femenino y en 36 países, al menos 95 por ciento conocen siquiera uno de estos métodos modernos. Inclusive en las zonas rurales, 70 por ciento o más de las mujeres casadas tienen conocimiento de al menos un método anticonceptivo moderno, excepto en varios países de África. Las diferencias entre zonas rurales y urbanas respecto al conocimiento de los anticonceptivos tienden a ser más pequeñas que las diferencias entre zonas rurales y urbanas en cuanto al uso de anticonceptivos. En trece de los 60 países encuestados, las mujeres de las zonas rurales tienen igual probabilidad que las mujeres de zonas urbanas de conocer al menos uno de los métodos modernos. En 17 países, sin embargo, el conocimiento de un método moderno varía de quince a 42 puntos porcentuales, siendo más alto entre las mujeres urbanas que entre las rurales. De estos 17 países, doce se encuentran en África Subsahariana, y los restantes son Bolivia, Guatemala, Mauritania, Pakistán y Yemen (OMS; 2000).

La misma OMS comenta que la experiencia adquirida en todo el mundo indica que es posible mejorar la salud si la población tiene conocimientos de los métodos anticonceptivos para la planificación familiar y que importa sobre todo que ésta pueda elegir el método anticonceptivo con conocimiento de causa (OMS; 2000).

Implante Subdérmico

El implante anticonceptivo subdérmico que contiene etonogestrel es un anticonceptivo hormonal reversible, de larga duración, con una varilla única, en un aplicador estéril precargado desechable.

En años recientes, la tendencia más importante en la investigación anticonceptiva ha sido el desarrollo de una gama de métodos anticonceptivos diseñados para satisfacer las necesidades individuales de las usuarias.

Con el desarrollo de polímeros sintéticos, ha sido posible crear sistemas de liberación de acción prolongada, los que entregan en forma continua pequeñas cantidades de hormonas. El desarrollo de este sistema, en la forma de un implante subcutáneo, basado en el progestágeno selectivo etonogestrel, ilustra la búsqueda continua de métodos anticonceptivos innovadores. Los implantes anticonceptivos son un exitoso método en la prevención del embarazo en el largo plazo. Las ventajas de este método anticonceptivo incluyen una eficacia insuperada, independencia del cumplimiento de la usuaria y un pronto regreso de la fertilidad después del retiro.

Los sistemas de progestágeno son apropiados para una amplia gama de mujeres, hace posible la regulación de la fertilidad a lo largo de la vida reproductiva; pueden ser usados para posponer el primer embarazo o para proveer una anticoncepción reversible a largo plazo cuando ya se ha alcanzado el tamaño deseado de familia. Dado que no contiene un estrógeno, puede ser usado también en mujeres en quienes se deben evitar los anticonceptivos orales combinados (AOCs).

Contexto de la investigación

Las unidades de primer nivel de atención es donde se desarrollan acciones dirigidas al individuo, la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados principalmente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuya resolución es factible con recursos de poca complejidad técnica; estimulan además las formas de organización y participación comunitaria en servicios (SSA;1995).

Ante tal perspectiva, y para que las unidades de primer nivel de atención, estén en capacidad de cumplir con las acciones previamente mencionadas, resulta indispensable conocer cuáles son las necesidades, en materia de salud, de la comunidad que habita dentro de su área de influencia es por ello que se hace necesario desarrollar estudios que muestren el panorama de los usuarios en las distintas líneas de atención.

El Centro de Salud Urbano Arroyo Blanco forma parte de la Jurisdicción Sanitaria 5 de los Servicios de Salud de Veracruz; cuenta con tres núcleos básicos (dos en el turno matutino y uno en el turno vespertino); atiende a una población de aproximadamente 12, 600 personas.

No existen antecedentes de estudios similares que hayan abordado el conocimiento de la población femenina que habita en su área de influencia, con respecto a métodos de planificación familiar.

La unidad cuenta con un promotor de salud que coadyuva en fomentar la participación comunitaria en los programas en salud cuyos lineamientos de operacionalización son determinados a nivel jurisdiccional.

Uno de estos programas es precisamente el de planificación familiar; uno de las líneas que persigue este programa, es la difusión de información sobre métodos de anticoncepción.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar el conocimiento que poseen las usuarias del Centro de Salud Urbano Arroyo Blanco con respecto al implante subdérmico como método de planificación familiar.

Objetivos específicos

- Definir el porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos.
- Listar los principales métodos anticonceptivos utilizados.
- Citar el grado de satisfacción/insatisfacción con respecto a los métodos utilizados.
- Nombrar los beneficios que las usuarias esperan con la utilización de métodos de anticoncepción.
- Identificar cuáles son los aspectos del implante subdérmico reconocidos por las usuarias en cuanto a identificación, contraindicaciones para su uso, efectos secundarios que podría producir y los cuidados que debe seguir en caso de su utilización.
- Determinar el promedio relativo al conocimiento que poseen las usuarias con respecto al implante subdérmico.

METODOLOGÍA

Variables e indicadores

El conocimiento es reconocido como la variable principal del estudio; será considerado como una variable cuantitativa debido a que podrá ser medida en términos numéricos; es decir, se podrá asignar un valor dependiendo de cada caso.

Para los fines que la investigación persigue conocimiento será entendido como el conjunto de información que las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco posean con referencia al implante subdérmico.

Para el proceso de operacionalización de la variable y establecimiento de indicadores se tomó como referencia el método propuesto por Andrew A. Fisher y colaboradores en su libro titulado “Manual para Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar”. En donde sostiene que la variable conocimiento puede ser definida mediante los hechos observados mismo que servirán como indicadores de conocimiento relativo a la Planificación Familiar (Andrew, 1991).

El término conocimiento no constituye en sí mismo, un hecho observable ya que no se puede ver, oler, tocar, gustar, ni escuchar. Por lo tanto el investigador recurrirá a una serie de preguntas cuyas respuestas servirán como hechos observables, es decir, como indicadores del conocimiento (Andrew , 1991).

Con base a esto, será necesario evaluar a cada una de las usuarias mediante el instrumento de recolección de datos; se otorgará un a calificación a cada una. De esta forma se estuvo en capacidad de sumar calificaciones y obtener un promedio general de las usuarias en cuanto al conocimiento del implante subdérmico.

De acuerdo al proceso de evaluación de las preguntas de interés, el nivel de conocimiento quedó diferenciado de la siguiente manera:

- Nivel alto de Conocimiento. Para aquellas usuarias que obtuvieron una calificación dentro de un intervalo de 0.00 a 2.5 (25 por ciento) en una escala de cero a diez, es decir, dos preguntas o menos correctas del total que se evaluaron.

- Nivel medio de Conocimiento. Se consideró en este rubro a aquellas usuarias cuya calificación obtenida se encontrara en un intervalo de 2.6 a 5.0 (50 por ciento) es decir, hasta cuatro preguntas correctas del total.

- Nivel bajo de Conocimiento. Para aquellas usuarias cuya calificación obtenida se encontrara en un rango de 5.1 a 7.5 (75 por ciento) es decir, hasta seis preguntas correctas del total.

- Nivel alto de Conocimiento. En este rubro se ubicó a las usuarias cuyo promedio obtenido se encontró dentro de un rango de 7.6 a diez (100 por ciento) es decir, de siete a ocho preguntas correctas (Cuadro1).

Cuadro 1 . Categorización del Nivel de Conocimiento que poseen las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco con referencia al Implante Subdérmico de acuerdo con el valor promedial obtenido. Centro de Salud Arroyo Blanco,2005

Valor de intervalos	Clasificación
0.00- 2.5	Nivel Nulo de conocimiento
2.6 - 5.0	Nivel Bajo de conocimiento
5.1 - 7.5	Nivel Medio de conocimiento
7.6 - 10	Nivel Alto de conocimiento

Tipo de estudio y diseño general

Se considera como tipo de estudio único según la comparación de poblaciones debido a que sólo se está tomando como referencia a las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco; es decir, sólo se cuenta con una población con base en la cual se desarrollará el análisis.

Población objetivo

Debido a que no se tiene el número exacto de la cantidad de usuarias que demanda servicio en la unidad, se determinó realizar el levantamiento de datos con base al número personas de sexo femenino que asistieron a consulta médica en el lapso de una semana.

Las personas que asisten a consulta al Centro de Salud provienen principalmente de nueve colonias reconocidas dentro de su área de influencia como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Colonias que se encuentran comprendidas dentro del área de influencia del Centro de Salud Urbano Arroyo Blanco, 2005

Arroyo Blanco	J.J Panes	Villa real
Valle del Sol	14 de Febrero	3 de mayo
Coapexpan	J.O de Domínguez	Cerro Colorado

Criterios de inclusión:

Usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco en un rango de edad de 18 a 38 años que asistan a consulta del 15 de noviembre al 15 de diciembre de 2005.

Criterios de exclusión:

Aquellas usuarias que no cumplan con los criterios de inclusión.

Ubicación espacio-temporal:

El estudio se ejecutará tomando como referencia a las usuarias que asistan a consulta del 15 de noviembre al 15 de diciembre de 2005 Centro de Salud Arroyo Blanco de la ciudad de Xalapa; dicha unidad médica a su vez forma parte de la Jurisdicción Sanitaria No. 5 con sede en la capital del estado de Veracruz.

Diseño estadístico

Universo
Usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco que se encuentren dentro de un rango de edad entre 18 y 38 años.

Unidad de muestreo y elementos de población:
Mujeres entre 18 a 38 años

Marco muestral:
Hoja Diaria de Consulta

Selección de la Muestra

En promedio, en un mes, asisten a consulta al Centro de Salud Arroyo Blanco un número aproximado de 200 usuarias dentro del rango de edad de interés; con base a esto, con una precisión de 95 por ciento y con un grado de error del cinco por ciento se seleccionó el tamaño de la muestra mediante el programa estadístico Epidat; lo que permitió obtener el tamaño muestral el cual corresponde 132 personas.

Procedimientos para la recolección de información

Se aplicó un cuestionario a las usuarias con el objetivo de obtener datos que puedieran ser cuantificados. En donde cada pregunta constituyó un indicador de un aspecto relativo al conocimiento del Implante Subdérmico (IP) (Anexo 1).

Se realizó un cuestionario de quince preguntas. Por cada respuesta afirmativa a los cuestionamientos que miden directamente conocimiento, se registró un puntaje de uno, y por cada respuesta negativa un puntaje de cero. El puntaje final para cada cuestionario en materia de conocimiento puede observarse sumando las respuestas positivas .

El cuestionario está constituido por quince preguntas, de las cuales ocho evalúan directamente el conocimiento que poseen las usuarias del Centro de Salud con base al Implante Subdérmico; se tomaron en cuenta aspectos como: conocimiento de métodos de planificación familiar en general, identificación por su nombre del implante subdérmico, conocimiento de las contraindicaciones para su uso, efectos secundarios que produce, cuidados que deben tener en caso de decidir utilizarlo, personas encargadas y lugar físico encargados de su aplicación.

Las siete restantes han sido planteadas con la finalidad de obtener información que permita realizar un análisis tanto de los métodos de planificación familiar que utiliza la población estudiada como la disposición a utilizar algunos de reciente disposición.

Mediante las respuestas a las preguntas siete , ocho y nueve será posible obtener información con respecto a la disposición de las usuarias para utilizar el implante subdérmico y sobre qué beneficios esperan de un método de planificación familiar.

En cuanto, aquellas usuarias que afirmaron conocerlo, se consideró pertinente preguntar cuál fue la fuente por medio de la cual obtuvo la información con respecto al implante, caracterizándolos en cuatro opciones de respuesta: anuncios en medios de comunicación, referencias de amistades o familiares, recomendación del personal del centro de salud. Este dato en particular se adquirió mediante la respuestas a la pregunta 10 (Anexo 1).

Es por ello que la variación del puntaje será de cero a ocho. Las personas que hayan sacado ocho serán las que más conocimiento poseen del Implante Subdérmico.

Programas utilizados para análisis de datos

Para el proceso de análisis de datos , fue necesario realizar una base de datos en el programa epidat 3.2; mediante la cual fue posible realizar algunas pruebas estadísticas que respondieran a las necesidades de la investigación.

De igual forma se utilizaron los programas de Microsoft como: Excel, Word y Power Point para la elaboración de reportes e informes de investigación.

RESULTADOS

Características generales de las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco

Como ya se describió en los primeros apartados del presente trabajo, el objeto de estudio estuvo constituido por las usuarias que asisten a consulta al Centro de Salud Arroyo Blanco, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria número V , con sede en la ciudad de Xalapa, Veracruz.

El número de usuarias correspondió a 132, respondiendo a los procesos estadísticos ya antes descritos.

Del total de las personas a las que se les aplicó el instrumento de recolección de información, el 86 por ciento correspondió a aquellas que residen en la colonia Arroyo Blanco; el resto se distribuye en otras colonias, quedando de la siguiente manera: José de Jesús Panes cuatro por ciento, Villa Real cuatro por ciento, Josefa Ortiz de Domínguez dos por ciento, 3 de Mayo uno por ciento, Estibadores uno por ciento, Acueducto uno por ciento y 14 de febrero uno por ciento (Anexo 2).

Una de las condicionantes que podría influir en que la mayor parte de la demanda de servicio provenga de la Colonia Arroyo Blanco, es precisamente la ubicación del Centro de Salud ya que el traslado a la unidad se hace menos complicado comparativamente a las demás colonias que se encuentran dentro se área de responsabilidad; las cuales, se encuentran dispersas y con caminos que dificultan su accesibilidad.

Las edades de las usuarias que se incluyeron en el estudio se encuentran en un rango de 18 a 38 años; de las cuales la edad promedio fue de 25 años; la edad más frecuente fue de 21 años, la mediana corresponde a 25 años, con una desviación típica de 4,9 (Anexo 3).

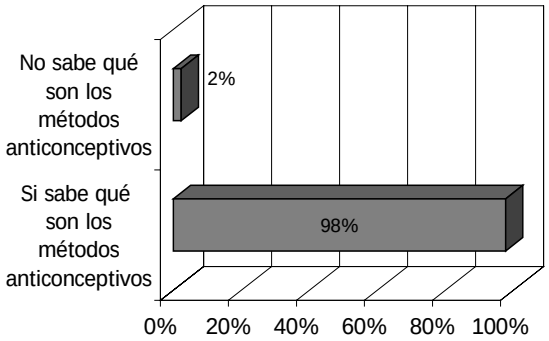
Por otra parte, al abordar el estado civil de las usuarias, el 38 por ciento refirió estar casada; lo anterior difiere porcentualmente con referencia a quienes afirmaron vivir en unión libre con un 35 por ciento; el porcentaje inferior inmediato correspondió a aquellas que dijeron ser solteras con un 26 por ciento (Anexo 4).

En cuanto al nivel de estudios, el porcentaje más alto corresponde a aquellas que han cursado el nivel primaria, el 25 por ciento alcanza un grado de bachillerato, el 18 por ciento cuentan con secundaria y sólo el cuatro por ciento cuenta con estudios a nivel licenciatura (Anexo 5). Las usuarias, objeto de estudio, cuentan con un hijo en promedio; la cantidad en este sentido fue de un rango en donde la cantidad mínima fue de uno y el máximo de cinco, con una desviación típica de 1,09 (Anexo 6).

Uso de Métodos Anticonceptivos

Como parte fundamental de la presente investigación, resultó importante obtener información general sobre la utilización y resultados que, desde la perspectiva de las usuarias, han proporcionado métodos anticonceptivos utilizados. El 98 por ciento de la población estudiada afirmó conocer qué son los métodos anticonceptivos; esto nos ofrece un panorama inicial y nos advierte que se trata de usuarias que por lo menos sabe de la existencia de éstos; sólo el dos por ciento del total refirió no tener ningún conocimiento sobre métodos anticonceptivos (Figura 1-Anexo 7).

Figura 1. Porcentaje de usuarias según su conocimiento sobre la existencia de métodos anticonceptivos. C.S Arroyo Blanco, 2005

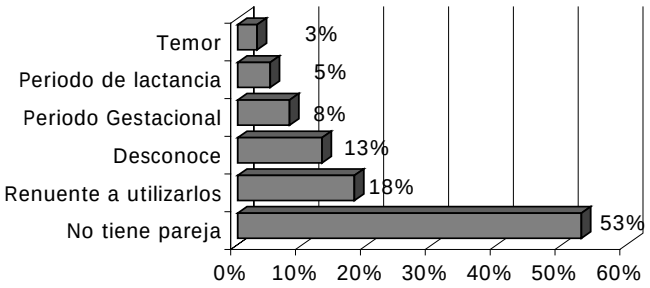


Fuente: Encuesta realizada por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Diciembre 2005

Sin embargo, al cuestionarlas con base a la utilización de alguno el 70 por ciento dijo hacer uso de por lo menos un método; mientras que el 30 por ciento no recurre a ningún instrumento de anticoncepción (Anexo 8).

De este 30 por ciento, dentro de las principales causas por las que las usuarias afirmaron no utilizarlos resulta importante destacar que el trece por ciento dijo desconocer la forma de utilización o funcionamiento, tres por ciento no lo hace por temor; de igual forma es posible percibir que de las usuarias a las que se les aplicó el instrumento de recolección de información, el 18 por ciento mostró renuencia a su utilización; el mayor porcentaje corresponde en mayor medida a aquellas que no tienen pareja, quienes ocupan el 53 por ciento (Figura 2 - Anexo 9).

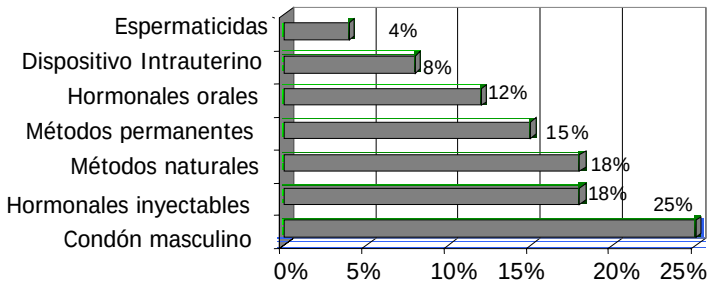
Figura 2. Porcentaje de usuarias según causa por la que no utilizan MPF. C.S Arroyo Blanco, 2005



Fuente: Encuesta realizada por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Diciembre 2005.

Del 70 por ciento de las usuarias que afirmaron hacer uso de los MPF , la mayor parte, constituída por el 25 por ciento, utiliza el condón masculino; 18 por ciento hace uso de métodos hormonales inyectables; de igual forma el 18 por ciento afirmó poner en práctica métodos naturales como el coitus interruptus. Con menor porcentaje se encuentran aquellas que han optado por métodos permanentes correspondiente al quince por ciento, los métodos hormonales orales con un doce por ciento, el dispositivo intrauterino y los espermaticidas con un ocho por ciento y cuatro por ciento respectivamente (Figura 3 – Anexo 10).

Figura 3. Porcentaje de usuarias de acuerdo con el método de planificación familiar utilizado. C.S Arroyo, Blanco,2005



Fuente: Encuesta realizada por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Diciembre 2005.

El 84 por ciento de estas usuarias afirmó estar de acuerdo con los resultados obtenidos con la utilización del método utilizado, mientras que el 16 por ciento advirtió no conforme con los resultados que el método utilizado le ha proporcionado ya que les provoca dolor e incomodidad en el caso del dispositivo intrauterino, además de que les ha traído efectos secundarios como aumento de peso en el caso de los hormonales inyectables; otra causa de insatisfacción es la falta de eficacia (Anexo 11).

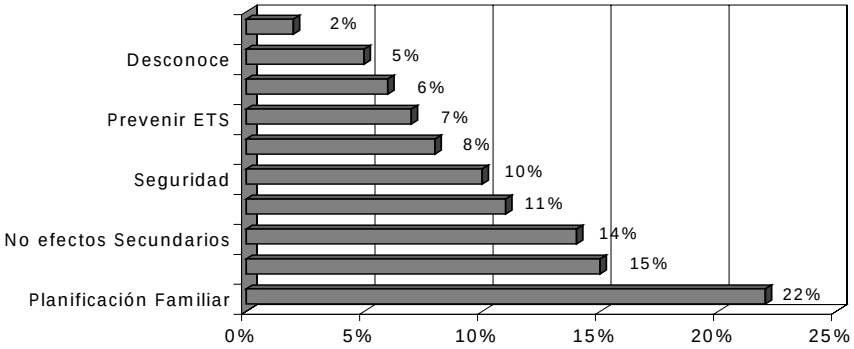
Resulta importante destacar que dentro de los beneficios que las usuarias del Centro de Salud esperan que un método anticonceptivo les proporcione. El 22 por ciento hace uno de un método con la expectativa de que coadyuve en planificación familiar, el quince por ciento de las usuarias advirtió que lo que espera que un método es ampliar el periodo intergenésico; de igual forma el catorce por ciento espera que un método no provoque efectos secundarios como aumento de peso o cefalea.

Con porcentajes menores se ubica a aquellas usuarias que esperan que un método le proporcione eficacia, seguridad, coadyuve en la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

El cinco por ciento del total afirmó desconocer cuáles son los beneficios que los métodos de planificación familiar podrían proporcionar (Figura 4 – Anexo 12).

Al analizar el estado civil de las usuarias conjuntamente al conocimiento de los métodos anticonceptivos, es posible observar que la mayoría de usuarias que afirmaron conocer qué son, corresponden a quienes están casadas y las que viven en unión libre, ambas con un 36 por ciento; las que dijeron ser solteras ocuparon 26 por ciento. De las tres usuarias que advirtieron no saber que son los método anticonceptivos dos son solteras y una es casada (Cuadro 3).

Figura 4. Porcentaje de usuarias de acuerdo con los beneficios que esperan de un método anticonceptivo. C.S Arroyo Blanco, 2005



Fuente: Encuesta realizada por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Diciembre 2005.

Cuadro 3. Número de usuarias de acuerdo al conocimiento de MPF y estado civil. C.S Arroyo Blanco,2005

Estado civil	Si sabe	Porcentaje	No sabe	Porcentaje
Casado	48	36 %	1	33 %
Unión libre	46	36 %	0	0 %
Soltero	33	26 %	2	67 %
Separado	1	1 %	0	0 %
Viudo	1	1 %	0	0 %
Total	129	100 %	3	100 %

Fuente:Encuesta realizada por alumnos del Instituto de Salud Pública/UV. Diciembre 2005.

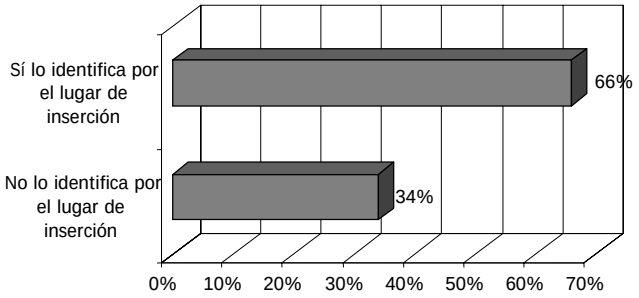
Implante Subdérmico IS

Del total de las usuarias a las que se les aplicó el instrumento de recolección de información, el 45 por ciento identificó al implante subdérmico por su nombre técnico; el 55 por ciento restante lo desconoce (Anexo 13).

En este sentido, debido a que el IS es uno de los métodos de anticonceptivos más frecuentes y las usuarias aún no lo identifican de primera intención, se planteó otra pregunta con base en la cual se podría identificar a aquellas usuarias que, pese a que no identifican por su nombre, tienen conocimiento de su existencia por el lugar corporal en el que se inserta.

Como resultado a este cuestionamiento disminuyó el número de usuarias que de primera intención afirmaron desconocer el IS ya que el 66 por ciento refiere al implante subdérmico como un método que se “pone” en el brazo y que se inserta por debajo de la piel, el 34 por ciento de total de usuarias afirmó desconocerlo (Figura 5– Anexo 14).

Figura 5. Porcentaje de usuarias de acuerdo con la identificación del IS por el lugar corporal de inserción. C.S Arroyo Blanco,2005



Fuente: Encuesta realizada por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Diciembre 2005.

Estos resultados refieren sólo a la identificación del IS, más adelante se aborda el nivel de conocimiento que se posee con referencia al implante subdérmico.

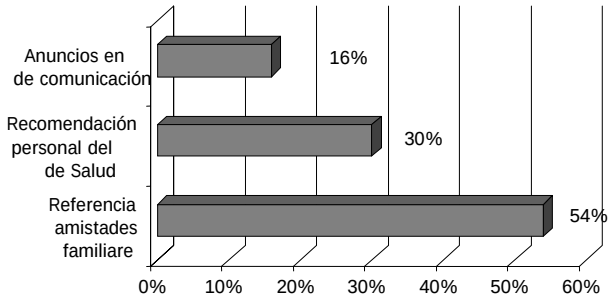
A la totalidad de las usuarias en las que se basó la investigación se cuestionó en relación al interés que poseen en conocer más con referencia al IS, los resultados obtenidos a este cuestionamiento refieren que el 77 por ciento de las usuarias sí desean obtener mayor información sobre el método anticonceptivo estudiado; sólo el 23 por ciento expresó desinterés por conocer más. Se puede observar que pese a que existe desconocimiento con relación al IS existe desinterés en las usuarias por informarse más (Anexo 15).

Como se mencionó anteriormente, las usuarias hacen uso de un método anticonceptivo principalmente como coadyuvante en el proceso de planificación familiar; aunque existen otras que señalaron que lo esperaran de un método es que no provoque efectos secundarios.

En este sentido, el 70 por ciento del total de usuarias afirmó que si el IS les provee de éstos beneficios estarían dispuestas a utilizarlo; aunque existe un 30 por ciento del total que se mostró en contra a la utilización del implante pese a que les otorgara las ventajas antes descritas (Anexo 16).

Por otra parte, de las 88 usuarias, que se determinó poseían conocimiento con respecto al IS, el 54 por ciento ha obtenido información referente al IS a través de referencias de amistades o familiares, el 30 por ciento dijo que ha sido informada al respecto por personal del Centro de Salud, mientras que un 16 por ciento refirió obtenerla a través de medios de comunicación (Figura 6 – Anexo 17).

Figura 6. Porcentaje de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con la fuente por la que han la obtenido información. C.S Arroyo Blanco,2005

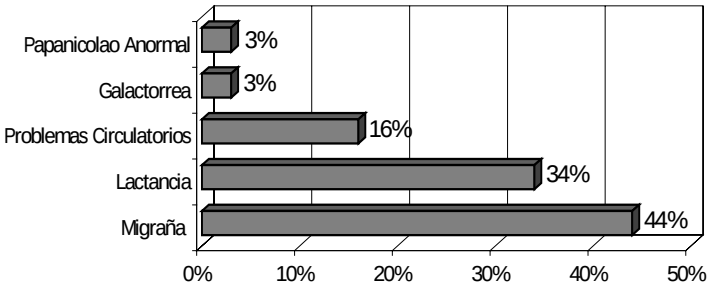


Fuente: Encuesta realizada por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Diciembre 2005.

De estas usuarias sólo el 36 por ciento reconoce algunas contraindicaciones para el uso del implante subdérmico (Anexo 18).

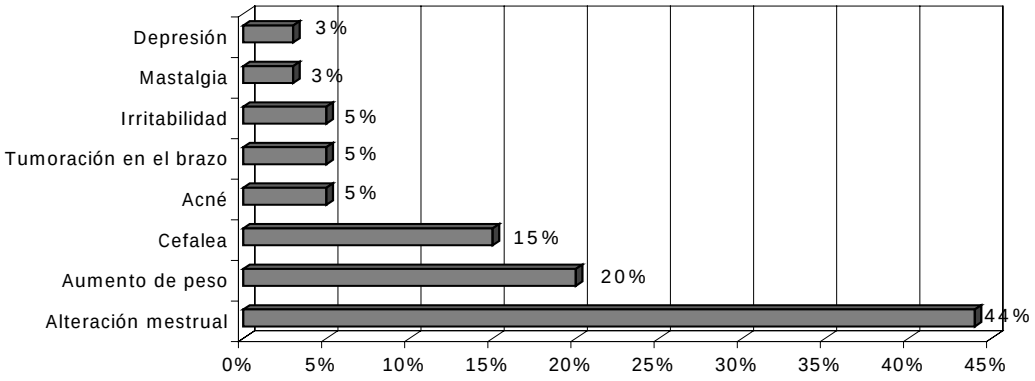
Dentro de las contraindicaciones identificadas por las usuarias, el 44 por ciento de las que sí identificaron se refirieron a la migraña; el 34 por ciento coincidió en que no se puede hacer uso del IS cuando una mujer se encuentra en periodo de lactancia; el 16 por ciento reconoció que tampoco es factible emplear el método cuando se padecen problemas circulatorios; otras contraindicaciones identificadas fueron la galactorrea o el papanicolaou anormal, cada uno con un tres por ciento (Figura 7 – Anexo 19).

Figura 7. Porcentaje de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con el tipo de contraindicaciones para su uso reconocidas. C.S Arroyo Blanco,2005



Por otra parte, las usuarias que afirmaron conocer el IS, el 45 por ciento advirtió saber cuales son los efectos secundarios que podría producir (Anexo 20); de éstas, el 44 por ciento identificó a la alteración menstrual, el 20 por ciento dijo que utilizarlo podría producir aumento de peso y un quince por ciento advirtió que podría ocasionar cefalea; con porcentajes inferiores se encuentran otros efectos reconocidos como acné, tumoración en el brazo, irritabilidad, mastalgia y depresión (Figura 8 – Anexo 21).

Figura 8.- Porcentaje de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con el tipo de efectos secundarios reconocidos. C.S Arroyo Blanco,2005



Fuente: Encuesta realizada por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Diciembre 2005.

El 26 por ciento posee conocimiento de los cuidados que se deben tener en caso de utilizar el implante subdérmico (Anexo 22); de estas usuarias, el 96 por ciento reconoció que se debe acudir regularmente a consultas médicas y el cuatro por ciento restante refirió que es preciso cumplir acciones de cuidado personal (Anexo 23).

De igual forma el 73 por ciento de las usuarias que afirmaron conocer el IS identificaron al personal de salud indicado para su aplicación (Anexo 24); de estas usuarias, el 85 por ciento precisó que es el médico la persona con características propias para hacerlo, el doce por ciento identificó al personal de enfermería y el tres por ciento atribuyó dicha actividad a médicos especialistas (Anexo 25).

Finalmente, el 81 por ciento de las usuarias identificó los sitios autorizados para la aplicación del IS (Anexo 26); de éstas, el 80 por ciento reconoció al Centro de Salud como el lugar apropiado para dicha actividad, un once por ciento dijo que en los hospitales generales; se identificaron otros sitios como los hospitales de especialidades y las clínicas con un cuatro por ciento y cinco por ciento respectivamente (Anexo 27).

Conocimiento del Implante Subdérmico IS

Como se mencionó en el apartado metodológico, uno de los objetivos de la presente investigación fue el de conocer el conocimiento que poseen las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco con respecto al implante subdérmico; para este efecto fueron seleccionadas ocho preguntas del instrumento de recolección de datos.

Con base a ello fue posible ubicar las calificaciones de las usuarias en un rango de cero a diez. Este criterio fue aplicado a las 88 usuarias que afirmaron conocer el implante subdérmico, las cuales ocupan el 66 por ciento del total de usuarias (132).

Los resultados obtenidos permiten determinar que el promedio obtenido fue de 5.17 con una desviación estándar de 3.08; la calificación más frecuente fue de 1.25 (Cuadro 4).

Cuadro 4.Clasificación de las usuarias según el promedio de conocimiento que poseen del IS. C.S Arroyo Blanco,2005

Promedio	5,17
Desviación Típica	3,08
Moda	1,25
Máxima	10
Mínima	0

Fuente: Encuesta realizada por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Diciembre 2005.

CONCLUSIONES

Con base a los resultados anteriores, se presentan las siguientes conclusiones:
De acuerdo a la moda, las usuarias se ubican en un Nivel Nulo de Conocimiento con referencia al IS.

De acuerdo al promedio obtenido en general , las usuarias se ubican dentro de un Nivel Medio de Conocimiento en referencia al IS.

Las usuarias de los Servicios de Salud del Centro de Salud Arroyo Blanco, muestran un nível nulo de conocimientos con relación al implante subdérmico.

Del total de las usuarias que afirmaron conocer el implante subdérmico, el 54 por ciento refirieron haber obtenido dicha información de fuentes informales.

De las usuarias entrevistadas sólo nueve utilizan algún método de planificación familiar para prevenir infecciones de transmisión sexual.

El 77 por ciento de las usuarias entrevistadas muestran interés en obtener información con referencia a los métodos de planificación familiar, en particular sobre el implante subdérmico.

DISCUSIÓN

Pese a que en lo referente al conocimiento del implante subdérmico, las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco obtuvieron un promedio bajo; en lo general se ajustan a lo encontrado por la OMS en sus investigaciones realizadas en las que sostiene que al menos el 95 por ciento de las mujeres casadas conocen al menos un método anticonceptivo.

Las acciones realizadas por el Centro de Salud en materia de salud reproductiva, dan prioridad a la difusión de información correspondiente a métodos tradicionales; sin embargo, de acuerdo con Balón, el desarrollo de los métodos hormonales obliga a que los trabajos de promoción estén orientados además, priorizar la información relativa al uso de éstos métodos. (Balón, 2001).

RECOMENDACIONES

En el desarrollo activo de las labores de difusión y promoción de los programas de salud en general y en particular del tema que nos ocupó referente al conocimiento sobre métodos de planificación familiar, es pertinente el desarrollo del tipo de investigación-acción el cual consiste en un proceso llevado a cabo con base al trabajo de los prácticos sobre sus propias practicas de difusión en materia de salud y en específico del tema estudiado. (Saladrigas, 2000).

Reforzar los trabajos relativos a la promoción, de tal forma que coadyuve a la utilización de manera informada de los métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almares Pupo B. Brrers que afectan la comunicación medico-paciente. Hospital ´´Lucía Iñiguez Landín´´. Febrero-Junio 2002. Recuperado el 12 de diciembre de 2005, de http:www.imbiomed.com/index3.html
2. Andrew A. 1991.Manual Para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar. Nueva York. The population council.
3. Balón R. 2001. Planificación y la Sociedad. México. P. Council.
4. Camarena S. 1998. Manual de Planificación Familiar. España. Cross.
5. García M. D." Causas de deserción del Implante Subdérmico"(en línea). Revista Salud Publica y Nutrición. Edición especial No. 8-2005 http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/2005/ee-082005/documentos/11.htm (Consulta 13 de octubre 2005).
6. Gillum L. A, , Johnston S. C.2000. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a metaanalysis.Jamaica . 284:72-8.
7. Jick S.S. Oral contraceptives and breast cancer.1989. British Journal of Cancer.
8. Mattos M ., Ripolles M., Gómez de la C.A., De Miguel S., Forcen L., Ramallo A., y de la Fuente P. `` Satisfacción, eficacia y efectos secundarios del implante subdérmico (Implanon) en dos centros de atención a la mujer en la comunidad de Madrid´´(en linea). Revista iberoamericana de fertilidad Vol. 21 No. 1 Enero - Febrero 2004 Pág. 93-993. Disponible en: http://www.editorialmedica.com/Fert-Marz-Abr04-Trabajo3.pdf (Consulta: 12 de Octubre 2005).
9. Mosquera J. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes" (en línea). Revista Colombia Médica versión en línea Vol. 34 No. 4. Año 2003. Disponible en: http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/cm34n4a5.htm (Consulta:15 Octubre 2005).

10. Palma, Y. y Rivera, G. 1996. La planificación familiar en México. México: Edamex/Population Council.

11. Rodríguez Arce A. Técnicas de Comunicación en salud. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello". Recuperado el 5 de diciembre de 2005, de http:www.imbiomed.com/index3.html

12. Saladrigas, H. 2000. Metodología de la investigación social. Cuba. Universidad de la Habana.

13. Secretaría de Salud. Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta. México.1995.PP.1-16.

14. Welti j. 2002. Planificación familiar. España. Landa.

ANEXOS

Anexo1. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

Centro De Salud:_____
Edad:_____ Escolaridad:_____Número de Hijos:_____
Estado Civil:_____Colonia:_____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario deberá ser aplicado a las usuarias de 18 a 38 años que asistan a consulta en el Centro de Salud Arroyo Blanco.
Deberá marcar con una X dentro del paréntesis la elección de respuesta.

1.- ¿Sabe usted qué son los métodos anticonceptivos?
SI ( ) NO( )

2.- ¿ Utiliza usted algún método anticonceptivo?
SI ( ) NO ( ) Por qué:_____ _____

En caso de haber respondido NO pasar a la pregunta 5

3.- ¿ Qué método utiliza?
a) Vasectomía
b) Oclusión Tuba rica
c) Espermicidas
d) Condón Masculino
e) Condón Femenino
f) Dispositivo Intrauterino
g) Hormonal Subdérmico
h) Hormonales Orales
i) Hormonales Intramusculares
j) Métodos Naturales
k) Parche Hormonal

4.-¿Está de acuerdo con los resultados del método anticonceptivo que utiliza?
Si ( ) NO ( ) Por qué:_____

5.- ¿Conoce usted el implante subdérmico?

SI ( ) NO ( )

6.- ¿ Ha escuchado de un método anticonceptivo que se implanta en el brazo?
SI ( ) NO ( )

En caso de responder NO pasar a la siguiente pregunta.

7.- ¿Estaría interesada en conocer más con respecto a un nuevo método anticonceptivo (Implante Subdérmico)?
SI ( ) NO ( )

8.- ¿Que beneficios espera usted que un método anticonceptivo le ofrezca?

9.- ¿Si el implante Subdérmico le ofrece estos beneficios estaría usted dispuesta a utilizarlo?
SI ( ) NO ( )

En caso de haber respondido que no conoce el Implante Subdérmico (pregunta 6 ó 7 finalizar aquí la entrevista)

10.- ¿Cómo se enteró usted del Implante Subdérmico?

a) Anuncios en medios de comunicación
b) Referencias de amistades y/o Familiares.
c) Recomendación del personal del centro de Salud.
d) Otras, Especifique:_____

11.- ¿Sabe usted si existe alguna contraindicación para su uso?
SI ( ) NO ( )

11.1 Cuál:

( ) Problemas del Hígado
( ) Tumores
( ) Diabetes Mellitus
( ) Depresión
( ) Embarazo
( ) Hipertensión Arterial
( ) Epilepsia
( ) Dolor de cabeza
( ) Secreción de leche
( ) Papanicolau anormal
( ) Problemas circulatorios
( ) Lactancia

12.- ¿Sabe qué efectos secundarios podría producir?
SI ( ) NO( )

12.1. Cuáles:

( ) Dolor de Cabeza
( ) Aumento de Peso
( ) Alteració Menstrual
( ) Acné
( ) Dolor de senos
( ) Tumoración en el Brazo
( ) Depresión
( ) Irritabilidad
( ) Enrojecimiento en el brazo

13.- ¿Conoce usted los cuidados que debe tener en caso de que decidiera utilizar el implante subdérmico?
SI ( ) NO( )

13.1 Cuáles: ( ) Limpieza
( ) Consultas Médicas Regulares
( ) Otras
( ) Ninguna

14. ¿Sabe usted quienes lo aplican?
SI ( ) NO ( )

14.1 Especifique: ( ) Médico
( ) Enfermera
( ) Especialista

15.- ¿Sabe usted en que lugar (Hospital, Clínica, Centro de Salud) lo pueden aplicar?
SI ( ) NO ( )

15.1 Dónde: ( ) Hospital General
( ) Hospital de Especialidades
( ) Clínica
( ) Centro de Salud

Fin de Cuestionario.

Anexo 2. Número de usuarias de acuerdo con la colonia de residencia. C.Arroyo Blanco,2005.

Colonia	Número	%
Arroyo Blanco	113	86 %
José de Jesús Panes	5	4 %
Villa Real	6	4 %
Josefa O. de Domínguez	3	2 %
14 de Febrero	1	1 %
Acueducto	1	1 %
Estibadores	1	1 %
Tres de Mayo	2	1 %
Total	132	100 %

Anexo 3 . Edad de las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco,2005.

Edad	
Promedio	25
Desviación Típica	4,9
Mediana	25
Edad Máxima	38
Edad mínima	18
Moda	21

Anexo 4. Número de usuarias según su estado civil. C.S Arroyo Blanco,2005.

Estado Civil	Número	%
Casado	49	38 %
Unión Libre	46	35 %
Soltero	35	26 %
Separado	1	1 %
Viudo	1	1 %
Total	132	100 %

Anexo 5. Número de usuarias de acuerdo con su nivel de estudios. C.S Arroyo Blanco,2005.

Escolaridad	Número	%
Primaria	69	52 %
Preparatoria	33	25 %
Secundaria	24	18 %
Licenciatura	6	4 %
Total	132	100 %

Anexo 6. Promedio de hijos de las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco,2005.

Promedio de Hijos	1
Desviación típica	1,09
Mediana	1
Moda	1
Mínimo	0
Máximo	5

Anexo 7. Número de usuarias de según su conocimiento sobre la existencia de métodos anticonceptivos. C.S Arroyo Blanco, 2005.

	Número	%
Sí sabe qué son los métodos anticonceptivos	129	98 %
No sabe qué son los métodos anticonceptivos	3	2 %
Total	132	100 %

Anexo 8. Número de usuarias de acuerdo con la utilización de métodos anticonceptivos. C.S Arroyo Blanco, 2005.

	Número	%
Sí utilizan métodos anticonceptivos	93	70 %
No utilizan métodos anticonceptivos	39	30 %
Total	132	100 %

Anexo 9. Número de usuarias según causa por la que no utilizan MPF. C. S Arroyo Blanco, 2005.

Causa	Número	%
No tiene pareja	21	53 %
Renuente a utilizarlos	7	18 %
Desconoce	5	13 %
Periodo Gestacional	3	8 %
Periodo de lactancia	2	5 %
Temor	1	3 %
Total	39	100 %

Anexo 10. Métodos de Planificación Familiar (MPF) utilizados por las usuarias del Centro de Salud Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
Condón Masculino	23	25 %
Hormonales Inyectables	17	18 %
Métodos Naturales	17	18 %
Métodos permanentes	14	15 %
Hormonales orales	11	12 %
Dispositivo Intrauterino	7	8 %
Espermaticidas	4	4 %
Total	93	100 %

Anexo 11. Número de usuarias de acuerdo con su satisfacción con el método anticonceptivo utilizado. C.S Arroyo Blanco,2005

	Número	%
Si está satisfecha	76	84 %
No está satisfecha	15	16 %
Total	91	100 %

Anexo 12. Número de usuarias de acuerdo con los beneficios esperados de un método anticonceptivo. C.S Arroyo Blanco,2005.

Beneficios	Número	%
Planificación Familiar	30	22 %
Prolongar Periodo IG	20	15 %
No efectos Secundarios	18	14 %
Eficacia	14	11 %
Seguridad	13	10 %
Prevenir Embarazos	10	8 %
Prevenir ETS	9	7 %
Confianza	8	6 %
Desconoce	7	5 %
Comodidad	3	2 %
Total	132	100 %

Anexo 13. Número de usuarias de acuerdo con la identificación del implante subdérmico (IS) por su nombre técnico. C.S Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
No lo identifica por su nombre	72	55 %
Sí lo identifican por su nombre	60	45 %
Total	132	100 %

Anexo 14. Número de usuarias de acuerdo según la identificación del IS por el lugar corporal de inserción. C.S Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
Sí lo identifica por el lugar de inserción	88	66 %
No lo identifica por el lugar de inserción	46	34 %
Total	132	100 %

Anexo 15. Número de usuarias de acuerdo al interés expresado en conocer más del IS. C. S Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
Desea conocer más	102	77 %
No le interesa	30	23 %
Total	132	100 %

Anexo 16. Número de usuarias de acuerdo con su disposición por utilizar el Implante Subdérmico. C.S Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
Si está dispuesta a utilizarlo	92	70 %
No está dispuestas a utilizarlo	40	30 %
Total	132	100 %

Anexo 17. Número de usuarias que afirmaron conocer el implante subdérmico de acuerdo con la fuente por la que han la obtenido información. C.S Arroyo Blanco,2005.

Fuente	Número	%
Referencia de amistades o familiares	48	54 %
Recomendación del personal del Centro de Salud	26	30 %
Anuncios en medios de comunicación	14	16 %
Total	88	100 %

Anexo 18. Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con la identificación de contraindicaciones para su uso. C.S Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
No conoce contraindicaciones	56	64 %
Sí conoce contraindicaciones	32	36 %
Total	88	100 %

Anexo 19. Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con el tipo de contraindicaciones para su uso reconocidas. C.S Arroyo Blanco, 2005.

Contraindicaciones	Número	%
Migraña	14	44 %
Lactancia	11	34 %
Problemas Circulatorios	5	16 %
Galactorrea	1	3 %
Papanicolaou Anormal	1	3 %
Total	32	100 %

Anexo 20. Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con la identificación de efectos secundarios. C.S Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
No sabe que efectos secundarios podría producir	48	55 %
Si sabe que efectos secundarios podría producir	40	45 %
Total	88	100 %

Anexo 21. Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con el tipo de efectos secundarios reconocidos. C.S Arroyo Blanco, 2005.

Efectos secundarios	Número	%
Alteración mestrual	18	44 %
Aumento de peso	8	20 %
Cefalea	6	15 %
Acné	2	5 %
Tumoración en el brazo	2	5 %
Irritabilidad	2	5 %
Mastalgia	1	3 %
Depresión	1	3 %
Total	40	100 %

Anexo 22. Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con el conocimiento de cuidados en caso de utilizarlo. C.S Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
No los conoce	65	74 %
Sí los conoce	23	26 %
Total	88	100%

Anexo 23. *Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con el tipo de cuidados identificados en caso de utilizarlo. C.S Arroyo Blanco, 2005.*

Cuidados	Número	%
Consultas médicas regulares	22	96 %
Limpieza	1	4 %
Total	23	100 %

Anexo 24. Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con la identificación del personal indicado para su aplicación. C.S Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
Si identifican	73	78 %
No identifican	20	22 %
Total	88	100 %

Anexo 25. Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con la identificación del tipo personal de salud indicado para su aplicación. C.S Arroyo Blanco,2005.

Personal de salud	Número	%
Médico	62	85 %
Enfermera	9	12 %
Especialista	2	3 %
Total	73	100 %

Anexo 26. Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con la identificación de lugares autorizados para su aplicación. C.S Arroyo Blanco,2005.

	Número	%
SI identifica	71	81 %
No identifica	17	19 %
Total	88	100 %

Anexo 27. Número de usuarias que afirmaron conocer el IS de acuerdo con el tipo de organización autorizada para su aplicación. C,S Arroyo Blanco, 2005.

Lugar	Número	%
Centro de Salud	61	80 %
Hospital General	8	11%
Clínica	4	5 %
Hospital de especialidades	3	4 %
Total	76	100 %

CONTROL PRENATAL, OBSTÁCULOS Y OPORTUNIDADES

Alejandra Arellano Ale, Josefa Patricia Marín Lozano y María de Lourdes Mota Morales

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal en las Instituciones del Sector Salud se ha visto favorecida por el aumento en la infraestructura física y con la ampliación de cobertura que brindan, mencionándolo como un factor determinante para disminuir la morbilidad y mortalidad materna (Bronfman, 2003).

Sin embargo la presencia de los centros de salud no garantizan que la embarazada acuda a control prenatal y si a ello se consideran los factores sociales, económicos, culturales y de accesibilidad en los que la usuaria realiza sus actividades, la toma de decisión para acudir a su control prenatal y cumplir con las cinco consultas requeridas por la Norma Oficial Mexicana se convierte en una toma de decisión compleja.

El objetivo de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, para la prestación del servicio (SSA. 1995) es establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido. Hace énfasis en el cumplimiento en la asistencia a la consulta prenatal, y de preferencia que se inicie en el primer trimestre de gestación. A efectos de evaluación institucional, y con base a la programación establecida en el Programa del mismo nombre, se espera incorporar un 50 por ciento de embarazadas para el primer trimestre, un 35 por ciento para el segundo trimestre y un quince por ciento de embarazadas para el tercer trimestre que son los objetivos a cumplir en el Programa.

En el Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada, el programa de atención a la embarazada, es considerado un programa que cumple con los objetivos ya que a junio de 2005, el número de consultas por embarazada es de cinco consultas promedio, sin embargo, al revisar los tarjeteros de control, en el periodo del uno de septiembre de 2004 al 31 de octubre de 2005, se encuentra un 25 por ciento de embarazadas que acuden a su control hasta cuatro veces y no continúan con él. Motivo por el cual se considera importante investigar, cuáles son los obstáculos por los que las embarazadas asistiendo a su control prenatal, no continúan, con la finalidad de establecer las posibles recomendaciones para que las que estén en control, continúen el mismo, y disminuir las posibilidades de abandono una vez identificados éstos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la evaluación de la estrategia Arranque Parejo en la Vida del primer semestre del dos mil cinco, los logros obtenidos fueron los siguientes: consultas a embarazadas, cinco consultas promedio por embarazadas, consultas a embarazadas según trimestre de gestación, en el primer trimestre con un alcance del 49 por ciento, al segundo trimestre con 42 por ciento y al tercer trimestre con ocho por ciento. Los cuales aún no cumplen con lo establecido en los lineamientos, de incorporar durante el primer trimestre al 50 por ciento de las embarazadas programadas, en el segundo trimestre con el 35 por ciento. y en el tercer trimestre el restante quince por ciento, de embarazadas.

En relación a la mortalidad, esta continúa presentándose, como causa de muerte en la edad productiva, en el municipio de Xalapa. Del año 2001 a agosto de 2005 se han presentado 40 defunciones, de las cuales dos han ocurrido en las colonias Laureles y Lomas de Casa Blanca y una en la localidad de Chiltoyac del área de responsabilidad del centro de salud.

Por lo que se realizó la revisión del programa de atención a la embarazada encontrándose a la revisión de tarjeteros de control, en cada uno de los núcleos básicos, lo siguiente: en el turno matutino se encontraron 16 embarazadas en

control en el núcleo básico uno, 30 en control en el núcleo básico dos, 19 en el núcleo básico tres, 38 en el núcleo básico cuatro y 19 en el núcleo básico cinco y en el turno vespertino se encontraron nueve en el núcleo básico siete y siete en el núcleo básico ocho, siendo en total 138 embarazadas en control prenatal (Cuadro 1).

Cuadro 1. Número de embarazadas en control prenatal por núcleo básico y por turno del Centro de Salud "Sebastián Lerdo de Tejada", septiembre 2004-octubre 2005

Turno matutino		Turno vespertino	
Núcleo básico	Número	Núcleo básico	Número
1	16	7	9
2	30	8	7
3	19		
4	38		
5	19		
Subtotal	122		16
Total general	138		

Fuente: Información obtenida de los tarjeteros de embarazadas en control del Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada.

De las cuales sólo fueron factibles para el estudio, las embarazadas del turno matutino ya que de las embarazadas en control del turno vespertino todas acudieron a su control prenatal regularmente.

MARCO TEÓRICO

En las acciones emprendidas para mejorar la salud de la madre y del hijo se encuentran las concernientes al cuidado del embarazo. Diversos autores han realizado revisiones exhaustivas para identificar el uso adecuado o no de los servicios de atención prenatal, sin embargo estos han sido a nivel hospitalarias, pocas han sido en el primer nivel de atención, en la que se realizan acciones de detección, atención y tratamiento que en forma oportuna disminuyen la morbilidad y mortalidad en el binomio madre hijo. (Bronfman, 2003).

Bajo esa perspectiva, la atención prenatal, ha sido abordada relacionando la atención prenatal satisfactoria o no satisfactoria con los cuidados alternativos que brinda la medicina doméstica (Valadez F. Cols. 2003). En otra, los factores que modifican la atención prenatal son factores obstétricos, culturales, socioeconómicos y demográficos, es decir, las características propias de la mujer embarazada y los servicios de salud (Martínez-González L.1996), así como la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal proporcionada por los proveedores de los servicios de salud y la evaluación desde la perspectiva de las pacientes de la calidad de la atención. (Bronfman, 2003; A. Donabedian, 1991).

Existen dos estudios, uno en población femenina con seguridad social en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y otro, con población abierta que acude a los centros de salud en los Servicios Estatales de Salud (SES). En el primer estudio, son mujeres entrevistadas en hospitales regionales en el estado de Jalisco a través de un muestreo no probabilístico en dos etapas, con un formulario estructurado analizando los datos con chi^2, el odds ratio y los intervalos de confianza encontrando que los cuidados alternativos resultaron asociados a una atención prenatal no satisfactoria, mujeres con edad fuera del limite señalado como óptimo y una paridad alta que rebasa el limite crítico de cuatro hijos por mujer.

La propuesta de medición de utilización adecuada de los servicios para la atención prenatal midió la asociación entre la utilización adecuada y los cuatro factores ya mencionados, se llevó a cabo en embarazadas con seguridad social en el IMSS, con la aplicación de un cuestionario a través de un análisis descriptivo y estableciendo la fuerza de asociación,

utilizando razón de momios y un modelo de regresión logística, se concluyó que pocas mujeres utilizan de manera adecuada los servicios de salud para la atención prenatal señalando que los factores encontrados que favorecen una atención adecuada fueron: conocimiento y conducta ante complicaciones del embarazo, paridad, atención prenatal con el mismo médico y Unidad Médica Familiar con sistema computarizado y ocupación de las mujeres.

Por último, en el estudio sobre la atención prenatal en el primer nivel de atención se desglosan las características de los prestadores de servicios de salud que influyen en la satisfacción de las usuarias, se realizó en unidades del primer nivel de atención de ocho Estados, recopilando la información a través de la observación, entrevistas a proveedores de servicios de salud y usuarias, además de la aplicación de cuestionario y examen de conocimiento a los mismos.

Encontrando que la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal está relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que esperó en recibirla.

En la bibliografía revisada, la atención prenatal ha sido abordada en tres dimensiones: la calidad de la atención, en especial trato digno; la atención prenatal favorable o desfavorable asociado a varios factores y la relacionada con la medicina doméstica.

Sin embargo, los obstáculos, por los cuales las embarazadas no continúan con su control prenatal a pesar de haber iniciado éste, incluyendo las dimensiones de calidad, relacionadas a situaciones personales y de accesibilidad (E. Pineda, E Alvarado, F Canales, 1994) no es abordada explícitamente por los autores, por lo que esta investigación brindará la oportunidad de realizar un primer acercamiento en este sentido.

Es por ello que consideramos una buena oportunidad para investigar ¿cuáles son los obstáculos por los que la embarazada no continúa su control prenatal?, teniendo como respuesta anticipada tres dimensiones: calidad de la atención, causas personales y accesibilidad a los servicios de salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer los obstáculos por los cuales la embarazada no continúa su control prenatal, para proponer acciones específicas que fomenten la participación y continuidad de las mismas en su atención.

Objetivos Específicos

- Identificar los obstáculos que interfieren en la continuidad de la atención prenatal.
- Proponer estrategias que motiven la asistencia de las embarazadas al control prenatal.

METODOLOGÍA

Criterios generales de planificación del proyecto

Este estudio se realizó en el Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada, el cual cuenta con una población total 58,606 habitantes (ERO/JS.V/SESVER, 2005), 26,605 habitantes cuentan con seguridad social y 32,001 es considerada población abierta. Funciona con once núcleos básicos, siete núcleos básicos integrados para cinco zonas geográficamente definidas en el ámbito urbano que consta de 42 colonias en 19 AGEB, dos núcleos para atención a las familias beneficiadas del programa Oportunidades en el módulo Constituyentes, dos núcleos para los módulos ubicados en las localidades del Castillo y Chiltoyac.

Como se mencionó anteriormente, una vez revisados los tarjeteros de siete núcleos básicos, del total de embarazadas del turno matutino se obtuvieron para nuestro estudio 34, de las cuales se revisaron sus expedientes clínicos para corroborar su inasistencia a control prenatal, siendo entonces trece embarazadas las que no lo continuaron.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte cuantitativo de tipo transversal, en mujeres embarazadas que acudieron a su control prenatal y no lo continuaron del primero de septiembre del 2004 al treinta y uno de octubre del 2005.

Universo de estudio y población objetivo

El universo de estudio es de 138 embarazadas y la población objetivo es de trece embarazadas.

Criterios de inclusión y exclusión

Para considerar el criterio de inclusión , se tomó como base el número de consultas de atención prenatal definidas en la NOMSSA007 de atención al embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y, se ajustó a cuatro consultas como límite durante el período ya mencionado a todas las embarazadas que acudieron de una hasta cuatro consultas prenatales y no lo continuaron en el centro de salud “Sebastián Lerdo de Tejada” y como criterio de exclusión a las embarazadas que acudieron a más de cuatro consultas prenatales, de igual forma, no se considera como criterio de inclusión la edad y semanas de gestación de las embarazadas en el inicio de su control prenatal.

Procedimientos para la recolección de información, definición operacional de las variables, instrumentos utilizados y métodos para el control y calidad de los datos

Se llevó a cabo la revisión de tarjeteros de control de embarazo para identificar a las embarazadas que reunieran el criterio de inclusión, así como también, la revisión de los expedientes clínicos para verificar que si realmente no habían continuado su control, encontrando que de las 138, al corte, 125 lo habían continuado y trece no, considerando ésta la población de estudio.

Posteriormente se llevó a cabo la definición de variables, siendo la variable definida *obstáculo*, pues se buscaba identificar los motivos u obstáculos que impidieron a la embarazada continuar su control prenatal, ya que lo había iniciado. Esta variable se analizó en tres dimensiones: *calidad de la atención en la prestación del servicio de salud, causas personales y accesibilidad a los servicios de salud*.

Se definieron para cada dimensión expresiones conceptuales, cuatro para *calidad de la atención* como son: consulta diferida, tiempo de espera (prolongado u óptimo), comunicación entre paciente y médico (no se informa a la

embarazada sobre la importancia del control prenatal) y trato digno; dos para *causas personales* como son: motivos para abandonar el control prenatal y el no interés por la consulta y tres para *accesibilidad a los servicios de salud*, las cuales son: geográfica, económica y cultural. Dichas dimensiones son de escala nominal, en el anexo 1 se observa la variable y la forma en que quedó integrada.

Seguido de la definición de la variable, se diseñó un cuestionario que incluyó 34 *ítems,* con datos generales de identificación (ocho *ítems*) que se obtuvieron de los tarjeteros de control; incluye presentación sobre el motivo de la entrevista y autorización de participación por parte de la entrevistada, preguntas introductorias y preguntas orientadas *a la calidad de la atención (*doce *ítems) en relación con la consulta diferida* (tres *ítems*), tiempo de espera (dos *ítems*), comunicación entre paciente y médico (dos *ítems)* y trato digno (cinco *ítems).* También incluyó preguntas orientadas a *causas personales* (cuatro *ítems)* como son motivos para abandonar el control prenatal (tres *ítems)* y no hay interés por la consulta (un *ítems)* y preguntas para conocer la *accesibilidad a los servicios de salud* (diez *ítems*) con relación a accesibilidad geográfica (tres *ítems)*, económica (tres *ítems)* y cultural (cuatro *ítems).*

La validación y confiabilidad del instrumento está dada por los lineamientos de la calidad de atención avalados a nivel nacional, así como también, por la claridad del mismo (posterior a la realización de una prueba piloto con mujeres en control de embarazo en el centro de salud "Sebastián Lerdo de Tejada") y por las respuestas de las mujeres entrevistadas que nos otorgaron el objetivo buscado.

El levantamiento de información se llevó a cabo a través de una entrevista domiciliaria a las embarazadas que cubrieron los criterios de inclusión. Se realizaron trece visitas domiciliarias, en las colonias: Las Flores, Lomas de Casa Blanca, Laureles, Francisco Villa y 2 de abril.

Programas utilizados para la captura, el proceso y el análisis de los datos

Se creó una base de datos en el software Epi Info Versión 3.2 donde la información fue capturada y procesada, haciendo un análisis descriptivo de lo encontrado en las tres dimensiones.

Procedimientos que garantizaron aspectos éticos en la investigación

Se decidió que los nombres de las mujeres entrevistadas se mantuvieran en anonimato ya que ellas refirieron no querer ningún problema en el Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada al momento de volver a requerir de los servicios de éste.

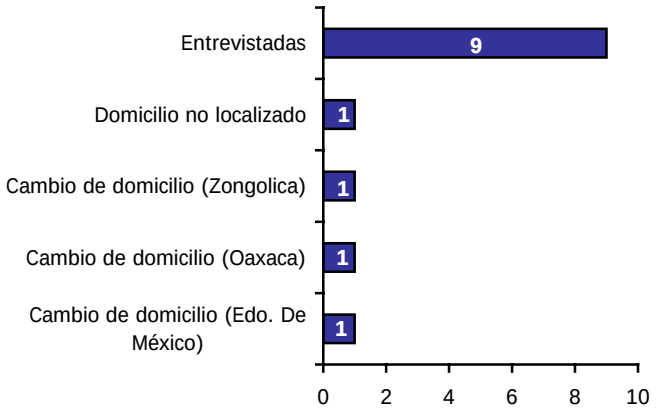
RESULTADOS

Descripción general

En relación a los obstáculos que se definieron para conocer los motivos por los cuales las embarazadas no continuaron con su control prenatal, se llevaron a cabo trece visitas domiciliarias para realizar una entrevista a las mujeres seleccionadas según criterio de inclusión, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

De las trece visitas domiciliarias que se realizaron, se entrevistaron a nueve mujeres, una no fue localizada en el domicilio que proporcionó y tres mujeres cambiaron de residencia, una en el interior del Estado (Zongolica) y dos fuera de él: una a Oaxaca y la otra al Estado de México.

Gráfico 1. Número de embarazadas que no continuaron con su control prenatal en el centro de salud "Sebastián Lerdo de Tejada", septiembre 2004 - octubre 2005



De acuerdo a las respuestas obtenidas de las nueve mujeres entrevistadas, se obtuvo que la edad promedio de las mujeres fue de 27 años, encontrándose la de menor edad de 17 años y la de mayor edad de 45 años.

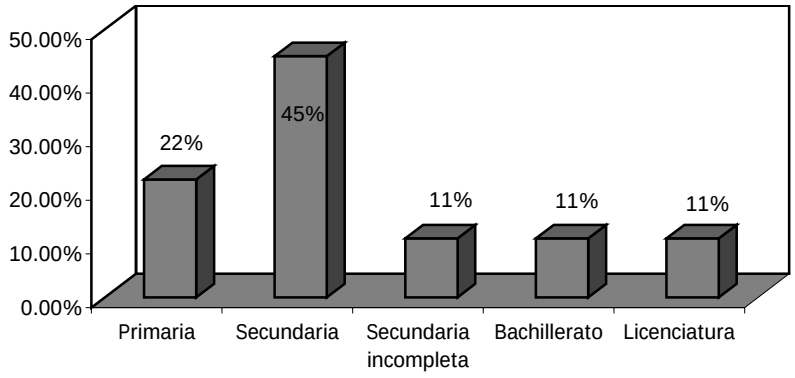
El estado civil de las nueve mujeres entrevistadas fue: cinco casadas, una soltera y tres en unión libre (Cuadro 2).

Cuadro 2. Número de embarazadas que no continuaron con su control prenatal en el Centro de Salud "Sebastián Lerdo de Tejada" según estado civil, septiembre 2004 - octubre 2005

Estado Civil	Número de embarazadas
Casada	5
Soltera	1
Unión Libre	3
Total	9

En el gráfico 2 se observa el nivel de estudio de las embarazadas entrevistadas, siendo el nivel de estudio más frecuente el de secundaria, ya que cuatro mujeres refirieron tener secundaria completa lo cual representa el 45 por ciento, dos mujeres primaria completa, es decir el 22 por ciento y las restantes una con secundaria incompleta, otra con bachillerato completo y la última con licenciatura terminada lo que representa el once por ciento respectivamente.

Gráfico2. Porcentaje de embarazadas que no continuaron su control prenatal en el Centro de Salud "Sebastián Lerdo de Tejada" según nivel de estudio, septiembre 2004 - octubre 2005



En el siguiente cuadro se observa que cuatro de las mujeres entrevistadas refirieron haber cursado con un embarazo, dos refirieron haber cursado con dos embarazos, dos más refirieron haber cursado cinco embarazos y una cursó con tres embarazos (Cuadro 3).

Cuadro 3. Frecuencia de embarazadas que no continuaron su control prenatal en el Centro de Salud "Sebastián Lerdo de Tejada" según número de embarazos cursados, septiembre 2004 - octubre 2005

Número de embarazos	Frecuencia de embarazadas
1	4
2	2
5	2
3	1
Total	9

En el cuadro 4 se representa la frecuencia de embarazadas que no continuaron su control prenatal en el Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada según el número de consultas a las que acudieron las mujeres entrevistadas, dos acudieron sólo a una consulta, otras dos acudieron a dos consultas, dos más acudieron a tres consultas y siete acudieron a cuatro consultas prenatales. El principal riesgo del abandono del control prenatal en cualquier etapa de las consultas es la no detección de enfermedades o complicaciones del embarazo que ocasionen una muerte materna.

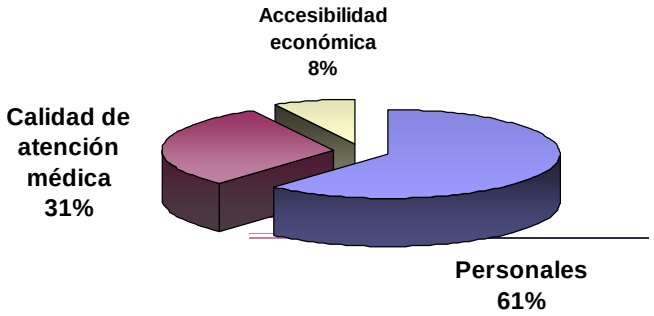
Cuadro 4. Frecuencia de embarazadas que no continuaron su control prenatal en el Centro de Salud "Sebastián Lerdo de Tejada" según número de consultas a las que acudieron, septiembre 2004 - octubre 2005

Número de consultas	Frecuencia de embarazadas
1	2
2	2
3	2
4	7
Total	13

Obstáculos para continuar el control prenatal en el Centro de Salud Sebastián Lerdo de Tejada

Los principales obstáculos por los que las embarazadas no acudieron a su control prenatal son: en primer lugar, para ocho mujeres, los obstáculos personales, es decir el 61 por ciento, para cuatro mujeres la calidad de atención médica representada con un 31 por ciento y finalmente para una mujer la accesibilidad a los servicios de salud siendo la *accesibilidad económica* la causa principal en este apartado, representada por un ocho por ciento (Gráfico 3).

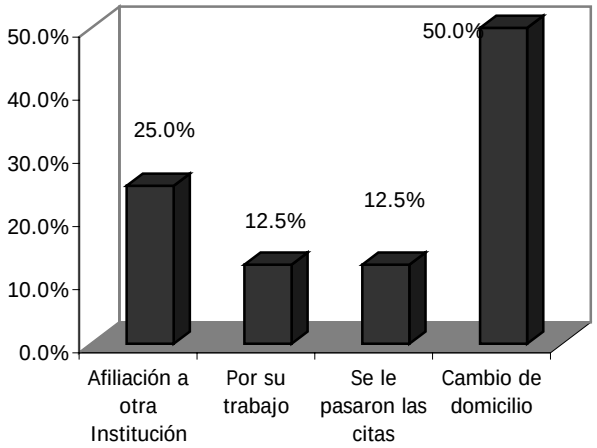
Gráfico 3. Porcentaje de las embarazadas que no continuaron su control prenatal en el centro de salud "Sebastián Lerdo de Tejada" según tipo de obstáculos, septiembre 2004 - octubre 2005



Obstáculos personales

Al analizar en forma más detallada los resultados de las ocho embarazadas que refirieron obstáculos personales, se encontró que el cambio de domicilio fue la causa más frecuente de abandono con un 50.0 por ciento, seguida de la afiliación a otra institución con un 25.0 por ciento, una se afilió al IMSS y otra al ISSSTE y finalmente el trabajo y falta de tiempo para acudir a control y el descuido y olvido de sus citas médicas con un 12.5 por ciento respectivamente (Gráfico 4).

Gráfico 4. Porcentaje de las embarazadas que no continuaron su control prenatal en el Centro de Salud "Sebastián Lerdo de Tejada" según obstáculos personales, septiembre 2004 - octubre 2005



Obstáculos de la calidad de atención médica

Los obstáculos de la calidad de atención médica que refirieron cuatro mujeres fue el tiempo de espera, el cual fue de más de 30 minutos, tiempo considerado como prolongado. Refiriendo estar insatisfechas por el tiempo que esperaron para entrar a consulta.

Refirieron haber recibido información en el centro de salud sobre la importancia del control prenatal y su embarazo, siendo dicha información clara para tres de ellas y confusa para otra. Tres refirieron que la consulta no les fue diferida, pero a una de ellas sí y no se llevó a cabo la reprogramación de la misma. Tres refirieron haber recibido maltrato por prestadores de servicio.

Obstáculos por accesibilidad a los servicios de salud

El obstáculo por accesibilidad a los servicios de salud referido por una de las mujeres entrevistadas fue la accesibilidad económica, ya que tenía que trasladarse al centro de salud en servicio urbano y no contaba con recursos económicos para solventar dicho gasto aunque el tiempo de traslado fuese de menos de 30 minutos, así como también, los gastos que genera la atención prenatal como estudios de laboratorio y estudios de imagenología entre otros y por tal motivo se vio en la necesidad de abandonar el control prenatal.

Obstáculos económicos para continuar el control prenatal

Aunque las entrevistadas principalmente referían otro tipo de obstáculo, se les preguntó también sobre la accesibilidad económica del control prenatal, contestando ocho mujeres que sí tuvieron gastos adicionales como compra de medicamentos y estudios de laboratorio y/o estudios de ultrasonido y una no tuvo gastos. De las ocho mujeres que refirieron tener gastos, seis de estas sí los pudieron cubrir y dos no (Cuadro 5).

Cuadro 5. Número de embarazadas que no continuaron su control prenatal en el Centro de Salud "Sebastián Lerdo de Tejada" según gastos adicionales que pudieron cubrir o no en su control prenatal, septiembre 2004 - octubre 2005

Gastos adicionales	Número de embarazadas
Pudo cubrir	6
No pudo cubrir	2
No tuvo gastos	1
Total	9

Por último, de las mujeres que abandonaron su control prenatal en el Centro de Salud "Sebastián Lerdo de Tejada", cinco continuaron su control prenatal en otra institución, tres no continuaron con él y una acudió a médico particular (Cuadro 6).

Cuadro 6. Número de embarazadas que no continuaron su control prenatal en el centro de salud "Sebastián Lerdo de Tejada" según el lugar donde lo continuaron posteriormente, septiembre 2004 – octubre 2005

Lugar donde continuó su control prenatal	Número de embarazadas
En otra institución	5
No llevaron control	3
Con médico particular	1
Total	9

Las Instituciones en las que continuaron su control prenatal las mujeres que lo abandonaron en el Centro de Salud "Sebastián Lerdo de Tejada" son: el CEMEV, el Hospital Escuela de Ginecología, el IMSS, el ISSSTE y una acudió a médico particular ya que tres de ellas no lo continuaron (Cuadro 7).

Cuadro 7. Número de embarazadas que no continuaron su control prenatal en el centro de salud "Sebastián Lerdo de Tejada" según instituciones a las que acudieron posteriormente, septiembre 2004 - octubre 2005

Instituciones	Número de embarazadas
Hospital de Ginecología	2
CEMEV	1
IMSS	1
ISSSTE	1
Médico particular	1
Total	6

DISCUSIÓN

A pesar de que el 25 por ciento de la muestra inicial (34) se redujo al diez por ciento (trece) en relación al número total de embarazadas en control (138) y tomando en cuenta que el 100 por ciento de embarazadas debe acudir a su control prenatal, la investigación realizada nos permite hacer los siguientes comentarios:

La definición del criterio de inclusión ajustado el número de consultas prenatales basados en la NOM-007–SSA-1994 para la atención parto y puerperio, es a conveniencia, con la finalidad de incorporar el mayor número de mujeres que interrumpieron su control prenatal en el centro de salud "Sebastián Lerdo de Tejada", las cuales sólo acudieron de una hasta cuatro consultas generando con esto un riesgo para la muerte materna.

Los resultados encontrados fueron el 61 por ciento obstáculos personales (ocho), el 31 por ciento por calidad de atención médica (cuatro) y el ocho por ciento por accesibilidad económica (uno).

Se encontró que la causa principal personal fue la *movilidad de la población*, la cual, es un obstáculo para que la embarazada termine su control prenatal en el centro de salud, siendo esto una característica que no contemplamos al momento de dimensionar la variable obstáculo. La causa principal por la calidad de atención fue el tiempo de espera prolongado y el trato recibido por los prestadores de servicio en el centro de salud. En relación a la accesibilidad económica, fue la falta de recursos económicos, para cubrir los gastos que genera la atención prenatal desde el traslado de su domicilio al centro de salud hasta gastos adicionales como estudios de laboratorio e imagenología. Sin embargo, en la revisión de los comentarios libres de las entrevistadas además de mencionar de primera intención que fue por causas personales, mencionan también, el trato brindado en el centro de salud por los prestadores del servicio, lo que es también un factor que disminuye la adhesión a la atención prenatal y se ratifica lo mencionado por M. Bronfman, en que la satisfacción de las usuarias del servicio de atención prenatal está relacionado con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que esperó para recibirla.

En este estudio se identificó a las causas personales como factor que influye en la utilización de los servicios de salud, como son: la movilidad de la población, la afiliación a instituciones de seguridad social así como a otras instituciones como CEMEV, Hospital Escuela de Ginecología; la asistencia a médico particular aunque esto les generara un gasto extra, la ocupación, la negligencia y el cambio de domicilio.

CONCLUSIÓN

En este estudio se encontraron dos obstáculos*, la movilidad* de la población (el cambio de residencia), es lo que hace que no continúen con su control prenatal, considerándolo un obstáculo, difícilmente modificable, el cual no es reportado como tal en la bibliografía consultada.

El otro en relación *con la calidad de la atención* en la que los prestadores de servicios en el centro de salud, influyeron con la interrupción del control prenatal. Sin embargo esta última causa, consideramos que sí es modificable y lograr que por esta causa no se dé la interrupción del control prenatal. Como lo menciona Bronfman en su estudio, características de los proveedores que influyen en la atención prenatal.

En relación a la movilidad de la embarazada, ya que es voluntario de parte de la embarazada, comentarlo con el médico que lleva su control, puede ser una situación que no lo considere importante la embarazada de informar al equipo de salud y como obstáculo, es difícil que sea modificable, lo que va a limitar el cumplimiento al 100 por ciento de la atención prenatal a embarazadas.

RECOMENDACIONES

Realizar evaluaciones de la satisfacción de sus pacientes en relación con la consulta prenatal recibida.
Sensibilizar permanentemente a las mujeres (embarazadas y no embarazadas) sobre la importancia del control prenatal.

Anotar en el expediente clínico de cada consulta prenatal proporcionada la posibilidad de cambio de domicilio.
Notificar en caso de cambio de domicilio al centro de salud de referencia para continuar con su control prenatal.
Realizar estudios de gabinete y laboratorio gratuitos para que éstos sean accesibles a la población en atención prenatal.

Promover mecanismos de red de apoyo social, adoptando una embarazada para facilitar, en caso de no contar con recursos económicos, el traslado de la embarazada al centro de salud o a su hospital de referencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valadez F. Cols (2003). Cuidados alternativos en la atención del embarazo en Jalisco. Cad. Saúde Pública vol. 19 no. 5. Septiembre-Octubre. Río de Janeiro.
2. Martínez-González L, Reyes-Fausto S, García-Peña MC (1996). Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública México; 38:341-351.
3. Bronfman-Pertzovsky MN (2003). López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, More-Altamirano A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Pública México; 45:445-454.
4. Avedís Donabedian (1991). La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. The University of Michigan, EUA. La Prensa Médica Mexicana, S. A. De C. V. página: 26.
5. NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. julio 1994.Secretaría de Salud. México.
6. Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de Calidad (Atención Comunitaria / Primer Nivel) Carpeta Institucional. Secretaria de Salud 2003. México.
7. E. Pineda, E.Alvarado, FCanales (1994) Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2° Edición, OPS Serie Paltex para ejecutores de programas de Salud No. 35 pp 99-107.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Alba (1998). Salud Pública y medicina preventiva. Manual moderno. 3ª Edición. México. Páginas: 96-98.

2. Avedís Donabedian (1991). La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. The University of Michigan, EUA. La prensa médica Mexicana, S. A. De C. V. Página: 26.

3. Bronfman-Pertzovsky MN (2003). López-Moreno S. Magis-Rodríguez C, More-Altamirano A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Pública México; 45:445-454.

4. Checa Susana (1996). Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. Rev. Hosp. Mat. Ramón Sardá, XV Nº 1.

5. Lozano Rafael, Bernardo Hernández y Ana Langer (1994). "Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México", en Elu, M.C. y A. Langer (eds) Maternidad sin riesgos en México. Páginas: 43-52.

6. L. Schultz-Wild. F. Muñoz López. (1975). El libro de la Madre y el Niño. Cuarta Edición. Editorial DANAE. Barcelona, España. Páginas: 74-76.

7. Martínez-González L, Reyes-Fausto S. García-Peña MC (1996). Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública México; 38:341-351.

8. Valadez F. y Cols (2002). Atención prenatal en Jalisco. Guadalajara, México. ISBN 970-27-0268-2.

9. Valadez F. Cols (2003). Cuidados alternativos en la atención del embarazo en Jalisco. Cad. Saúde Pública vol. 19 no. 5. Septiembre-Octubre. Río de Janeiro.

ANEXOS

Anexo 1. Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones (variables contenidas en la definición conceptual)	Definición conceptual	Definición operacional instrumento (preguntas)	Escala
Obstáculos	Son aquellas características sociales, físicas, biológicas, económicas y culturales que impiden a las usuarias acudir a los servicios de salud.	Calidad de atención en la prestación del servicio de salud	*Consulta diferida*, es cuando no se otorga consulta a la embarazada en el momento que lo solicita o incluso el día de su cita y se le cambia para otros días.	12, 13, 14	Nominal
			Tiempo de espera, son los minutos que tarda en atenderse la embarazada desde que se le asigna la consulta y el momento en que pasa al consultorio. Más de 30 minutos es tiempo de espera prolongado y menos de 30 minutos es tiempo de espera óptimo.	3, 6	Nominal
			Comunicación médico-paciente (no se informa a la embarazada sobre la importancia del control prenatal), no se le explica sobre los cambios y riesgos que sufre durante el embarazo.	8, 9	Nominal
			Trato digno, es el grado de satisfacción que manifiestan los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes), por el trato recibido en la unidad médica, expresado en porcentaje, con respecto al total de usuarios entrevistados.	4, 5, 7, 10, 11	Nominal
		Causas personales	*Motivos para abandonar el control prenatal:* son causas familiares, laborales, personales que propician el cambio en su atención.	15, 16, 17	Nominal
			No hay interés por la consulta, es decir, no aprovechar o utilizar el servicio de atención médica que otorga el centro de salud.	2	Nominal
		Accesibilidad a los servicios de salud	*Geográfica*, tiempo en minutos que tarda la embarazada en trasladarse de su domicilio al centro de salud y el medio habitual de transporte.	22, 23, 25	Nominal
			Económica, cantidad de dinero disponible para cubrir los gastos que genera la atención prenatal.	24, 26, 27	Nominal
			Cultural, educación para la salud, se refiere al desconocimiento sobre los servicios de atención que se otorgan en el centro de salud y la percepción de la problemática de salud que lleva la no atención prenatal.	18, 19, 20, 21	Nominal

RAZONES DE LA PACIENTE PARA LA ELECCIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN LA CLÍNICA-HOPITAL DEL ISSSTE EN XALAPA, VERACRUZ

Ma. de la Luz Díaz Zamudio, Nelson Rivera Vázquez y Nancy Villegas García

INTRODUCCIÓN

La atención del parto por cesárea ha alcanzado cifras que rebasan los indicadores establecidos para este procedimiento; problemática que se presenta no sólo en México, sino también en América Latina lo anterior nos motivó a realizar el presente trabajo de investigación en la Clínica Hospital del ISSSTE en la ciudad de Xalapa, Ver., ya que dicha institución presenta el índice más alto de partos por cesárea a nivel nacional.

Cabe mencionar que en este lugar ya habían realizado trabajos de investigación sobre el tema, pero abordando únicamente la visión médica, y lo que se pretendió con la presente investigación fue identificar como influye el conocimiento que la paciente tiene acerca del procedimiento y en base a esto decidir sobre la elección del parto por cesárea.

El trabajo consta de ocho capítulos, iniciando con las generalidades del procedimiento y descripción de la operación cesárea, incluyendo referencia de artículos sobre los partos por cesárea, sus ventajas y desventajas, además de la situación epidemiológica de la cesárea en México y en el estado de Veracruz.

En el siguiente apartado se encuentran el objetivo general y los específicos de este trabajo para continuar con la metodología donde se describe el tipo de estudio, el universo, los criterios de inclusión y exclusión, la selección de la muestra y el instrumento para la recolección de los datos, la captura y análisis de los mismos. En los últimos capítulos podremos encontrar los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas; en la discusión se compararon los resultados obtenidos con cuestiones teóricas. Las conclusiones y recomendaciones derivadas del presente trabajo se pueden consultar en los últimos dos capítulos del presente trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para atención de la mujer parto y puerperio y del recién nacido, se establece que el número total de partos por cesáreas en cualquier unidad médica no debe exceder al quince por ciento del total de partos atendidos; el indicador de la Cruzada Nacional por la Calidad establece un rango no mayor de un 30 por ciento, sin embargo en diversas investigaciones realizadas en Instituciones de Salud tanto de nuestro país como en América Latina se han observado cifras que rebasan los indicadores mencionados anteriormente; tal es la situación que presenta el ISSSTE en el Estado de Veracruz el cual tiene el más alto índice de partos por cesárea dentro de las instituciones a nivel nacional, ya que la delegación de Veracruz presenta el 70 por ciento de estos, dicha problemática se refleja a su vez en la Clínica Hospital de Xalapa, la cual presentó el 76.47 por ciento de partos atendidos por cesárea en el 1er. semestre del 2005. Con este proyecto se pretende informar a las autoridades sanitarias sobre la forma en que influye la paciente y sus condiciones en el proceso de elección de la operación cesárea, para de esta manera poder establecer estrategias de intervención enfocadas a la paciente para la disminución de los porcentajes de cesárea en la Clínica Hospital del ISSSTE de Xalapa, Veracruz.

Por los motivos anteriormente expresados el presente trabajo estará enfocado hacia la investigación de las "*razones de la paciente para la elección del parto por cesárea en la clínica hospital del ISSSTE en Xalapa, Veracruz.*"

MARCO TEÓRICO

Generalidades

Williams define a la cesárea como el parto del feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y la pared uterina (histerectomía). Como se puede ver en la definición anterior está incluida la extracción del feto de la cavidad abdominal, si se presenta el caso de rotura del útero o de embarazo abdominal. Existen diversos motivos para indicar la cesárea, pero los cuatro más frecuentes son: 1) procedimientos repetidos, 2) distocia o falta de progreso en el trabajo de parto, 3) presentación de nalgas y 4) distrés fetal (Williams, 1996).

En 1998 Beischer define la operaración cesárea como la técnica quirúrgica por medio de la cual se hace nacer al feto a través de una incisión en el útero (Beischer, 1998).

El manual de procedimientos de SESVER (2005) establece que la cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, por vía abdominal a través de la laparotomía e incisión de la pared uterina, a partir de las 27 semanas de gestación. En este se incluye también la clasificación de las cesáreas en relación a los antecedentes obstétricos de la paciente en: Primera: la que se realiza por primera vez; e Iterativa, cuando existen antecedentes de una o más cesáreas previas. Otra manera de clasificar las cesáreas es de acuerdo al tiempo de su realización: urgente que se refiere a la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa critica; y electiva que es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.

Papalia (1999) menciona que en 1914 el doctor británico Grantly Dick-Read, propuso la teoría del parto natural al afirmar que el miedo producía la mayor parte del dolor en el parto.

Además hace mención al parto por cesárea y refiere que entre las desventajas de este método se cuentan un mayor riesgo de infecciones que en los partos vaginales, permanencia más larga en el hospital y más tiempo de recuperación, gastos más elevados y las diversas secuelas propias de cualquier cirugía (Papalia, 1999).

En apariencia, el esfuerzo por nacer estimula la producción de grandes cantidades de hormonas llamadas catecolaminas. La abundancia de esta hormona facilita la respiración, moviliza los nutrientes para la alimentación celular y envía sangre al corazón y cerebro. Cuando existe una carencia de catecolaminas se presentan los problemas respiratorios que a menudo sufren los productos que nacen por cesárea pueden relacionarse con esta carencia de dichas hormonas, ya que ayudan a eliminar el líquido en los pulmones (Papalia, 1999).

El procedimiento de parto por cesárea debe ser indicado cuando el parto se retarde demasiado, el producto parece tener problemas o la madre presenta hemorragia vaginal, embarazo extrauterino, o cuando el tamaño de la cabeza le impide pasar a través de la pelvis de la madre. Otro factor muy importante que influye para elegir el método de parto es el apoyo e ideología social (Papalia, 1999).

La morbimortalidad materna y perinatal es típicamente mayor en caso de cesárea que en caso de parto vaginal, las razones han sido hasta ahora las complicaciones que condujeron a practicar la cesárea, así como debido al incremento de los riesgos inherentes a este tipo de parto (Williams, 1996).

Hasta ahora las amenazas principales para las mujeres sometidas a una cesárea han sido la anestesia, la infección grave y los episodios tromboembólicos (Williams, 1996).

La morbilidad materna es más frecuente e incrementa el riesgo de ser más grave después de la cesárea que del parto vaginal. Las causas más frecuentes de morbilidad por cesárea son la infección, hemorragia y lesiones de vías urinarias.

La frecuencia de parto con feto muerto y mortalidad neonatal dependerá del motivo subyacente de la cesárea y de la edad gestacional del bebé. Hay que subrayar que la cesárea no es una garantía contra la lesión fetal, ya que el feto puede ser lesionado durante la incisión del útero (Williams, 1996).

Epidemiología

Beischer (1998) menciona que hace 20 años, la tasa de operación cesárea en Estados Unidos era de un cinco a diez por ciento, pero en la actualidad en muchos hospitales la tasa se acerca al 20 por ciento incluso hasta más, lo cual se debe a que se están realizando más cirugías por cesárea previa (40 por ciento). Algunas mujeres que se sometieron a la operación cesárea repetida como también algunas que lo intentaron por vía vaginal lamentaron haber elegido el parto por cesárea, es obvio que tanto la educación, como los acuerdos que se tomen con la pareja influyen en la decisión. Como la operación cesárea encabeza la lista de indicaciones es indispensable que la primera cesárea se realice sólo cuando sea indispensable. Deben de rechazarse las tasas crecientes de operación cesárea a la luz de los riesgos para la madre y el hijo, es probable que el aumento en la incidencia en cesáreas se base en la mejoría de la calidad de supervivencia del recién nacido.

Hay grandes variaciones relacionadas principalmente con el tipo de práctica de cada hospital, por ejemplo si el hospital acepta muchos casos de urgencia provenientes de unidades más pequeñas. Indicaciones recurrentes (de estrechez pélvica) o no recurrentes (placenta previa), también se pueden establecer como indicaciones relativas y absolutas y la decisión de efectuar o no la cesárea depende del obstetra (Beischer, 1998).

Williams (1996) menciona que las cesáreas repetidas representan aproximadamente la tercera parte de todas las operaciones, mientras que la falta de progreso en el trabajo de parto es la indicación más frecuente para cesárea primaria en Estados Unidos. La razón de que la tasa de la operación se haya cuadruplicado durante los últimos 20 años no se comprende completamente, sin embargo existen explicaciones entre las cuales se incluyen:

1. Hay una paridad reducida y casi la mitad de las mujeres embarazadas son multíparas.
2. Las mujeres de más edad están teniendo hijos.
3. La vigilancia fetal electrónica se usa extensamente y hay pocas dudas de que se asocia con un aumento de la tasa de cesáreas en comparación con la auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal.
4. Presentación cefalopélvica.
5. Es de creencia general que el incremento de la tasa de cesáreas producirá como resultado una disminución de la mortalidad perinatal.
6. Pleitos por malpraxis. Un criterio ampliamente sostenido es que la cesárea prevendrá o hará disminuir el número de las demandas.
7. Los factores socioeconómicos.

El incremento en la frecuencia de las cesáreas es aparejado con una disminución absoluta de la tasa de mortalidad perinatal. Es posible que el incremento de la tasa de cesáreas haya contribuido a ello, sin embargo no debemos dejar de largo que hay otros muchos factores responsables, como son una mejor asistencia prenatal y los avances en la asistencia neonatal.

La tasa de partos por cesárea ha aumentado a un ritmo acelerado durante los últimos 20 años tanto en Estados Unidos como en otros países desarrollados. En Estados Unidos la tasa se incrementó del 4.5 por ciento en 1965 al 23 por ciento en 1985 y a casi el 25 por ciento en 1988.

La cesárea es en la actualidad una de las operaciones practicadas con mayor frecuencia en este país. En 1990 la operación se practicó 949,000 veces (Williams, 1996).

La operación cesárea en América Latina

Cobo (1998) en un estudio realizado en Colombia, refiere que las tasas de operación cesárea son exageradamente altas en dicho país. En el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Fundación Clínica Valle del Lili, se observan tasas muy altas, pero menores a las de las otras clínicas de Cali. Se analizaron 756 nacimientos, de ellos 250 corresponden a partos vaginales y 506 a cesáreas, para una tasa global de 66.9. Se compararon dos períodos diferentes de un año de duración (1994-1995 vs. 1996-1997). Observándose una pequeña reducción de dos por ciento en la tasa de cesárea de los médicos institucionales y quince por ciento de aumento de la misma tasa en los médicos adscritos. En ambos grupos se observó una disminución en los diagnósticos de distocia anteparto, que fue más notoria en el grupo de médicos institucionales. Asimismo bajaron las tasas de cesárea por cesárea previa.

Este artículo, comunica los resultados obtenidos en una institución de medicina privada, pretendiendo establecer la costumbre de someterlos a discusión pública, abierta y transparente y aportar algunas recomendaciones para modificarlos cuando, como en el caso de la cesárea, son inconvenientes y muy distintos a los informados en la literatura universal.

Belizán y col. (2000) afirma que la epidemia de cesárea en América Latina no es nueva y poco se hace para reducirla. Por un lado esto se debe a que la cesárea es ahora culturalmente aceptada como una manera normal de dar a luz.

A pesar de que las tasas más altas de cesárea están positivamente relacionadas con un ingreso y clase social más alta, las mujeres de bajos ingresos presentan un riesgo obstétrico mayor. Usando el límite de quince por ciento establecido arbitrariamente por la Organización Mundial de la Salud en 1985 calcularon un exceso de más de 850, 000 cesáreas por año en América Latina.

Esto representa un riesgo innecesario aumentado para las mujeres y sus niños. Desde la perspectiva económica, esto es una carga para los sistemas de salud que trabajan con presupuestos limitados. Por otro lado, las bajas proporciones de cesárea observadas en países como Haití, Guatemala, y Bolivia probablemente representen falta de cuidado médico apropiado más que un cuidado ideal en salud.

En México

Cárdenas (2002) enfatiza la necesidad de revisar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo los partos por cesárea, con el propósito de lograr que toda cesárea efectuada esté justificada médicamente. Ya que afirma que el continuo aumento en la práctica de cesárea en el país, la diversidad de complicaciones asociadas a esta práctica y algunas de las características sociodemográficas de las mujeres en mayor riesgo de ser sometidas a esta cirugía (escolaridad superior, atendidas en unidades médicas privadas) son variables que se están presentando con regularidad y deberían ser estudiadas a profundidad.

Alfaro (2002) realizó una investigación en el hospital general regional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en esta se estudiaron 222 mujeres gestantes con bajo riesgo. El objetivo de esta investigación fue determinar la oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo y la frecuencia de cesáreas. Se obtuvo información acerca de la atención prenatal y resolución del nacimiento, peso y condición del recién nacido, y de las características sociodemográficas de la madre. En cuanto al indicador cesárea los resultados obtenidos mostraron que aun cuando se trató de embarazos con bajo riesgo, se realizó cesárea a 12.6 por ciento de las madres con atención prenatal inicial oportuna (OR = 0.34, IC 95 por ciento = 0.16 a 0.63) y a 19.3 por ciento de las madres que tuvieron atención prenatal con continuidad (OR = 0.23, IC 95 por ciento = 0.07 a 0.70). Con lo anterior se llego a las conclusiones siguientes: las madres con consulta inicial oportuna y continuidad de la atención prenatal tuvieron mayor número de cesáreas. Con lo anterior se propone establece una vigilancia estrecha de la atención prenatal y la atención del parto a través de un comité de disminución de cesáreas.

Por otra parte, el número de cesáreas es casi el doble del señalado en la Norma Oficial para embarazos de riesgo normal en esta institución.

Posada y col. (2003) en el hospital general de zona 2 del IMSS en Cárdenas, Tabasco puso a prueba que la validez del indicador cesárea en relación al total de partos probablemente no sea un buen indicador del desenlace del embarazo en mujeres de área rural, ya que la muestra, de la que se obtiene no es representativa de las embarazadas en control prenatal.

Gómez (2004) menciona que el aumento de las cesáreas es un fenómeno mundial y en una investigación realizada en el Distrito Federal, Nuevo León y Tamaulipas en instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuatro y cinco de cada diez nacimientos, respectivamente, son quirúrgicas. Es decir que las cesáreas representan más de 70 por ciento de los partos.

También esta cifra está relacionada con la preferencia que por razones prácticas, de estatus o supuesta seguridad manifiestan sobre todo las mujeres de las clases media y alta por este procedimiento asociado además a la falta de información y a una pobre participación de las madres en las decisiones relacionadas con sus embarazos, quienes desconocen que con un parto quirúrgico se exponen a un riesgo mayor, expresándose en una tasa de mortalidad de los partos por cesárea 100 por ciento mayor que los nacimientos vaginales.

Gómez (2004) en otro estudio (referido en el texto anteriormente citado) realizado en el Hospital Civil de Guadalajara mostró que se pudo disminuir el porcentaje de cesáreas de 28 a trece por ciento en un lapso de cinco años. Las medidas adoptadas no sólo no tuvieron consecuencias negativas, sino que produjeron una disminución moderada de la mortalidad neonatal. En otros sitios se han obtenido resultados similares con la implantación de reglas tan simples como el requisito de una segunda opinión antes de realizar una cesárea, la definición precisa de las razones para llevarla a cabo y el monitoreo de los porcentajes individuales de partos quirúrgicos entre los obstetras de los hospitales.

El INSP (2004) considera que en el porcentaje nacional de partos en los últimos diez años el ritmo de crecimiento fue considerablemente mayor en la seguridad social y el sector privado. El porcentaje de cesáreas a escala nacional en 1999 fue ligeramente superior a 35 por ciento. Los valores más altos correspondieron al sector privado con 53 por ciento. Las instituciones de seguridad social presentaron un porcentaje de cesáreas de 38.2 por ciento. Las variables con valores de asociación más intensa con el porcentaje de cesáreas fueron el porcentaje de médicos que son especialistas en el estado y el producto interno bruto per cápita.

En Xalapa, Veracruz

Pavón y cols. (2002) realizaron un estudio en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana para determinar la frecuencia y las indicaciones más comunes de la operación cesárea y formular algunas recomendaciones al respecto. Se trato de un estudio retrospectivo en el que se revisaron un total de 1,080 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas durante el año de 1997, de las cuales a 402 se les practicó cesárea.

Los resultados de éste mostraron que la frecuencia de cesáreas fue de 36.7 por ciento, con relación al número de nacimientos. Las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4 por ciento), desproporción cefalopélvica (22.4 por ciento) y cesárea previa (15.2 por ciento).

Se concluyó que el estudio revela una frecuencia elevada si se toma como ideal el quince por ciento sugerido por la normatividad. Es necesario actualizar y uniformar los criterios técnicos para la práctica de la operación cesárea, manteniendo únicamente aquellos que constituyan un beneficio incontrovertible para el bienestar materno y perinatal.

Husslein y Wertaschneigg (2002) la mayoría de las mujeres actualmente ya no prefieren el parto normal por razones como el daño al periné durante el nacimiento y su respectiva disminución de la satisfacción sexual.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Caracterizar el proceso de la operación cesárea mediante la identificación de las razones de la paciente para la elección de la misma en la clínica hospital en Xalapa, Veracruz.

Objetivos específicos

- Identificar cuáles son las indicaciones más frecuentes para la operación cesárea en la clínica hospital del ISSSTE.
- Conocer el tipo de información que tiene la paciente acerca de la operación cesárea.
- Identificar si el conocimiento que tiene la paciente del parto por cesárea influye en la elección del mismo.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este fue un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y cabe mencionar que en este proceso no se manipuló ninguna variable.

Universo

Toda mujer derechohabiente del ISSSTE que se le haya practicado la operación cesárea en la clínica hospital del ISSSTE de Xalapa Ver. En el periodo comprendido del 17 de noviembre al 15 de diciembre del 2005.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Para este estudio se incluyó a toda mujer derechohabiente del ISSSTE Post operada de cesárea en la Clínica Hospital de Xalapa, Veracruz en el período comprendido entre el 17 de noviembre y 15 de diciembre de 2005.

Se excluyeron del mismo a todas aquellas mujeres que no cumplan con los criterios antes mencionados.

Marco Muestral

Listados de pacientes post-operadas de cesárea en el ISSSTE.

Diseño Muestral

Censo del total de pacientes post-operadas de cesárea del 17 de noviembre al 15 de diciembre de 2005.

Método de obtención de datos

Guía de observación aplicada al expediente clínico de la paciente.

Entrevista compuesta por 23 preguntas de las cuales seis son abiertas y 17 cerradas.

Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones de la variable	Definición operacional	Indicadores
Razones de la paciente.	Motivos que tiene la paciente para elegir o aceptar la operación cesárea	Familiares Económicas Laborales	Los datos se obtuvieron de una entrevista aplicada directamente a la paciente post operada en la cama que le asignaron en la clínica hospital. Esta entrevista constó de 23 preguntas, 4 abiertas y 19 cerradas.	Preguntas No. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9. Preguntas No. 10, 11, 12, 13, 14, 15. Preguntas No. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.
Tipo de cesárea.	Procedimiento del que depende la realización de la cesárea.			
Predilección por la cesárea.	Preferencia o desagrado de la paciente porque le realicen el procedimiento quirúrgico.			

Entrada y gestión informática de datos

Guía de observación que se elaboró en el programa Epi Info y se aplicó al expediente clínico de la paciente.
Entrevista capturada en el programa de Epi Info que fue aplicada a la paciente post operada de cesárea.

Estrategia de análisis

Los datos obtenidos de la guía de observación y de la entrevista se concentraron en la base de datos realizada previamente en Epi Info.

RESULTADOS

Población Estudiada

El total de partos atendidos por cesárea en la Clínica hospital del ISSSTE de Xalapa, Veracruz en el periodo del 17 de noviembre al 15 de diciembre de 2005 fue de 17 pacientes de las cuales sólo dos son foráneas, catorce pertenecen a la Cd. de Xalapa y una es de otro estado.

La edad promedio de las pacientes es de 32.1 años, la moda se encuentra en los 35 años, con una mediana que cae en los 34 años, una desviación estándar de 5.74.

En cuanto a la ocupación de las entrevistadas se obtuvo que el 41.2 por ciento de ellas trabajan en la docencia, seguidas por las amas de casa con un 29.4 por ciento, el 11.8 por ciento son empleadas, el 5.9 por ciento pertenece a Contador Público, al igual que enfermera y estudiante con 5.9 por ciento cada una como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Número de mujeres post operadas de cesárea según ocupación.
Clínica Hospital ISSSTE. Xalapa, Ver. Nov-Dic 2005

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	5	29.4 %
Contador público	1	5.9 %
Docente	7	41.2 %
Empleada	2	11.8 %
Enfermera	1	5.9 %
Estudiante	1	5.9 %
Total	17	100.0 %

En lo que respecta a su estado civil, se obtuvo que un 70.6 por ciento de ellas son casadas, 17.6 por ciento solteras y sólo un 11.8 por ciento viven en unión libre como se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Número de mujeres post operadas de cesárea según estado civil.
Clínica Hospital ISSSTE. Xalapa, Ver. Nov-Dic 2005

Estado Civil	Frecuencia	%
Casada	12	70.6 %
Soltera	3	17.6 %
Unión Libre	2	11.8 %
Total	17	100.0 %

En el 82.4 por ciento de los casos éste no fue su primer embarazo, y en el 17.6 por ciento de los casos éste sí fue su primer embarazo, esto lo podemos observar en el cuadro 3.

Cuadro 3. Número de mujeres post operadas de cesárea de acuerdo su primera gesta.
Clínica Hospital ISSSTE. Xalapa, Ver. Nov-Dic 2005

	Frecuencia	%
Sí	3	17.6 %
No	14	82.4 %
Total	17	100.0 %

Con relación a la tabla anterior, de quienes tuvieron partos anteriores el 57.1 por ciento fue parto por cesárea, (cabe hacer mención que no se reporto ninguna muerte neonatal en esos casos) Cuadro 4.

Cuadro 4. Número de mujeres post operadas de cesáreas con cesáreas previas. Clínica Hospital ISSSTE. Xalapa, Ver. Nov-Dic 2005

De éstos, ¿cuántos han sido por cesárea?	Frecuencia	%
1	3	21.4 %
2	8	57.1 %
3	3	21.4 %
Total	14	100.0 %

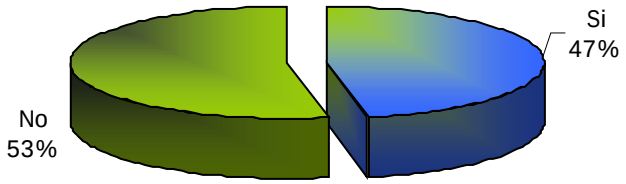
Por lo que respecta a la fecha de la última cesárea anterior a ésta se obtuvo que en todos los casos ya habían pasado más de dos años, lo cual indica que el motivo principal de la realización de esta operación no debió haber sido la cesárea previa como se muestra en el cuadro 5.

Cuadro 5. Intervalo de cesárea previa en las mujeres post operadas de cesáreas con según fecha de última cesárea. Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Ver. Nov-Dic 2005

Período de intercesáreas	Nº de pacientes	%
-1 años	2	15.3 %
1-2 años	4	30.8 %
3-5 años	3	23.1 %
Más de 5 años	4	30.8 %
Total	13	100.0 %

En el 53 por ciento de los casos la cesárea no fue programada con anticipación, y el 47 por ciento corresponde a que sí fue programada con anticipación, es decir, que no existe una diferencia visible entre si la cesárea es programada con anticipación o es de urgencia (Gráfico 1).

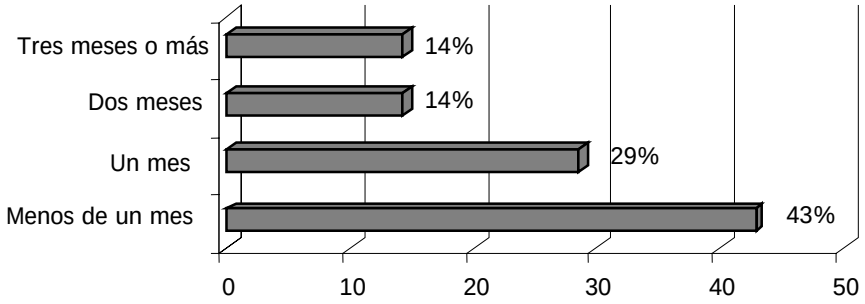
Gráfico 1. Porcentaje de mujeres post operadas de cesárea de acuerdo a la programación de su operación. Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Veracruz Noviembre- Diciembre 2005



Fuente: entrevistas realizada a pacientes post operadas de cesárea en la clínica hospital del ISSSTE en Xalapa, Veracruz, nov-dic. 2005

De las cesáreas que fueron programadas, por lo que respecta al tiempo de programación de la misma, en el 43 por ciento de los casos se programó con menos de un mes de anticipación, seguido por el 29 por ciento con un mes, y dos meses y tres meses o más con catorce por ciento cada uno (Gráfico 2).

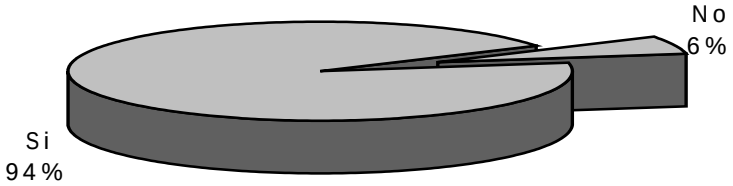
Gráfico 2. Porcentaje de cesáreas programadas de acuerdo al timpo de programación de las mismas. Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Ver. Nov- dic. 2005



Fuente: entrevistas realizada a pacientes post operadas de cesárea en la clínica hospital del ISSSTE en Xalapa, Veracruz, nov-dic. 2005

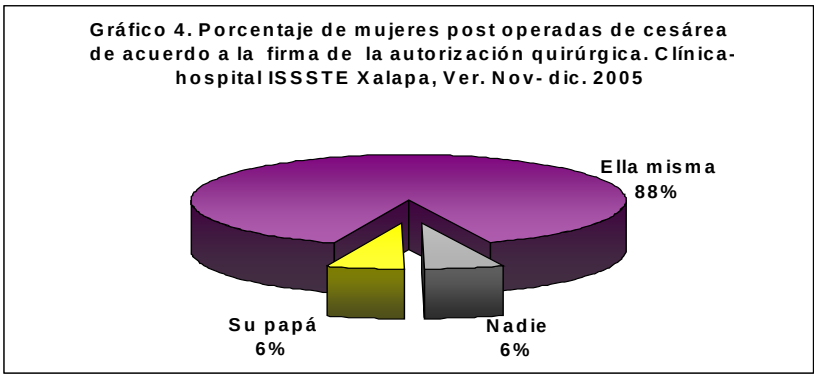
En cuanto al número de casos en los que se manejo la solicitud de autorización firmada para la realización de la cesárea se obtuvo que el 94 por ciento de los casos si tuvieron autorización firmada y sólo un seis por ciento de los casos no tuvo. Cabe mencionar que la persona que refirió no tener solicitud de autorización firmada fue una menor de edad (Gráfico 3).

Gráfico 3. Porcentaje de pacientes con solicitud de autorización firmada para la realización de la cesárea. Clínica Hospital ISSSTE. Xalapa, Ver. Nov. Dic. 2005



Fuente: entrevistas realizada a pacientes post operadas de cesárea en la clínica hospital del ISSSTE en Xalapa, Veracruz, nov-dic. 2005

En lo que respecta a quién firmó la hoja de autorización quirúrgica se obtuvo que la misma paciente es quien la firmó en el 88 por ciento de los casos, seguida por el padre de la paciente y nadie con seis por ciento respectivamente, siendo una vez más el caso de la menor de edad entrevistada el seis por ciento que refirió a que nadie firmo la hoja (Gráfico 4).



Fuente: entrevistas realizada a pacientes post operadas de cesárea en la clínica hospital del ISSSTE en Xalapa, Veracruz, nov-dic.200**5**

Las entrevistadas mencionaron los motivos de su operación, en el 100 por ciento de los casos se argumentó que fue indicación médica, es decir, la paciente no eligió de primera intención este tipo de parto, y en el cuadro 6 se muestran los motivos asentados en el expediente clínico de la paciente.

Cuadro 6. Número de expedientes clínicos de mujeres post operadas según motivos para la realización de la cesárea. Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Ver. Nov-Dic. 2005

Motivo para la realización de la cesárea	Frecuencia	%
Preeclampsia	4	23.50
Sufrimiento fetal agudo	2	11.80
Trabajo de parto prolongado	2	11.80
Cesárea previa	1	5.90
DCP	1	5.90
DCP y presentación pélvica	1	5.90
Embarazo prolongado	1	5.90
Placenta con inserción baja	1	5.90
Preeclampsia, oligohidramnios y placenta previa	1	5.90
Presentación pélvica	1	5.90
Ruptura prematura de membranas	1	5.90
Ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado	1	5.90
Total	17	100.00

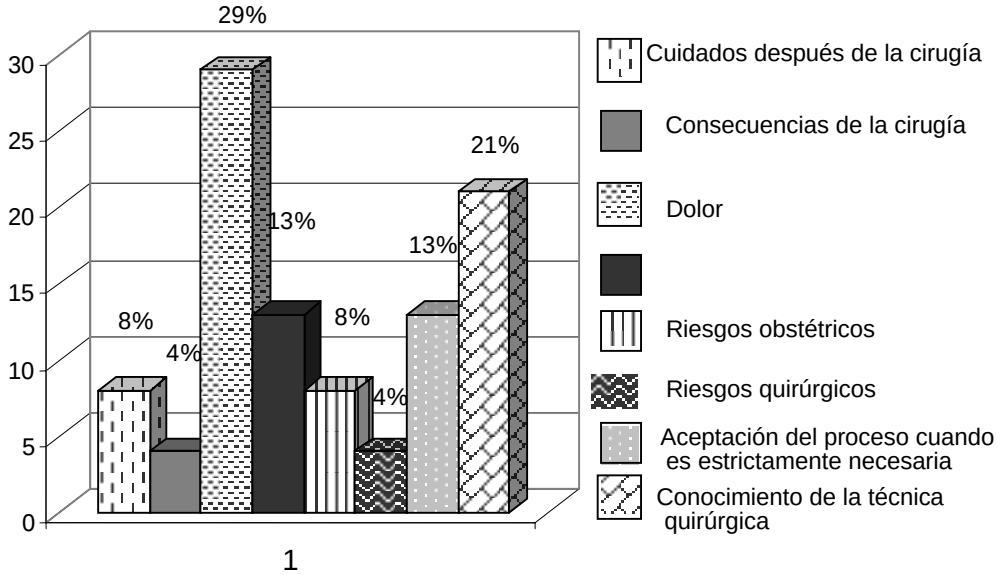
La pregunta referente al conocimiento previo que las pacientes tenían acerca de la operación cesárea arrojo las respuestas mostradas en el cuadro 7.

En el gráfico 5 se muestran las respuestas del cuadro 7 seleccionadas por grupo, quedando como el conocimiento más frecuente el ser un procedimiento doloroso con el 29 por ciento, seguido del conocimiento de la técnica quirúrgica con 21 por ciento; que hay una aceptación del proceso cuando es estrictamente necesario con un trece por ciento y los demás con ocho y cuatro por ciento cada uno.

Cuadro 7. Porcentaje de mujeres post operadas de cesárea de acuerdo al conocimiento previo que tenían del procedimiento cesárea. Clínica-hospital del ISSSTE de Xalapa, Ver. Noviembre - Diciembre 2005

Conocimiento previo sobre la operación cesárea	%
Ninguno	30
Que duele	15
Hay que tener mayores cuidados	15
Que te ponen anestesia y te hacen una abertura en el vientre, extraen al bebé, a veces hay dolor y contracciones	15
Es obstetra y conoce todos los riesgos obstétricos	5
Las consecuencias como que no te puedes mover, es dolorosa y que por diferentes causas de anormalidad te la practican, en mi caso porque mi bebé venía muy grande	5
Lo que explica el ginecólogo que era el nacimiento por medio de un corte el cual podía ser estético	5
Operación con incisión abdominal para extraer el producto por complicaciones	5
Raquia, bloqueos, como hacen la operación, que se realiza cuando es necesario	5

Gráfico 5. Porcentaje de mujeres post operadas de cesárea de acuerdo al conocimiento previo que tenían del procedimiento Clínica-hospital del ISSSTE de Xalapa, Ver. Noviembre – diciembre 2005



Fuente: entrevistas realizada a pacientes post operadas de cesárea en la clínica hospital del ISSSTE en Xalapa, Veracruz, nov-dic.2005

Por lo que respecta a las ventajas que las pacientes encuentran en el parto por cesárea se encontró que en un alto porcentaje las pacientes mencionaron que este tipo de parto disminuye riesgos fetales y riesgos maternos, además de que algunas consideran que este procedimiento les permite evitar el dolor del parto como se muestra en el cuadro 8.

Cuadro 8. Distribución porcentual de las ventajas referidas por las pacientes post operadas de cesárea. Clínica-hospital ISSSTE. Xalapa, Ver. nov- dic 2005

Ventajas de la operación cesárea	Nº de pacientes	%
Disminuir riesgos fetales	8	38
Disminuir riesgos maternos	8	33
Evitar el dolor de parto	3	13
Programar la cesárea de acuerdo a sus actividades	0	0
Aprovechar para la realización de la salpingoclacia	4	16
Total	24	100

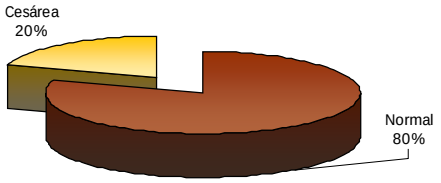
Entre las desventajas de este procedimiento encontraron a los cuidados y dolor post quirúrgicos como las principales desventajas, seguidas de un mayor tiempo de recuperación como se muestra en el cuadro 9.

Cuadro 9. Distribución porcentual de las desventajas referidas por las pacientes post operadas de cesárea. Clínica-hospital ISSSTE. Xalapa, Ver. Nov-Dic 2005

Desventajas sobre la operación cesárea	Nº de pacientes	%
Aumento de riesgo para la madre	4	8 %
Aumento de riesgos fetales	4	8 %
Cuidados post quirúrgicos	14	27 %
Dolor post quirúrgico	15	29 %
No disfrutar el parto	2	4 %
Tiempo de recuperación	12	24 %
Total	51	100 %

En cuanto a la preferencia por el tipo de parto, las pacientes eligieron el parto normal sobre la cesárea con una diferencia marcada, siendo el parto normal el de preferencia con un 80 por ciento como se muestra en el Gráfico 6.

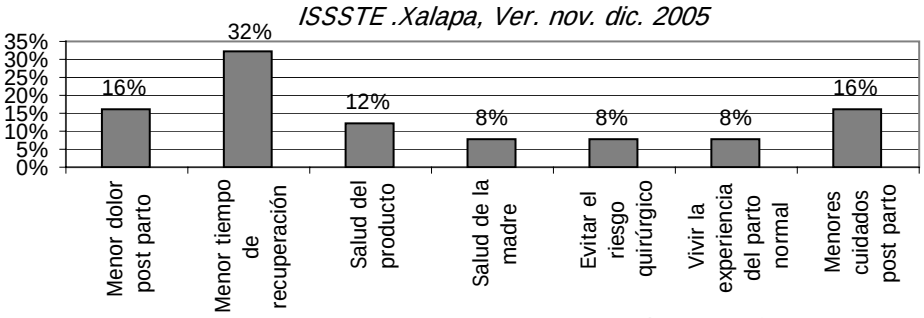
Gráfico 6. Porcentaje de mujeres post operadas de cesárea según elección de atención a partos subsecuentes. Clínica hospital del ISSSTE. Xalapa, Ver. Nov-Dic. 2005



Fuente: entrevistas realizada a pacientes post operadas de cesárea en la clínica hospital del ISSSTE en Xalapa, Veracruz, nov-dic.2005

Por lo que respecta a los motivos que tendrían las pacientes para elegir el parto normal sería más importante que el tiempo de recuperación es más rápido con un 32 por ciento, seguida de menor dolor y menor cuidado post parto con 16 por ciento cada uno, salud del producto ocupo el doce por ciento de total y la salud de la madre, evitar los riesgos quirúrgicos y vivir la experiencia del parto con ocho por ciento cada uno, como se muestra en el gráfico 7.

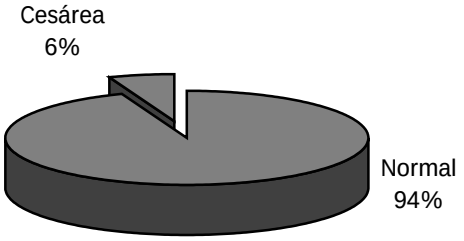
Gráfico 7. Distribución porcentual de pacientes post operadas de cesárea según motivo para elegir el parto normal. Clinica-hospital ISSSTE .Xalapa, Ver. nov. dic. 2005



Fuente: entrevistas realizada a pacientes post operadas de cesárea en la clínica hospital del ISSSTE en Xalapa,Veracruz, nov-dic. 2005.

En cuanto al tipo de parto que la paciente recomendaría existe una marcada tendencia a elegir el parto normal en el 90 por ciento de los casos y solo un diez por ciento lo recomendaría como se muestra en el gráfico 8.

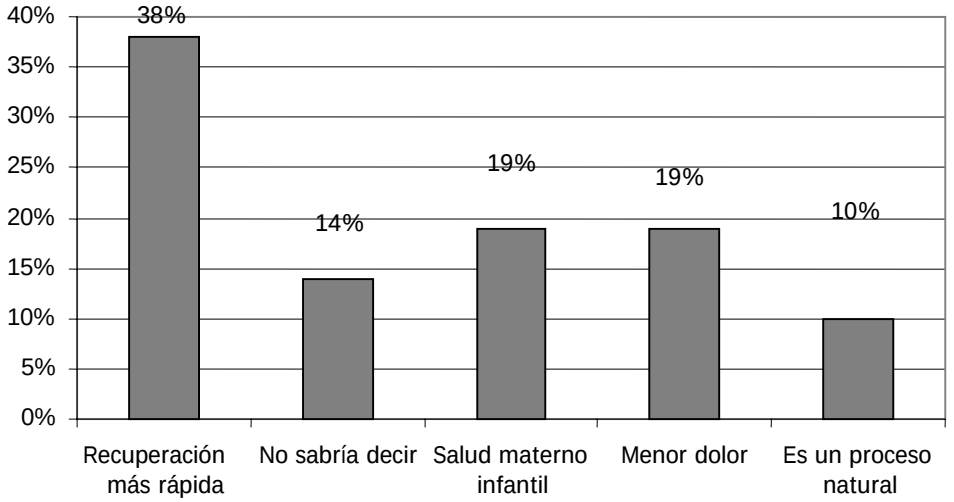
Gráfico 8. Porcentaje de mujeres post operadas de cesárea según el tipo de parto que recomendarían. Clínica-hospital del ISSSTE en Xalapa, Ver. Noviembre- Diciembre 2005



Fuente: Entrevistas realizadas a pacientes post operadas de la clínica hospital del ISSSTE de Xalapa, Ver. nov. dic. 2005.

Así que al preguntar los motivos que tendría la paciente para recomendar el parto que elegiría se encontró que lo recomendarían porque el tiempo de recuperación es más rápido que el de la cesárea con un 38 por ciento, en segundo término por salud materno-infantil y menor dolor en el proceso con 19 por ciento cada uno, además de que el diez por ciento considera que el parto normal es un proceso natural, por último el catorce por ciento no supo por qué motivos lo recomendaría, como se muestra en el gráfico 9.

Gráfico 9. Porcentaje de mujeres post operadas de cesárea de acuerdo a los motivos para recomendar el parto normal. hospital ISSSTE Xalapa, Ver. Noviembre-diciembre.



Fuente: Entrevistas realizadas a pacientes post operadas de la clínica hospital del ISSSTE de Xalapa, Ver. Nov. Dic. 2005

DISCUSIÓN

Husslein P., y Wertaschnigg D., en 2002 argumentan que muchas mujeres ya no prefieren el parto vaginal debido a razones como el daño al periné durante el nacimiento, la debilidad sexual por lesiones en la vagina, que el parto por esta vía continúa exponiendo al producto a ciertos riesgos, etc; sugiriendo los autores que se les deba permitir decidir a las pacientes que tipo de procedimiento prefieren si el parto vaginal o la operación cesárea.

Por el contrario, el presente trabajo, del cual no se había realizado hasta el momento ninguno parecido en nuestro país -esto en base a una búsqueda de los últimos diez años en bases de datos como Medline o Imbiomed- muestra que la mayoría de las pacientes prefieren el parto vaginal por sobre la operación cesárea, dando motivos como un menor tiempo de recuperación, menor dolor, etc., y que ellas eligen la operación cesárea sólo por indicación médica.

Además de que hubo un conocimiento previo de las pacientes post operadas de cesárea sobre este procedimiento, ya que un alto índice de ellas tenía una o más cesáreas previas, lo cual nos permite afirmar que la paciente considera que la operación cesárea es un procedimiento necesario sólo por cuestiones de salud tanto para ella como para su producto y no por razones económicas, laborales o de otra índole personal.

De tal manera que la decisión de elegir el parto por cesárea es totalmente decisión del médico tratante y la explicación que el médico da de la indicación de la operación influye de manera decisiva en la elección que la mujer tiene del procedimiento.

Estos resultados confirman lo que Beischer en 1998 argumentó que la decisión de efectuar o no la cesárea depende sólo del obstetra.

CONCLUSIÓN

Las pacientes no fueron quienes eligieron el procedimiento de la operación cesárea, sino que fue indicación médica, ya sea por motivos como preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto prolongado, entre otros.

En el mejor de los casos las razones que la paciente tendría para elegir el parto por cesárea serían para evitar riesgos fetales y maternos.

El parto que elegiría la paciente en la mayoría de los casos (en caso de poder elegir) sería el normal y una pequeña proporción elegirían el parto por cesárea esto se refleja en que las pacientes entrevistadas consideran que la operación cesárea tiene más desventajas (como son el dolor y cuidados post-quirúrgicos); que ventajas como son la disminución de riesgos maternos o fetales

Es necesario hacer más investigaciones que retomen la perspectiva de la paciente con respecto al procedimiento ya que generalmente no son tomadas en cuenta para la elección del mismo.

La edad promedio de estas mujeres fue de 32 años, y el 82.4 por ciento del total de pacientes tiene por lo menos una cesárea previa de las cuales cinco casos ya tenían más de tres años de haberse realizado el proceso. Lo que indica que en el caso de la población encuestada la cesárea previa no fue motivo de esta cesárea en esta ocasión, salvo uno de los casos, el cual de primera instancia no tenía razón de ser ya que la cesárea previa fue hace más de seis años.

Existe una proporción uno a uno en cuanto al tipo de cesárea es decir, que no hay un alto índice de cesárea programada.

Los resultados presentados anteriormente nos muestran que la paciente tiene conocimiento general del procedimiento, sin embargo no refirieron conocer nada acerca de los riesgos que implicaría para el producto el parto por cesárea.

RECOMENDACIONES

Sería conveniente hacer otros estudios en cuanto a este tópico en nuestro país, pero siempre retomando la perspectiva de la paciente. Además de abarcar otras variables como si las que tenían o no su cesárea programada asistían a control prenatal en la institución o en servicio particular y ver en que casos se dio la programación de la cesárea. Hacer otra investigación con una población de estudio más amplia, para tener una mayor significancia estadística

Por lo que respecta a la edad, sería conveniente hacer un estudio comparativo entre las población de mujeres post operadas de cesárea con la población de mujeres que tuvieron parto normal para identificar si existe una relación directa con la edad y el aumento de riesgo durante el parto, además de identificar si incidencia de cesárea puede verse elevada en relación con la edad de la mujer en rangos de 35 años y más.

Sería conveniente informar más ampliamente a las mujeres acerca de las ventajas y desventajas de la cesárea tanto para ella como para el producto.

Pero sobre todo tomar en cuenta la opinión de la paciente para la elección del procedimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams Obstetricia. Cunningham, Macdonald, Gant, Leveno, Giltep, México 1996, Cuarta Edición, Editorial Masson. Pp: 579-598.
2. Beischer, N. Obstetricia y Neonatología. Mc Graw Hill. 3 ed. México, 1998.
3. Papalia D. E. Wendkos Olds S. Desarrollo Humano. Mc Graw Hill. 6° ed. México, 1999. pp 81-89.
4. Alfaro Alfaro, N. Alvarado Maldonado R. “Oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de riesgo bajo y frecuencia de cesáreas” . Rev. Médica IMSS. México 2002; 40)5=: 415-419.
5. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. “Tasa de cesáreas e implicancia en América Latina” Boletín de Salud Perinatal 2000; 18: 1-44. Salud Perinatal. CLAP, OPS, abril, 2000.
6. Cárdenas R. “Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado” Gac Med Mex 2002; 138 (4): 357-366.
7. Gómez-Dantés O. El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas) ENSAYO Salud Publica Mex 2004; 46:71-74.
8. Salud pública de México. “Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados”. Vol.46, no.4, julio-agosto de 2004.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
10. Pavón León Patricia, Gogeascoechea Trejo Ma. Del Carmen, Ramírez Muro, Miguel, Landa Ortiz Víctor. “Frecuencia e Indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana” Rev Méd UV 2002; 2(2): 13-18.
11. Cobo C. Edgard. “Tasas de cesárea en la fundación Clínica Valle del Lili Colombia” Med 1998; 29(2-3) : 53-61
12. Posada y Cols. “Operación cesárea, estudio de causas y tendencia en un hospital de segundo nivel”. Rev. Med. IMSS; 2004 (3) ,199-204. México, 2004.
13. Husslein P., Wertaschneigg D. (2002). Elective cesarean section--delivery mode of the future or social misconception? Therapeutische Umschau, Revue therapeutique. Dec; 59(12):660-6.

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIA AGUDA

Francisco Javier Auñón Segura, Evangelina Montes Villaseñor y Charbel Elizabeth Rosas López

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas de salud por los que aún atraviesan los países en vías de desarrollo es la elevada mortalidad y morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA).

Las Infecciones Respiratorias Agudas son un complejo conjunto de afecciones clínicas con diferente etiología y gravedad, comprometiendo una o más partes del aparato respiratorio, tiene una duración menor de catorce días y representa uno de los principales problemas de salud entre los niños menores de cinco años.

Con respecto al Centro de Salud urbano Emiliano Zapata en donde se realizaron las prácticas de campo, se descubrió al revisar los índices de morbilidad y mortalidad para hacer la priorización de daños que la infección respiratoria aguda es la primera causa de consulta en menores de cinco años con 1,012 casos registrados en el 2004, la sexta causa de mortalidad a nivel municipal con una tasa de 27.9 por cada 100,000 niños menores de cinco años y la tercera causa de mortalidad en el Estado con 1,813 casos reportados para el mismo año; ahora, los resultados obtenidos del diagnóstico de salud realizado en la unidad "Emiliano Zapata" en diciembre del 2005 identificamos que de los 117 niños menores de cinco años registrados en nuestra pirámide poblacional 49 de ellos estaban cursando por una Infección Respiratoria Aguda lo cual representa el 42 por ciento del total para ese grupo de edad. Debido a esta situación y estando conscientes de que la madre y los conocimientos que ella tenga con respecto al manejo de Infecciones respiratorias juegan un papel fundamental en la salud del niño, surge la preocupación de saber si la madre del menor estando capacitada o no, reconoce los signos de alerta para éste tipo de infecciones, ya que durante el tiempo que se acudió a dicho centro se observó a través de datos del Sistema de Información de Salud (SIS) y el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) que la mayor parte de motivos de consulta de primera vez y subsecuentes son de niños que han cursado con episodios de infecciones respiratorias agudas y que siguen reincidiendo en el cuadro clínico del mismo menor; por lo cual, surgió la necesidad de evaluar y comparar el conocimiento que tiene la madre del menor capacitada y no capacitada sobre el manejo de esta enfermedad identificando así signos de alarma que le permitan acudir oportunamente a la unidad médica y llevar un adecuado tratamiento y manejo del padecimiento para lograr finalmente el estado de salud optima del niño.

JUSTIFICACIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas son la principal causa de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años. El peligro de muerte por infección respiratoria aguda es alto en el primer año de vida, principalmente en países en vías de desarrollo. La muerte ocurre en alrededor del 50 al 60 por ciento de estos niños, siendo el 20 al 25 por ciento en menores de dos meses descendiendo levemente después del segundo año (Coello R.P, 2001).

En la actualidad las infecciones respiratorias agudas siguen siendo un problema de salud pública que afecta principalmente a niños. Alrededor de doce millones de menores de cinco años mueren anualmente en el mundo por enfermedades susceptibles de prevención, incluyendo la infección respiratoria aguda. Esta enfermedad en los niños es en su mayoría de naturaleza infecciosa, pero autolimitada y su principal complicación es la Neumonía. En nuestro país, las infecciones respiratorias y la enfermedad diarreica aguda (EDA) ocupan las principales causas de morbilidad y mortalidad. En el 2002, las infecciones respiratorias agudas tuvieron una tasa de mortalidad de 43.7 por cada 100, 000 menores de cinco años, por ello se consideró prioritario la disminución de éstas, a través de la promoción y capacitación a las madres para detectar signos y síntomas de alarma, por otro lado, se sabe que un nivel socioeconómico bajo propicia un ambiente desfavorable, debido a viviendas inadecuadas, malos hábitos dietéticos y

hacinamiento los cuales son factores que influyen de manera importante en la morbilidad por infección respiratoria aguda (Olarte J, 2002).

En el año 2001, se reportó que del total de defunciones de niños menores de cinco años, por infecciones respiratorias agudas, el 63 por ciento de las muertes ocurrieron en el hogar o durante el traslado a la Unidad de Salud y que además, el 83 por ciento de los casos habían recibido atención Médica previa pública o privada (Cornelio G.R. 2000).

Durante el 2003, se registraron en Veracruz 3,225 muertes por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, de las cuales el 70 por ciento ocurrió en el hogar y después de haber recibido atención médica. Aún cuando existe una tendencia a la disminución de la morbilidad y mortalidad por IRA en los últimos años, éstas siguen siendo uno de los principales motivos de consulta médica.

Se estima que los niños de nuestro país, presentan un promedio de dos episodios de Infección Respiratoria Aguda al año, afectando significativamente su salud, incluyendo crecimiento y desarrollo, que puede sin la oportuna atención llegar a ser mortal.

La educación para la salud es parte integral del Programa de Atención al Niño con IRA y la capacitación de las madres es fundamental, ya que, como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de las muertes ocurren en el hogar o durante el traslado del menor.

Desafortunadamente, la capacitación a madres parece ser insuficiente y representa una debilidad del programa, según el Manual de la Atención a la Salud del Niño de la Secretaría de Salud. Por lo anterior, es necesario realizar estudios que permitan evaluar el nivel de conocimientos de las madres de niños menores de cinco años, respecto al manejo de la Infección Respiratoria Aguda y sus complicaciones. Así como asegurarse que las madres tengan los suficientes conocimientos, particularmente cuando sus hijos presentaron signos de alarma desde la primera consulta. Debido a que el manejo de casos de Infecciones Respiratorias Agudas es la base fundamental para disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa en menores de cinco años y que la participación de la madre es indispensable, resulta necesario no sólo evaluar los conocimientos, sino también compararlos con aquellas madres que no han recibido capacitación alguna sobre el manejo de esta enfermedad de tal manera que como resultados de este estudio, se puedan elaborar propuestas para mejorar la calidad de la educación para la salud del Programa de Atención del Niño con IRA e introducir modificaciones que faciliten la capacitación y la adquisición de conocimientos suficientes para las madres tanto capacitadas como no capacitadas (De la Fuente J, 2003).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Argumentación teórica

El Programa de Infecciones Respiratorias Agudas se establece a nivel internacional formalmente en 1982, con el fin de apoyar a los países del tercer mundo en la lucha contra esta enfermedad que aqueja a la población infantil manejando cuatro componentes principales: Servicios de Salud, investigación, promoción e información. Se puso en práctica en muchos países y se extendió a través de los servicios de atención primaria a la salud para dar soluciones sencillas y prácticas de este grave problema (Díaz, R. 1992).

En nuestro país se formuló el Programa de Infecciones Respiratorias Agudas, el cual se extendió a la totalidad del territorio nacional en 1989, continuando con este esfuerzo, se implementa dicho programa a partir de la cumbre mundial a favor de la infancia, teniendo como sede la ciudad de Nueva York en 1990 y fijando como metas principales las siguientes:

- Mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños.

- Salvar la vida a decenas de niños.
- Prestar más atención, cuidado y apoyo a los niños y niñas con capacidades diferentes, a otros niños y niñas en circunstancias especialmente difíciles.
- Las niñas deben recibir el mismo trato y las mismas oportunidades desde que nacen (ONU,1990).

Posteriormente en 1995 se realizó el primer esfuerzo de integración de programas prioritarios dando lugar a la prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, más tarde en 1997 se creó el Programa de Atención a la Salud del niño, integrado los programas de prevención y control de enfermedades que más frecuentemente afectan a la población menor de cinco años de edad entre los cuales se consideraron los componentes de vacunación universal, prevención y control de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas, así como el de nutrición.

Los logros obtenidos gracias a la implementación de estos programas, se ven reflejados principalmente en la ligera reducción de la mortalidad general en el grupo de edad antes mencionado y específicamente en el empeño que ha puesto el personal de salud para disminuir las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas; es por todo esto, que se sigue capacitando al personal de salud para ir mejorando la calidad de la atención de esas causas mediante el establecimiento de la consulta completa y la atención integrada; estos logros se deben fundamentar también en la capacitación que se ha dado a las madres o responsables del cuidado de los menores de cinco años sobre la identificación de signos de alarma de la infección respiratoria aguda, que permitan solicitar la atención médica antes de que se presenten posteriores complicaciones como la neumonía.

Fue entonces que a partir de diciembre del año 2000, la Secretaría de Salud amplía el ámbito de este programa, a fin de integrar la prestación de servicios de acciones básicas al grupo poblacional hasta los nueve años de edad (PNS, 2001-2006).

Es importante mencionar que, a pesar de los esfuerzos que se han hecho por disminuir esta gran problemática, en los reportes estadísticos del año 2002 la infección respiratoria aguda baja llega a ocupar el segundo lugar de mortalidad a nivel nacional con 2,369 defunciones en niños menores de cinco años por neumonía e influenza y en el 2003 las cifras siguen incrementándose teniendo como mortalidad 3,140 defunciones por infecciones respiratorias bajas (neumonía e influenza) y un total de 230 defunciones de niños menores de cinco años de infecciones de vías de respiratorias altas.

Con respecto al Estado de Veracruz las infecciones de vías respiratorias bajas ocupan la tercera causa de mortalidad con 1813 defunciones en niños menores de cinco años (INEGI, CONAPO, SSA. 2004).

Estas cifras preocupantes dieron lugar a la mejora continua de los actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de Prevención y Control de Enfermedades que con mayor frecuencia pueden afectarnos, es por esto que el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación han considerado normar diversos aspectos en relación con la salud del niño entre los que destacan la prevención y control de infecciones respiratorias agudas, en los niños menores de cinco años.

La Norma Oficial Mexicana 031 del menor de cinco años establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud en todas las unidades que proporcionan atención a los niños residentes de la República Mexicana entre las cuales se destacan: la aplicación de vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente se registran en el esquema de vacunación universal; la prevención, tratamiento y control de las enfermedades respiratorias agudas y por último la de las enfermedades diarreicas.

Para efectos de esta norma y de este estudio es necesario mencionar que se entiende por:

Infección aguda de las vías respiratorias: a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afectan al aparato respiratorio durante un periodo menor de quince días.

Infección respiratoria aguda de las vías respiratorias inferiores: a la enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio, de las cuerdas vocales hacia abajo, durante un periodo menor de quince días.

Infección respiratoria aguda de las vías respiratorias superiores: a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio, por arriba de las cuerdas vocales.

Muy a pesar de todo lo que se ha hecho en pro de la salud del niño a nivel Nacional y Estatal, los resultados que han arrojado las autopsias verbales aplicadas a todo el país no son muy favorecedores ya que revelan que los niños fallecen con frecuencia porque, el personal de salud y las madres no identifican con oportunidad la gravedad o las complicaciones de una infección respiratoria aguda. Ello, a pesar de que las madres al igual que el personal de salud se capacitan para mejorar la atención y el cuidado de los niños con infecciones respiratorias agudas, tanto en el hogar como en las unidades médicas (NOM-017-SSA2-1994) (NOM-031-SSA-2-1999).

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE –10 las Infecciones Respiratorias Agudas se clasifican por criterios de agrupación y por causa, de la siguiente manera:

Tabla 1. Clasificación Internacional de Enfermedades 10º edición, 2003

CIE 10 revisión	Diagnósticos específicos
J00	Rinofaringitis agudas.
J01	Sinusitis aguda.
J02.8	Faringitis aguda debida a otros microorganismos especificados.
J03.8	Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados.
J03.9	Amigdalitis aguda, no especificada.
J04	Laringitis aguda.
J04.1	Traqueitis aguda.
J04.2	Laringotraqueitis aguda.
J05	Laringitis obstructiva aguda y epiglotitis.
J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados.
J20	Bronquitis aguda.
J21	Bronquiolitis aguda.
H65.0	Otitis media aguda serosa.
H65.1	Otra otitis media aguda, no supurativa.
J12	Neumonía viral, no clasificada en otra parte.
J13	Neumonía debida a *Streptococcus pneumoniae.*
J14	Neumonía debida a *Haemophilus influenzae.*
J15	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte.
J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte.
J17	Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte.
J18	Neumonía organismo no especificado.
J02	Faringitis estreptocócica.
J03	Amigdalitis estreptocócica.

Argumentación Empírica

En Brasil, junto con las causas perinatales y diarreicas las infecciones respiratorias agudas en especial las neumonías constituyen unas de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años. No hay diferencias en cuanto a la frecuencia en los diversos niveles socioeconómicos, las infecciones respiratorias tienden a ser más graves y prolongadas en las clases menos favorecidas socioeconómicamente, probablemente en razón de las malas condiciones de nutrición y de vida. Debido a esta preocupación se realizó una investigación acerca de la incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas en un Centro de Salud-Escuela llamado "Profesor Samuel B. Pessoa" en San Paolo Brasil; esta investigación fue de forma prospectiva tomando como muestra a 399 niños de cero a doce años que fueron atendidos en dicho centro en un periodo del 4 de abril al 6 de junio de 1995. La incidencia observada fue del 40 por ciento, sin que se observase una incidencia estadísticamente mayor entre los lactantes como se propone habitualmente en la literatura, lo que reafirma la necesidad de un programa orientado a las enfermedades respiratorias de la infancia, con un seguimiento continuo de la morbilidad e intervenciones que se traduzcan por una disminución de la mortalidad infantil por estas causas (Da Silva Gomes M, 1995).

Siguiendo la misma problemática y en vista de que las IRA son un problema de salud pública importante en nuestro país, se han realizado diversas investigaciones en varios lugares de la República Mexicana como éste que se enfoca en la Etnografía de esta patología en una zona rural del altiplano mexicano cuyo objetivo fue identificar los términos utilizados por las madres para referirse a enfermedades, signos y síntomas relacionados con IRA, así como los signos de alarma que las motivan a buscar atención médica y describir prácticas comunes del manejo de la enfermedad en el hogar.

Se trató de un estudio etnográfico en seis comunidades rurales del altiplano mexicano, se entrevistaron a doce informantes clave, a seis madres de niños fallecidos por Infección Respiratoria Aguda y a 24 madres de niños menores de cinco años, con diversas técnicas etnográficas para complementar la información obtenida. La mayoría de las madres reconoció enfermedades leves y en menor proporción, graves. Ante un caso grave de insuficiencia respiratoria aguda, la opción más frecuentemente elegida, fue acudir a la clínica del proyecto; en segundo lugar al médico particular de la cabecera municipal y al hospital de la Secretaría de Salud en la jurisdicción. Este tipo de investigaciones pueden resultar útiles para mejorar, tanto la comunicación como el conocimiento que deben tener las madres ante estos casos (Martínez S, 1997).

Existe otro estudio en México el cual trata de la evaluación de la calidad de la atención integrada del menor de cinco años, que se ofrece en los centros de capacitación (AIMCA) otorgada en dos unidades de primer nivel que, sin recursos adicionales, fueron seleccionadas por el programa de atención a la salud del niño de la Secretaría de Salud en México, para funcionar como Centros Estatales de Capacitación. La evaluación se hizo mediante una lista de cotejo, validada por consensos de expertos y prueba piloto. El estudio incluyó a los menores de cinco años que por cualquier motivo asistieron a estos dos centros de capacitación durante la semana en la que se realizó la evaluación, las cédulas se aplicaron a las madres de los niños al salir de la consulta y se completaron con la revisión de documentos clínicos. Los resultados demostraron que las deficiencias más relevantes fueron las relacionadas con la capacitación de la madre, la evaluación permitió corregir las deficiencias en la AIMCA y otras relacionadas con la organización de los Centros de Capacitación (Gutiérrez, 2001).

Contexto de la investigación

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Urbano perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Número V con sede en la ciudad de Xalapa y ubicado en la calle: Ramón Caracas Lara sin número Colonia Emiliano Zapata, Xalapa, Ver.

Este Centro de Salud brinda atención a una población aproximada de 30,810 habitantes a través de ocho núcleos básicos (cuatro para el turno matutino y cuatro para el turno vespertino) y atiende a 26 colonias, las cuales son:

Núcleo 1: Mártires de Chicago, Santa Rosa, Margaritas, Tulipanes, con una población de *3,185.*
Núcleo 2: Zapata Norte, Ejido Zapata, Las Lajas de Pacho, Buena Vista, con una población de *3,130.*
Núcleo 3: Benito Juárez, con una población de *4,035.*
Núcleo 4: Carrillo Puerto, Caminos, Isleta, Centro, Tabachin, con una población de *2,580.*
Núcleo 5: Reforma, Francisco I. Madero, con una población de *5,828.*
Núcleo 6: Libertad, Arenales, El Haya, Venustiano Carranza, con una población de *2,289.*
Núcleo 7: Zapata Sur, con una población de: *3,648.*
Núcleo 8: Santa Bárbara, Rancho Pastoresa, Jardín Ánimas, Vista Hermosa y Esmeralda con una población de *4,586.*

Formulación del problema

Las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de cinco años siempre ha sido motivo de preocupación para la Salud Pública, desde hace varias décadas se ha trabajado por disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad infantil impulsando acciones de salud como el control de enfermedades respiratorias, inmunizaciones entre otras.

El trabajo de todas las personas comprometidas con la niñez ha logrado disminuir el número de muertes causadas por enfermedades respiratorias agudas, pero esto no ha sido suficiente ya que a pesar de los avances a nivel de salud las infecciones respiratorias agudas siguen ocupando el primer lugar de mortalidad en esta población a nivel mundial (OMS, 2000).

La problemática alrededor de las infecciones respiratorias es bastante compleja, ya que, su alta incidencia, rápida evolución y gran desconocimiento de signos y síntomas que indican gravedad dificultan en gran medida su control.

Con respecto al Estado de Veracruz específicamente en la Ciudad de Xalapa los datos estadísticos reportados en el último año en la jurisdicción sanitaria No. 5 y en el Centro de Salud urbano Emiliano Zapata donde se realizaron las prácticas de campo, indicaron que la Infección Respiratoria Aguda es la primera causa de morbilidad en menores de 5 años con 1,012 casos registrados en el 2004 y la tercera causa de mortalidad en el Estado con 1,813 casos reportados para el mismo año; debido a ésta situación se procedió a recabar y analizar información que permitió evaluar el conocimiento que tiene la madre sobre el manejo de infecciones respiratorias en el menor de cinco años del Centro de Salud Emiliano Zapata, ya que, durante el tiempo que se acudió a dicho centro se observó a través de datos del Sistema de Información de Salud y el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, que la mayor parte de motivos de consulta de primera vez y subsecuentes son de niños que han cursado con episodios de infecciones respiratorias agudas y que siguen reincidiendo en el cuadro clínico del mismo menor; por lo cual, surgió la necesidad de evaluar y comparar el conocimiento que tiene la madre del menor capacitada y no capacitada sobre el manejo de esta enfermedad, identificando así signos de alarma que le permitan acudir oportunamente a la unidad médica y llevar un adecuado tratamiento y manejo del padecimiento para lograr finalmente el estado de salud optimo del niño.

Es por todo esto que se llegó a formular la siguiente pregunta:

¿Es suficiente el conocimiento que tiene la madre del menor de cinco años capacitada y no capacitada en el manejo de Infección Respiratoria Aguda?

Respuesta tentativa

Las madres no tienen un conocimiento adecuado sobre el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar y comparar el conocimiento que tiene la madre del menor de cinco años capacitada y no capacitada en el manejo de Infección Respiratoria Aguda.

Objetivos específicos

- Evaluar y comparar el conocimiento que tienen las madres de los menores de cinco años capacitadas y no sobre lo que es pulmonía o neumonía.
- Evaluar y comparar si las madres de los menores de cinco años capacitadas y no identifican los signos y síntomas de inicio de una Infección Respiratoria Aguda.
- Evaluar y comparar la identificación de signos y síntomas de agravamiento de una infección respiratoria aguda por parte de las madres de los menores de cinco años capacitadas y no capacitadas.
- Evaluar y comparar si las madres de los menores de cinco años capacitadas y no identifican las medidas preventivas cuando un niño tiene tos y catarro.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se evaluó y comparó el conocimiento que tiene la madre sobre el manejo de infección respiratoria aguda en el menor de cinco años.

Según el periodo y secuencia de la investigación el estudio es transversal, ya que se, hizo un corte en el tiempo, es decir, se abordó a las madres de los menores de cinco años que acudieron a consulta al Centro de Salud Emiliano Zapata a partir del 15 de noviembre al 15 de diciembre del 2005.

Para efecto de este estudio se tuvieron a dos grupos comparativos: el primero fueron las madres de los menores de cinco años que llegaron a consulta de primera vez por infección respiratoria aguda (madres no capacitadas); y el segundo grupo que fueron las madres de los menores de cinco años reincidentes por la misma enfermedad (madres capacitadas) se evaluó el grado de conocimiento que tienen las madres de los dos diferentes grupos sobre el manejo de infección respiratoria aguda.

Por último, ya que solo fue el interés de medir, evaluar y comparar el conocimiento que tiene la madre del menor de cinco años sobre el manejo de infección respiratoria aguda, no fue de interés tratar de modificar a voluntad la variable del fenómeno estudiado.

Población objetivo

Es constituido por dos diferentes grupos: madres de menores de cinco años con Infección Respiratoria Aguda que acuden a consulta de primera vez (madres no capacitadas) y madres de niños reincidentes (madres capacitadas) los cuales se estudiaron durante el periodo que abarca del 15 de noviembre al 15 de diciembre del 2005. De acuerdo a los fines de la investigación fueron seleccionados los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Madres de menores de cinco años que acudieron a consulta de primera vez por IRA.

- Madres de menores de cinco años con niños reincidentes por la misma causa.

Criterios de exclusión

- Cuidadores a cargo del menor.
- Madres con niños mayores de cinco años.
- Madres que no vivieran dentro del área de influencia del Centro de Salud.
- Madres que no quisieron participar en el llenado del instrumento.

Diseño estadístico

Universo

338 madres de menores de cinco años que acudieron a consulta con su hijo por motivo de Infección Respiratoria Aguda durante el período de noviembre - diciembre 2005.

Elementos de muestreo

Madres de menores de cinco años que acudieron con su hijo a consulta por Infección respiratoria aguda.

Unidad de muestreo

Madre del menor de cinco años con consulta de primera vez por Infección Respiratoria Aguda.
Madre del menor de cinco años reincidente por o con Infección Respiratoria Aguda.

Marco muestral

Hoja diaria de consulta.

Tipo de muestreo

Aleatorio sistemático.

Selección de la muestra

En promedio en dos meses, asistieron a consulta al Centro de Salud Emiliano Zapata 338 usuarias dentro del rango de interés; con base a esto, con una precisión de 95 por ciento y con un grado de error del cinco por ciento, se seleccionó el tamaño de la muestra mediante el programa estadístico Epidat; lo que permitió obtener el tamaño muestral, el cual correspondió a 180 madres de menores de cinco años.

Variables e indicadores

El conocimiento es reconocido como la variable principal del estudio; en una primera etapa fue considerada como una variable cuantitativa, debido a que pudo ser medida en términos numéricos; es decir, se le asignó una calificación dependiendo de cada caso.

Para los fines que se persiguieron, la variable del conocimiento fue entendida como el conjunto de información que las madres tienen acerca del manejo de Infecciones Respiratorias Agudas en el menor de cinco años.

El término conocimiento no constituyó en sí mismo, un hecho observable, ya que, no se puede ver, palpar, ni gustar. Por lo tanto, se recurrió a una serie de preguntas cuyas respuestas sirvieron como hechos observables, es decir, como indicadores del conocimiento.

Ya en una segunda etapa el conocimiento que tuvieron las madres acerca del manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas en el menor de cinco años del área de influencia del Centro de Salud Emiliano Zapata fue clasificado en cuatro dimensiones importantes y significativas para alcanzar el objetivo de este estudio y fueron determinados de acuerdo a la siguiente escala:

Tabla 2. Tipo, escala y medición de las variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de Medición	Calificación
CONOCIMIENTO	Es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información ganada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori). El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo.	Conocimiento general	De intervalo	Numérica	El conocimiento se evaluó en base a dos criterios: 7-10 aciertos = conocimiento suficiente 0-7 aciertos = conocimiento insuficiente
		Conocimiento y tratamiento de la enfermedad	De intervalo	Numérica	De la misma forma se evaluaron las siguientes dimensiones de: 3-4 aciertos = conocimiento suficiente 0-2 aciertos = conocimiento insuficiente.
		Conocimiento sobre signos de inicio la enfermedad	De intervalo	Numérica	8-12 aciertos = conocimiento suficiente. 0-7 aciertos = conocimiento insuficiente.
		Conocimiento sobre síntomas de agravamiento	De intervalo	Numérica	6-9 aciertos = conocimiento suficiente. 0-5 aciertos = conocimiento insuficiente.
		Conocimiento sobre medidas preventivas	De intervalo	Numérica	Por último para evaluar el conocimiento sobre medidas preventivas se consideró que: De 5-8 aciertos = conocimiento suficiente. De 0-4 = conocimiento insuficiente.

Instrumento de recolección de datos

- Se tomó como base el cuestionario de capacitación a madres en el manejo de infección respiratoria aguda de acuerdo al programa del menor de cinco años manejado por la Secretaría de Salud a nivel nacional.
- La forma de evaluación fue diferente.
- Fue analizado y revisado al interior ISP y directivo Centro de Salud.
- Se acordó que sí medía el fenómeno a estudiar.
- Acreditación para su validación (prueba piloto) a 25 madres de menores de cinco años que hayan acudido con su hijo a consulta por Infección Respiratoria Aguda.
- Cuestionario diez preguntas.

Procedimiento para recolectar información

- Se revisó la hoja diaria que maneja el médico para obtener los nombres y el número de madres de menores de cinco años que acudieron a consulta por IRA.
- Se captó a las madres de los menores de cinco años a través de la consulta.
- Se aplicó un cuestionario constituido por diez preguntas con opciones de respuestas múltiples a las madres de los menores de cinco años de consulta de primera vez y subsecuentes por la misma enfermedad para evaluar el conocimiento que tienen sobre el manejo de infecciones respiratorias agudas.

Por cada respuesta positiva, se registró un valor de uno, por cada respuesta negativa se le asignó un valor de 0. El puntaje final para cada cuestionario en materia de conocimiento pudo observarse sumando las respuestas positivas del total de preguntas, teniendo como resultado final que las mujeres que obtengan una calificación de ocho a diez se les considera con conocimiento suficiente; las mujeres que tengan una calificación de cero a siete, se les considera con conocimiento insuficiente.

De la misma forma se tomaron en cuenta ciertos aspectos para evaluar el conocimiento que tienen las madres en relación a la identificación y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas, signos de inicio de la enfermedad, sintomatología de agravamiento, y medidas preventivas, dichas dimensiones derivadas de nuestra variable principal "conocimiento" fueron evaluadas a través de las siguientes preguntas contenidas en el instrumento de recolección de datos.

Mediante las respuestas de las preguntas: 1.1, 1.4, 1.5 y 1.7 fue posible obtener información acerca del conocimiento que tienen las madres para reconocer las enfermedades respiratorias agudas y su tratamiento; de las respuestas de las preguntas 1.2, 1.3 y 1.3.1 se obtuvo el conocimiento que tiene la población en estudio para reconocer signos de inicio de la enfermedad, posteriormente de la respuesta de la pregunta 1.6 se obtuvo la información en relación al conocimiento que las usuarias tienen sobre los síntomas de agravamiento, y por ultimo de la respuesta de la pregunta 1.8 se evaluó el conocimiento acerca de las medidas preventivas para Infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años.

Cabe mencionar que este cuestionario fue analizado al interior del Instituto de Salud Pública (ISP), y con las autoridades del Centro de Salud Emiliano Zapata, por dos expertos acreditados para tal fin, uno del ISP, y uno del Centro de Salud. Dichos expertos sugirieron cambios y adecuaciones, posterior a lo cual coincidieron en que el cuestionario medía el fenómeno sobre el que se investigaba por lo que quedó acreditado para su validación a través de una prueba piloto.

La prueba piloto se realizó en 25 madres de menores de cinco años que acudieron a la consulta con el menor por IRA. Posterior a esta prueba se realizó la validación del instrumento siendo necesario adecuar dos preguntas dejando un cuestionario de diez preguntas en total con opciones de respuesta múltiple.

Procedimiento para analizar la información

Se construyó en el programa Epi Info la base de datos, en el cual se realizó la captura de los cuestionarios; previa codificación específica y manual de cada cuestionario por tres personas, para dar una mayor confiabilidad a los datos capturados.

El número de variables permitió obtener la información de todos los datos del cuestionario en la forma más conveniente para su análisis, acorde a los objetivos de esta investigación, incluso para detectar las necesidades de capacitación a las madres, así como obtener cualquier tipo de información posible para seguimiento posterior de este trabajo.

El análisis de los resultados y las pruebas estadísticas se realizaron mediante el paquete estadístico Epi Info.

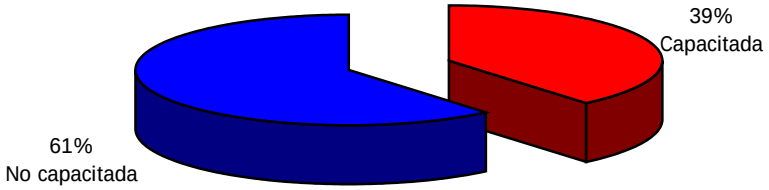
Dentro de las pruebas estadísticas se manejaron las siguientes:

- Se realizaron tres pruebas estadísticas para saber si hubieron diferencias significativas entre las madres capacitadas y las que no recibieron capacitación. Las pruebas utilizadas fueron: el estadístico de Kruskall-Wallis, la mediana y la moda.

RESULTADOS

Dentro de la población estudiada; se entrevistaron a 180 madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud Emiliano Zapata, de las cuales 70 fueron capacitadas con un 39 por ciento y 110 no capacitadas dando un 61 por ciento. (Gráfica 1).

Gráfico 1: Porcentaje de madres capacitadas y no capacitadas que acuden al Centro de Salud Emiliano Zapata, Diciembre 2005



En el cuadro 3 se presentan los resultados estadísticos de las calificaciones obtenidas por las madres de ambos grupos. Se resalta que tanto en la calificación general como por tema, la mediana de las madres capacitadas fue mayor que la de las no capacitadas. En la calificación general la mediana de las capacitadas fue de cinco y de las no capacitadas fue de tres, la calificación más frecuente del primer grupo fue de cinco y la del segundo de dos. En el tema en donde presentan un conocimiento mayor es en el reconocimiento de la enfermedad, es decir reconocen que la pulmonía es una enfermedad que ataca a los pulmones, sin embargo en las madres capacitadas este conocimiento es mayor, ya que la mediana fue de ocho, el 25 por ciento tiene una calificación igual diez, siendo esta la más frecuente en este grupo; en la madres no capacitadas la mediana fue de cinco, el 25 por ciento tiene una calificación mayor a ocho y su calificación más frecuente es de tres.

En la identificación de signos y síntomas la mediana de las madres capacitadas fue de cinco y la de las no capacitadas fue de tres, en el primer grupo la calificación más frecuente fue de cinco y en el segundo fue de tres. El tema en que hubo un mayor desconocimiento en ambos grupos fue en el de Identificación de signos y síntomas de agravamiento ya que en el grupo de madres capacitadas la mediana fue de tres, el 75 por ciento tiene una calificación menor de cuatro y su calificación más frecuente es de tres; en el grupo de madres no capacitadas la mediana fue de dos, el 75 por ciento tiene una calificación menor de tres y al igual que en el primer grupo la calificación más frecuente es de tres. En el tema de Medidas Preventivas, el grupo de madres capacitadas la mediana fue de cuatro y en el de no capacitadas fue de tres, la calificación más frecuente tanto para el primero como para el segundo grupo fue de tres.

Cuadro 3. Resultados estadísticos descriptivos de las calificaciones obtenidas por las madres capacitadas o no por tema

TEMAS	RECIBIERON CAPACITACIÓN							
	SI				NO			
	P_{25}	Mediana	P_{75}	Moda	P_{25}	Mediana	P_{75}	Moda
General	3	5	6	5	2	3	4	2
Reconocimiento de la enfermedad	3	8	10	10	3	5	8	3
Identificación de signos y síntomas de la enfermedad	3	5	6	5	3	3	5	3
Identificación de signos y síntomas de agravamiento	2	3	4	3	1	2	3	3
Medidas preventivas	3	4	6	3	3	3	4	3

Al realizar la prueba no paramétrica de Mann Whitney se encontró que existen diferencias significativas entre las madres capacitadas y las no capacitadas en la calificación general y por tema. Sin embargo es importante resaltar que aunque las madres capacitadas presentan un conocimiento mayor tanto en la calificación general como por tema, fue en el tema de reconocimiento de la enfermedad en donde según nuestra escala este conocimiento es suficiente (Cuadro 4).

Cuadro 4. Resultados de las pruebas no paramétrica de Mann-Whitney por tema

Tema	Mann-Whitney	Valor de P
General	23.2552	0.0000
Reconocimiento acerca de la enfermedad	6.7919	0.0092
Identificación de signos y síntomas de la enfermedad	16.9845	0.0000
Identificación de signos y síntomas de agravamiento	21.8886	0.0000
Medidas preventivas	7.9397	0.0048

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, 2005.

De acuerdo a las dimensiones del conocimiento sobre la enfermedad , las madres donde más hubo desconocimiento de los signos y síntomas fue en tiraje, secreción de oído, puntos blancos alrededor de la garganta, le ronca o le silva el pecho y respiración rápida tal y como se observa en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Signos y síntomas en los que hubo mayor desconocimiento entre las madres de menores de cinco años

Signos y síntomas	Madres capacitadas n_1= 70	Madres capacitadas n_1=110
Tiraje	56	102
Secreción de oído	50	96
Puntos blancos alrededor de la garganta	61	98
Ronca o le silva el pecho	46	84
Respiración rápida	24	66

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, 2005.

Las madres tuvieron un mayor desconocimiento acerca de los signos de agravamiento fue en el rechazo de los alimentos, si le dan convulsiones, continuando si le ronca o le silba el pecho, dificultad para despertar, se pone frió tiene fiebre y tiraje tal y como se observa en el Cuadro 6.

Cuadro 6. Signos y síntomas de agravamiento en los que hubo mayor desconocimiento entre las madres de menores de cinco años

Signos y síntomas	Madres capacitadas n_1= 70	Madres capacitadas n_1=110
Tiraje	49	98
Rechazo de alimentos	94	94
Le ronca o le silva el pecho	46	84
Se pone frío o tiene fiebre	38	85
Dificultad para despertar	58	95
Le dan convulciones	59	98
Mal estado general	38	86

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, 2005.

En medidas preventivas ambos grupos de madres observamos que su deficiencia fue en ablactación siguiendo por exposición de humos, alimentación materna a los 4 meses, y proporcionar líquidos tal y como se observa en el siguiente Cuadro 7.

Cuadro 7. Medidas preventivas donde hay mayor desconocimiento entre las madres de menores de cinco años

Medidas preventivas	Madres capacitadas n_1= 70	Madres capacitadas n_1=110
Alimentación materna 4 meses	42	91
Ablactación	60	107
Proporcionar líquidos	40	61
No exponerse a humos contaminantes	48	92

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, 2005.

DISCUSIÓN

La población estudiada representa 53.2 por ciento del total de las madres que acuden a consulta a la Unidad de Salud Emiliano Zapata, considerándola una población heterogénea, debido a que, un grupo tiene un conocimiento adquirido y el otro no lo tiene al confrontar esta investigación con la de otros países como Da Silva (1995) en Brasil y otras investigaciones en nuestro país como es la de Gutiérrez (1997) y Martínez (2002); se puede observar que la situación es muy similar, se encuentran muchas coincidencias en las carencias del conocimiento de la enfermedad en casi todas las madres estudiadas.

En lo que a la evaluación y comparación del conocimiento de ambos grupos de madres se refiere, se valoró que es un estudio donde se observa que hay un alto número de madres no capacitadas y con conocimiento insuficiente en relación al total de madres que acuden a la consulta con el menor de cinco años, esto repercute sin lugar a dudas en la prevención oportuna de la enfermedad, así como también hace que el menor reincida en la misma patología y básicamente lo que se encontró es por falta del conocimiento que ellas tienen de la enfermedad.

Se descubrió que el grado de conocimientos y prácticas que las madres ejercen en el menor de cinco años; puede ser el producto de las acciones de promoción y prevención desarrolladas por ellas, pero también responde a la información recibida de otras personas y a las creencias y tradiciones impuestas por la cultura. Se considera necesario realizar una mayor capacitación a través del Centro de Salud, utilizando métodos y medios sugeridos por las madres, por las deficiencias encontradas en ellas para el manejo adecuado de la IRA.
Cabe recalcar que en los resultados de las investigaciones antes mencionadas las madres reportaron reconocer síntomas leves y desconocer síntomas de agravamiento como es el caso de la insuficiencia respiratoria como tal y como reportan los resultados del estudio etnográfico del altiplano mexicano en cuanto a los resultados obtenidos en

esta investigación es muy similar ya que las madres reconocen la enfermedad, y algunos signos y síntomas comunes, pero los signos y síntomas de agravamiento no los reconocen con facilidad . Este tipo de investigaciones pueden resultar útiles para mejorar, tanto la comunicación como el conocimiento que deben tener las madres ante estos casos.

Así también, cabe mencionar que las investigaciones realizadas por los centros de capacitación AIMCA en dos unidades de primer nivel se realizó una evaluación mediante una lista de cotejo y se aplicaron a madres de los menores de cinco años al salir de la consulta; los resultados obtenidos demostraron que las deficiencias más relevantes fueron las relacionadas con la capacitación de la madre, así como también lo demuestra esta investigación que se realizó con la diferencia que aquí se abordó aspectos de las dimensiones del conocimiento en signos y síntomas de agravamientos y medidas preventivas.

CONCLUSIONES

Es una gran cantidad de madres de menores de cinco años que llevan a sus hijos a consulta por infección respiratoria aguda, las cuales, requieren de información adecuada y oportuna para la prevención y manejo de diversos padecimientos que afectan a los niños menores de cinco años, específicamente la IRA, colaborando de manera efectiva con el médico y contribuyendo a disminuir la morbilidad y mortalidad por este padecimiento.

Se encontró en estos dos grupos, que el conocimiento que tienen las madres que han sido capacitadas es suficiente en algunas de ellas, pero es necesario implementar estrategias apegadas a los manuales de capacitación del Programa de Atención al Menor de cinco años y tomar en cuenta estrategias que aporten ellas, para que la cobertura en cuanto al conocimiento de la enfermedad sea adecuada para disminuir en forma significativa los rezagos del conocimiento que aún se tienen.

PERSPECTIVAS Y RECOMENDACIONES

Es necesario realizar capacitación continua por parte del personal de salud que labora en la Unidad de Salud Emiliano Zapata a las madres de los menores de cinco años con respecto al manejo de infecciones respiratorias agudas.

Los resultados de este trabajo deberán darse a conocer a las autoridades correspondientes a nivel jurisdiccional y en la Unidad de Salud donde se realizó la investigación para su consideración y toma de decisiones que correspondan.

En el Centro de Salud deberán realizarse grupos de capacitación para las madres de los menores de cinco años en los aspectos que se mostraron mayores debilidades de conocimiento.

A partir de los resultados obtenidos con el instrumento de recolección de datos (Anexo 1), se considera que puede ser referencia para evaluar y comparar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los menores de cinco años capacitadas y no capacitadas en el manejo de la infección respiratoria aguda en cada uno de los Centros de Salud del Estado de Veracruz.

Se recomienda la utilidad de esta investigación para atender las necesidades de capacitación a corto y mediano plazo del porcentaje de las madres que se señalan con bajo conocimiento, fundamentado en los resultados de la evaluación realizada, tal como se resume en las tablas anteriores.

Será necesario el uso adecuado del televisor y material de video grabado sobre temas que contribuyan a la prevención y control de diversos padecimientos que afectan principalmente a la población infantil menos de cinco años de edad.
Fortalecer el Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) fundamentado en la Filosofía de Atención Primaria en Salud, permitiendo a la familia y a la comunidad mayor participación para lograr soluciones favorables en el cuidado de su salud.

Entrega de publicidad directa (folletos, trípticos, dípticos) a todo el público que acuda al Centro de Salud.

Se pretende el mejoramiento de conocimientos, actitudes y prácticas del equipo de salud que ejecutan el programa de IRA, al igual que la familia que acude al Centro de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COELLO RAMÍREZ P. MADRAZO DE LA GARZA A. SÉLLER ROUSSANT S. LARROSA HARO A. y GARCÍA ARANDA J. Infecciones respiratorias agudas. Bol Med Hosp. inf. Méx. 58: 491 – 98, 2001.
2. OLARTE J. Etiología de las infecciones respiratorias Bol Med Hosp. inf. Méx. 49(3): 143 – 49. 2002.
3. CORNELIO GARCÍA R. Desnutrición Infantil. Órgano Informativo del Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón". (4): 14 – 5, 2001.
4. DE LA FUENTE J. Manual del Programa de atención a la Salud del niño Secretaria de Salud Junio 2003.
5. DÍAZ, R. (1992). Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS /OMS sobre el tratamiento de la neumonía en niños sobre el primer nivel de salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
6. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1990). Nueva York. Síntesis de la Cumbre a favor de la infancia. Recuperado el 10 de octubre de 2005. de http://www.pnud.org.ve/cumbres/cumbres01.html.
7. (PROGRAMA NACIONAL DE SALUD, 2001-2006, PROGRAMA DE ACCION A LA INFANCIA Pág. 1:2).
8. CONAVA. 1998, Programa de atención de la salud del niño, manual de procedimientos técnicos actualización 1998.
9. (NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica).
10. (NOM-031-SSA-2-1999 para la atención del niño).
11. CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL. CIE-10. (2003). Recuperado el 10 de octubre de 2005. de http://www.salud.gob.mx/
12. DA SILVA GOMEZ FM. Incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños del centro de salud escuela "Profesor Samuel B. Pessoa Sao Paolo Brazil". 1995, pp.11, 12.
13. MARTÍNEZ H, SURIANO K., RYAN GW, PELTO GH, Salud Pública, México, 1997, Vol. 39. Etnografía de la infección respiratoria aguda en una zona rural del altiplano mexicano, pp. 207.
14. ANDI LOZANO E, ESPINOSA L.E, VIÑAS FLORES L, ÁVILA FIGUEROA C. 2002. Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil. Departamento de Epidemiología e Infectología. Hospital Infantil e México. Salud pública de México/ Vol.44, no.3. p.p. 1-2.
15. GUTIERREZ G, GUISCAFRÉ H., Gaceta médica, México 2001; VOL. 13, pp. 21:29.
16. MARTÍNEZ H, SURIANO K., RYAN GW, PELTO GH, Salud Pública, México, 1997, Vol 39. Etnografía de la infección respiratoria aguda en una zona rural del altiplano mexicano, pp. 207.
17. ANDI LOZANO E, ESPINOSA L.E, VIÑAS FLORES L. ÁVILA FIGUEROA C. 2002. Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil. Departamento de Epidemiología e infectología. Hospital Infantil en México. Salud Pública de México/ Vol. 44, no. 3. p.p. 1-2.
18. GUTIERREZ G, GUISCAFRÉ H., Gaceta médica, México 2001; VOL. 13, p.p. 21:29.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de Recolección de datos

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD DEL INFANTE

MANEJO EFECTIVO DE PACIENTES CON
INFECCIONES RESPIRTAORIAS AGUDAS

INSTRUCTIVO

1. Llene la ficha de identificación con todos los datos.

2. Verifique si la madre o el responsable del menor de cinco años ya recibió capacitación específica del programa y de ser así en donde.

3. Lea las preguntas al entrevistado textualmente como se encuentran en el formato.

4. Los textos en negritas son las respuestas esperadas con las mismas u otras palabras, pero con el mismo contenido.

5. Las respuestas en base a lo anterior se califican con: 1 cuando sean similares las respuestas obtenidas y las esperadas, cuando el sentido de la respuesta sea diferente, se calificará con 0.

6. Para las preguntas 1, 2, 1.3 y 1.8 además deberá marcarse con una “X” en el círculo correspondiente a las respuestas obtenidas.

FECHA:_____ENTIDAD:_____JURISDICCIÓN:_____

UNIDAD DE SALUD:_____ PERSONA ENTREVISTADA:_____

¿Recibió capacitación para el manejo de las IRA? No O Si O

¿en dónde?_____

	SI	NO
1.1 Dígame ¿Qué es para usted la pulmonía o neumonía?		
Indica que es la enfermedad que ataca a los pulmones y que puede ocasionar la muerte en los niños	( )	( )
1,2 ¿Cómo sabe usted que un niño tiene pulmonía o neumonía?		
( ) Dificultad respiratoria		
( ) Respiratoria rápida		
( ) Tiraje		
( ) Le ronca o le silba el pecho en reposo	( )	( )
Reconoce dos o más signos de neumonía		
1.3 Dígame como se da cuenta cuando un niño se enferma del oído, cuando presenta:		
( ) Dolor de oído		
( ) Secreción por el oído		
( ) Dificultad para beber		
1.3.1 Dígame como se da cuenta cuando un niño se enferma de la garganta, cuando presenta:		
( ) Dolor de garganta		
( ) Dificultad para beber		
( ) Puntos blancos alrededor de las amígdalas	( )	( )
Indica un signo para cada padecimiento		
1.4 ¿Dígame dónde lleva a su hijo cuando presenta una infección respiratoria?		
Indica que acude al médico de inmediato y le suministra los medicamentos prescritos por éste	( )	( )
1.5 ¿Qué alimentos le daría a un niño cuando tiene tos y catarro?	( )	( )
Señala que los habituales y con mayor frecuencia		
1.6 ¿Cómo sabría usted que un niño con tos y catarro se está agravando?	( )	( )
Respira más rápido que lo normal	( )	( )
Presenta hundimiento entre las costillas al respirar (tiraje)	( )	( )
Rechazo al alimento o come menos de lo que acostumbra	( )	( )
Le ronca o le silba el pecho	( )	( )
Se pone frío o tiene fiebre	( )	( )
Difícil de despertar	( )	( )
Le dan convulsiones	( )	( )
Mal estado general	( )	( )
Se queja mucho	( )	( )
1. 7¿Cuál es la complicación más grave que puede tener un niño con tos y catarro?		
Indica que la pulmonía o neumonía	( )	( )
1.8 ¿Qué cuidados en el hogar deben proporcionar las madres a menores de un año con tos y catarro para evitar que se agrave?		
( ) Alimentación materna (si es menor de 4 meses)		
( ) Ablactación (si tiene 4 meses o más)		
( ) Proporcionar líquidos suavizantes para la garganta (té, miel con limón)		
( ) Evitar cambios bruscos de temperatura		
( ) No exponerlo a humos contaminantes intradomiciliarios		
( ) Ministrar los medicamentos que le indicó el médico cuando así lo requiera		
( ) Acudir a consulta médica inmediatamente ante la presencia de signos de gravedad.		
Indica cuatro o más de las medidas preventivas.	( )	( )

EL DESEMPEÑO LABORAL EN EL SECTOR SALUD: LA AUTOPERCEPCIÓN EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DR. GASTÓN MELO

María Elena Aguirre Pavón, Andrea Isunza Vera y Francisco Antonio Zubieta Vargas

INTRODUCCIÓN

El Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo se encuentra en la zona centro de la ciudad de Xalapa, depende directamente de la Jurisdicción Sanitaria no. V de los Servicios de Salud de Veracruz; ofrece servicios médicos desde el año de 1957. Durante el periodo de agosto de 2001 a junio del 2002 fue remodelada y equipada en su totalidad y reinaugurada ese mismo año. Considerada como unidad con infraestructura adecuada encuanto a áreas funcionales; otra característica que cabe resaltar es que constantemente han buscado ofrecer calidad en su atención concursando en varias ocasiones en el premio de calidad, el cual le fue otorgado hace un par de años. Esta unidad posee además una de las plantillas más grandes en cuando a recursos humanos se trate, para dar respuesta a la demanda de 36,000 habitantes que conforman su área de influencia.

Debido a que en cualquier organización que preste servicios de salud debe contar con el mejor personal para desempeñar adecuadamente sus funciones, es el recurso humano quien juega un papel relevante en el otorgamiento de estos servicios, siempre atendiendo a la calidad de los mismos.

La importancia de esta investigación fue reconocer la autopercepción del desempeño laboral del personal de salud, permitiendo identificar a través de varias dimensiones cómo se siente cada persona para alcanzar metas y programas sustantivos en su diario acontecer; tomando en cuenta que, si la apreciación personal que tienen de su desempeño es adecuada, generará como respuesta una eficiente atención a los usuarios y los motivos necesarios para continuar día a día realizando sus tareas con el mayor empeño y dedicación.

Este estudio confirmó que la autopercepción del desempeño laboral del personal de salud identificada fue buena de manera general, confirmando así que los reconocimientos de calidad otorgados a esta unidad de salud, son el resultado del esfuerzo conjunto de cada uno de los actores que en esta intervienen.

Los Recursos Humanos es un tema que, en los últimos años, ha cobrado interés a todos los niveles como son organismos internacionales (Organización Panamericana de la Salud, por ejemplo) y nacionales, para identificar áreas de oportunidad que modificar, apoyando al tan anhelado proceso de calidad que el Estado y el país requieren para un mejor desarrollo.

El desempeño laboral eficiente es indispensable para el buen funcionamiento de cualquier centro de trabajo. Para el buen desempeño de sus actividades, el personal debe encontrarse en un ambiente físico adecuado y contar con el equipo necesario, así como mantener relaciones personales cordiales, respetuosas y sentirse útiles y bien remunerados en las actividades que diariamente llevan a cabo.

¿Cómo lograr que los empleados motivados, se esfuercen por tener un mejor desempeño en su trabajo? Una persona satisfecha asume compromisos y responsabilidades, para lo cual se requiere óptima capacidad para establecer relaciones interpersonales, ya que en todos los puestos se trabaja siempre con grupos. El personal motivado estima su trabajo, lo transmite y disfruta al atender a sus pacientes; si eso no es posible, al menos lo intentará. La motivación consiste fundamentalmente en mantener culturas y valores corporativos que conduzcan a un alto desempeño, por tal motivo se debe pensar ¿qué puede hacer un directivo para estimular a los trabajadores y a las áreas, para dar lo mejor de ellos mismos, de tal forma que favorezca tanto los intereses de la organización como los propios? Hay que

motivar a los trabajadores, "para que quieran" y "para que puedan" desempeñar satisfactoriamente su trabajo, la "motivación laboral" es parte importante en el logro de la eficiencia de la organización, debido a que se ha descubierto que la calidad de los servicios dependen en gran parte de la persona que los brinda.

Debido a la dimensión en infraestructura con que cuenta el centro de salud Gastón Melo y el volumen de recursos humanos que maneja, el desempeño de funciones de sus trabajadores ha permitido alcanzar en los últimos años el reconocimiento a la calidad, en la prestación de servicios a sus usuarios, sin embargo la dirección de la unidad no cuenta con un estudio que demuestre cuál es tipo de creencias y sentimientos que cada recursos humano posee para que en conjunto culmine en adecuada atención a los demandantes del servicio médico.

En este sentido consideramos necesario que el Directivo de esta unidad conozca cuál es la percepción del desempeño laboral que el personal tiene desde su propia perspectiva para atender aquellos elementos que no permiten alcanzar un desempeño laboral óptimo, de tal forma que cada una de las acciones realizadas brinden a los usuarios una atención adecuada y de calidad.

Este tipo de estudio no tiene precedentes en los servicios de salud, en una revisión en un periodo de diez años atrás en bibliotecas de Xalapa, revistas electrónicas y motores de búsqueda, no se encontraron estudios similares (Anexo 1), por lo que creemos pertinente realizar este análisis para conocer desde la perspectiva personal de los trabajadores cuál es la autopercepción del desempeño laboral que tiene el personal.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Teóricos

Autopercepción. Definición conceptual

De acuerdo a la teoría de la autopercepción de Bem (1972), las personas forman actitudes de forma simple, ven sus comportamientos y los atribuyen a como se sienten. Deciden qué clase de personas son de la misma forma como lo haría un observador, es decir que los individuos hacen inferencias sobre sus actitudes a través de percibir sus propias conductas.

La autopercepción es un concepto que se ha abordado desde diferentes escuelas psicológicas, por ejemplo: "Los Gestaltistas descubrieron que el ser humano percibía totalidades organizadas como configuraciones que aparecían en la experiencia directa del individuo". (Salama, 2004: 48). Entender entonces al sujeto desde su propia perspectiva, y esas totalidades organizadas, tenía sus complicaciones comenzando por el entendimiento de ¿cómo se percibe?; ¿qué es la percepción? y ¿cómo se relacionan estos conceptos en la esfera del hombre como ente social? (Salama, 2004: 48 y Maza, 2004).

Los psicólogos sociales han estudiado las consecuencias de la autopercepción a partir de dos puntos de vista diversos y que se contraponen: el enfoque motivacional y el cognitivo.

Desde la perspectiva motivacional consideran la autopercepción como la responsable de las inclinaciones por ayudar al sí mismo que nos inducen a buscar formas para elevar nuestra autoestima y evitar las autovaloraciones negativas. Por su parte, el acercamiento cognitivo considera la autopercepción como un aspecto del sistema total del procesamiento humano de información (Agudo, 1999).

Importancia de los Recursos Humanos en Salud

"No se puede concebir ninguna transformación, en ninguna de las dimensiones del sistema de servicios, sin considerar el papel fundamental que juega el personal" (OPS, 2001). El funcionamiento de esta pieza esencial en el sistema sanitario, el recurso humano, permite que exista, opere, y proporcione atención médica de calidad a la población.

Los recursos humanos sin duda, son el eje rector, pues planean, ejecutan y evalúan cualquier programa y acción encaminada a la actividad sanitaria (OPS, 2001).

En el contexto de las políticas públicas, donde están inmersos los servicios de salud públicos, el recurso humano, sigue constituyendo la pieza clave para su funcionamiento (Lahera, 2002).

Evaluación del Desempeño

Todo recurso humano en la realización de sus labores cotidianas transita entre las acciones o funciones laborales ideales; es decir, aquéllas que debería de realizar y las que realiza; de esto se deriva la necesidad de medir el desempeño de la actividad laboral. "La Evaluación del Desempeño tiene por objetivo poder hacer una estimación cuantitativa y cualitativa del grado de eficacia con que las personas llevan a cabo las actividades, objetivos y responsabilidades de sus puestos de trabajo" (Pardo, 2001).

> *"Es un hecho ampliamente reconocido que toda institución prestadora de servicios de salud, debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención... son escasos los logros alcanzados en este campo. Se aduce como razón fundamental la no disponibilidad de una metodología práctica y sencilla, que pueda aplicarse a todas las instituciones con relativa baja inversión de recursos y que permita generar, información útil para la toma de decisiones orientadas a mejorar progresivamente la calidad de la atención"* (Pardo, 2001: 77).

Esta preocupación por la evaluación de los procedimientos que el personal de salud realiza, no es ajena al país. Quizá por ello la aparición de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud y programas similares. Sin embargo, aún quedan políticas y acciones por tomar (Ozaki en Lahera, 2002:182-83).

Función laboral en salud

Si queremos evaluar cómo responden las personas en sus puestos de trabajo, es prioritario tener identificados las actividades y objetivos que cada persona debe desarrollar en su puesto y cuyo desempeño será evaluado.

En México en 1995 se modificó el sistema de atención a la salud con la entrada en vigor del MASPA; de éste se derivan manuales de procedimientos; para el Centro de Salud "Dr. Gastón Melo", corresponde el uso de un manual donde encontramos la descripción de funciones por áreas de servicios, actividades específicas del núcleo básico, actividades específicas de los recursos humanos, evaluación y plantilla de recursos humanos a los cuales debe apegarse este tipo de centro (SSA, 1995).

Hechos

Satisfacción laboral

La satisfacción que el personal percibe en su ejercicio cotidiano es de suma importancia, pues ésta incidirá directamente en su operar. "La satisfacción laboral guarda una estrecha relación con determinados aspectos del desempeño, y se reconoce una vinculación causa-efecto positiva entre el clima organizacional y las actitudes favorables o desfavorables del trabajador" (Salinas, 1994).

Partiendo de la autopercepción del desempeño laboral, particularmente en lo individual, como sujeto que funciona en equipo, ya que algunas de las funciones del personal son sustantivas del trabajo en equipo, creemos relevante buscar el fenómeno de insatisfacción, pues se ha descrito que la insatisfacción laboral derivada de este trabajo en equipo, está presente en algunos elementos del personal de salud (Cabrera, 2004).

Debemos apuntar que algunos estudios acerca de la satisfacción del personal del área de la salud tienen su origen en segundo y tercer nivel, una investigación realizada acerca del estrés (Coomber, 2002) con médicos de la unidad de cuidados intensivos en Reino Unido, refiere grados de satisfacción diferenciados, y relaciona aquellos muy insatisfechos, con el estrés y depresión.

Una mirada desde dentro

Es un hecho que cada sitio de trabajo corresponde en sí mismo un universo, en este se mezclan ideologías, expectativas, conocimientos, procedimientos, particularidades, etc., por ello, puede ser conveniente buscar el conocimiento de estas realidades partiendo de instrumentos que surjan de estos conocimientos implícitos. Instrumentos que contemplen los *valores* inmersos de la cultura que le dio origen (Salinas, 1994).

Requerimos estrategias propias, requerimos: "Diseñar y establecer instrumentos propios de evaluación congruentes con nuestra realidad, propicia las condiciones de igualdad que favorecen la participación en la búsqueda de la calidad" (Salinas, 1994).

> *"Una dificultad particular para los acercamientos funcionales es que las mediciones adaptadas del segundo nivel pueden no ser suficientemente sensibles para detectar los pequeños cambios observados en el primer nivel" (Stott, 1997).*

No hay antecedentes documentales en los servicios de salud respecto a la autopercepción del desempeño laboral que se haya realizado como tal; sin embargo encontramos algunos antecedentes sobre satisfacción laboral en una investigación por encuesta transversal en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo propósito fue identificar la satisfacción del profesional de la salud con su ambiente de trabajo; la principal variable de estudio fue la satisfacción el ambiente de trabajo medida a través de indicadores relacionados con las relaciones humanas, expectativas personales, comunicación interpersonal y aspectos del empleo proyecto de vida y salario (Cabrera, 1999).

También está el antecedente de un proyecto de investigación realizado en Madrid que tiene como objetivo conocer la calidad de vida profesional percibida por los trabajadores de atención primaria de salud, identificando los principales componentes de la misma (Sánchez, 2003).

El servicio público de empleo de Castilla y León[1] ha llevado a cabo una evaluación del desempeño que tiene por objeto hacer una estimación cuantitativa y cualitativa del grado de eficacia con que las personas llevan a cabo las actividades, objetivos y responsabilidades de sus puestos de trabajo (Cabrera, 2004).

Otro estudio realizado en el Principado de Asturias, España, (Suárez,s.f.) evaluó la importancia de la satisfacción y motivación laboral se basa en la influencia que éstas ejercen sobre el comportamiento de los trabajadores. Su conocimiento se ha convertido en una de las principales metas de la mayoría de los directivos del mundo empresarial incluyendo las organizaciones sanitarias, ya que en éstas, el grado de satisfacción laboral de los profesionales es uno de los indicadores que más van a condicionar la calidad asistencial.

[1] versitioweb: http://www.empleocastillayleon.com/prepararTextoPasosDesempenioAction.do#goto

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar el desempeño de las funciones laborales, desde la propia perspectiva de los trabajadores de salud del Centro de Salud Dr. Gastón Melo.

Objetivo específico

- Cuantificar el nivel de autopercepción del desempeño de las funciones mediante cuatro indicadores: satisfacción, motivación, importancia y desempeño de las funciones, de todo el personal, y por cada una de las áreas que conforman el centro de salud.
- Buscar posibles diferencias de la autopercepción del desempeño laboral entre los trabajadores según sexo, grado de escolaridad, adscripción al puesto actual y tiempo de laborar en la unidad.
- Identificar áreas de oportunidad al interior de cada una de las áreas de la unidad de salud.

METODOLOGÍA

Criterios generales de planificación

La autopercepción como conjunto de elementos integrados en un todo nos llevó a conocer más de si mismos a los trabajadores del centro de salud, sobre todo los que tienen contacto directo e indirecto con los usuarios que demandan atención; saber si se cuenta con satisfacción, motivación adecuada e identificar si la importancia conferida al desempeño de funciones es la más adecuada, en este caso para identificar áreas de oportunidad que al interior de las cinco diferentes áreas que conforman la unidad pudieran requerir de más apoyo del resto de las mismas.

Tipo de diseño

El presente estudio se llevó a cabo con los recursos humanos del Centro de Salud Dr. Gastón Melo evaluando las dimensiones la autopercepción propuesta al inicio de esta investigación, con la finalidad de evaluar la autopercepción del desempeño laboral individual. En ningún caso se modificó a voluntad propia ninguno de los factores que intervinieron en el proceso de investigación.

El periodo de ejecución se llevó a cabo durante los meses de diciembre de 2005 a la primer quincena de enero de 2006.

Población de estudio

Cuando se realizó la propuesta de estudio se contaba con ochenta y tres personas identificadas por plantilla laboral, durante el proceso de aplicación no participaron 20, ya que por diversas causas no fue posible incluirlos, algunas de estas causas son la interrupción del contrato, permisos pre jubilatorios, incapacidades por enfermedad.

Descripción de la muestra

No se realizó muestreo, ya que el estudio se llevó a cabo con el total del universo.
Criterios de inclusión

Personal con contrato (de base o indefinido) que labora en CSU "Dr. Gastón Melo", que tiene su sede en el edificio central y que desearon participar.

Criterios de exclusión

Personal con contrato que labora en áreas adjuntas (guardería y laboratorio jurisdiccional).

Método de obtención de datos

Se realizó una encuesta a través de la aplicación de un cuestionario cerrado, individual. Conformado por 35 *ítems*, de los cuales 25 í*tems* valoraran motivación, satisfacción e importancia. Este instrumento contuvo, asimismo, un bloque por área y comprendió 10 *ítems* que fueron diferentes en cada tipo de cuestionario, atendiendo a las cinco áreas previamente identificadas en el centro de salud como son: área médica y paramédica; área administrativa; área de estadística e informática; área de laboratorio; y, área de enfermería. Cada área fue señalada en el instrumento como tipo A, B, C, D y E, respectivamente, para identificarlos.

Las funciones de cada área fueron extraídas del "Manual de organización del centro de salud de uno a once núcleos básicos de servicios de salud". Cabe resaltar que: 1) el cuestionario tipo A (del área médica y paramédica) las funciones están apegadas a la descripción específica por área; 2) los cuestionarios tipos B, C y D (correspondientes a las áreas administrativa, estadística e informática, y de laboratorio de análisis clínicos, respectivamente) fueron conformados por las funciones generales de área y por la síntesis de las funciones individuales; y, c) el cuestionario tipo E, correspondiente al área de Enfermería, al no estar contenidas las funciones generales por área en dicho manual, se ha conformado por una síntesis de funciones puntuales de las enfermeras de clínica y de campo.

La validez del instrumento se basó en diferentes puntos: 1) los *ítems* uno a 25, fueron recuperados de otros instrumentos[2] (Pardo 2001:77) que fueron aplicados a otras investigaciones por ejemplo para motivación con estructura similar requiriendo la adecuación en forma y lenguaje; 2) las funciones de los *items* 26 a 35, son rescatadas del Manual de Organización; y, 3) existe un equilibrio interno con un número similar entre los *items* que valoraron los cuatro indicadores.

La prueba piloto del instrumento fue aplicada en otro centro de salud de características similares, en la cual se identifico errores en una de las preguntas, llevándose a cabo una corrección pertinente, permitiendo así que la aplicación del cuestionario en nuestro centro de salud se llevara a cabo de forma clara y sin contratiempos.

Definición operacional de las variables

La variable estudiada fue la *autopercepción del desempeño laboral* que cada uno de los trabajadores de las diferentes áreas que conforman el Centro de Salud Dr. Gastón Melo.

---

[2] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. NTP 213: Satisfacción laboral: encuesta de evaluación. http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_213.htm. Universidad de Salamanca Unidad de Evaluación de la Calidad . Cuestionario de satisfacción del personal de administración. Curso 2004-2005.http://qualitas.usal.es/PDF/cuestPAS2005
Díaz Aledo, Auditores y Consultores S.I. Modelo de cuestionario de medición del clima laboral. http://www.gerenteweb.com/documentos/recursos/drh0302041.php

Para nuestro estudio definimos autopercepción del desempeño laboral como el reconocimiento que tienen las personas desde su propia perspectiva a través de sus sentimientos, conductas, creencias y emociones.

Medición de la variable:

La autopercepción del desempeño laboral fue medida en base a cuatro indicadores o dimensiones:

a) *Motivación* para el desempeño de las funciones
b) Satisfacción en el desempeño de sus funciones
c) Importancia que le dan a su desempeño laboral
d) Desempeño laboral (cumplimiento y frecuencia con que realizan la actividad)

Indicadores	Categorías	No. Pregunta	Total preguntas
Motivación	Ordinal	1,4,5,7,9, 19, 20, 21,22	9
Satisfacción	Ordinal	2,3,6,8,11,17, 18, 23	8
Importancia	Ordinal	10,12,13, 14, 15, 16, 24, 25	8
Desempeño de la función	Ordinal	26-35	10

Escala de valores				
5	4	3	2	1
Total acuerdo	Acuerdo	Neutro	Desacuerdo	Total desacuerdo
Muy importante	Importante	Indiferente	Poco importante	Nada importante
Muy satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Definitivamente sí	Probablemente sí	Indeciso	Probablemente no	Definitivamente no
Muy bien	Bien	Neutro	Mal	Muy mal

Entrada y gestión informática de los datos

Se diseñó una base de datos en Epi Info para capturar las respuestas de los diferentes *ítems* del cuestionario y cuantificar así los resultados de la aproximación a los indicadores abordados. Los resultados obtenidos en esta base de datos digital se manejaron desde Excel, los datos se analizaron estadísticamente mediante Epi Info y la tabulación de los cuadros de resultados, y obtención de gráficos con Excel.

Estrategia de análisis

En una primera etapa se midió cada uno de los indicadores establecidos para estimar el nivel de la autopercepción en el desempeño laboral. Con ayuda de una base de datos elaborada en Epi Info, y Excel en los cuales se capturaron los datos ponderándolos según la escala de valores, de uno a cinco para cada respuesta de acuerdo al grado de motivación, satisfacción, importancia y desempeño laboral que cada trabajador respondió en el instrumento.

De acuerdo al puntaje obtenido para cada trabajador en cada uno de los indicadores agrupados, se construyeron intervalos, entonces se clasificó por niveles la autopercepción como se señala a continuación:

Nivel de autopercepción	Intervalos
Muy buena autopercepción	De 148- 175 puntos
Buena autopercepción	De 120-147 puntos
Regular autopercepción	De 92 a 119 puntos
Mala autopercepción	De 64 a 91 puntos
Muy mala autopercepción	De 35 a 63 puntos

Los resultados se exploraron de manera individual así como en conjunto de acuerdo a las cinco áreas rescatadas según organigrama, se realizó una comparativa entre cada una de ellas; como se podrá observar en el apartado de resultados; del mismo modo para los cuatro indicadores que en conjunto nos ofrece una panorama de la autopercepción se realizó un análisis como se podrá observar adelante.

Los intervalos se construyeron de la siguiente manera.

	Intervalos			
	Motivación	Satisfacción	Importancia	Desempeño
Muy buena	38-45 ptos	34-40 ptos	34-40 ptos	42-50 ptos
Buena	30-37 ptos	27-33 ptos	27-33 ptos	33-41 ptos
Regular	23-29 ptos	20-26 ptos	20-26 ptos	25-32 ptos
Mala	17-22 ptos	14-19 ptos	14-19 ptos	16-24 ptos
Muy mala	9-16 ptos	8-13 ptos	8-13 ptos	10-15 ptos

Cabe resaltar que para cada uno de los indicadores los puntos obtenidos son diferentes cantidades, ya que los intervalos se construyeron de acuerdo al número de preguntas que se exploró para cada una de las dimensiones o indicadores de la autopercepción del desempeño laboral.

En una segunda etapa de análisis, la población de estudio que participó fue reconcentrada en diferentes grupos; en la primer comparación el primer grupo correspondía a la diferenciación de personal que labora en las áreas que tienen contacto o trato directo con los pacientes, y la segunda población, al personal de las áreas de soporte que permiten el adecuado funcionamiento, es decir, la población tipo 1, conformada por el personal médico, paramédico, y las enfermeras, y la población tipo 2, conformada por el personal de las áreas de administración, estadística e informática, y laboratorio. Esta separación obedeció a buscar si existían diferencias estadísticas significativas en cuanto al objetivo del estudio, utilizando el programa Epi Info; se buscaron estas diferencias mediante la aplicación de Ji cuadrada y se determinó la probabilidad de que las poblaciones fuesen diferentes en sus variables y la autopercepción en general; considerando una diferencia estadística significativa, cuando la probabilidad de la diferencia fuese menor de 0.05. Siguiendo este formato de reagrupar a los trabajadores, se dividió una vez más a la población de estudio de acuerdo a su sexo; por grado de escolaridad conformando dos grupos; la población 1 de aquellos cuyo último grado de estudios sin importar la terminación del mismo, comprendieron los que estudiaron secundaria, bachillerato, o un nivel técnico; y la población 2, conformada con aquellos de grado de estudio licenciatura o posgrado. A estas nuevas formas de agrupar la población estudio, se le aplicó el mismo manejo de análisis estadístico. En este orden de ideas para el tiempo de adscrito al puesto actual; y para el tiempo de laborar en la unidad. se integró a la población estudio en tres diferentes bloques, el primero que incluía a todo el personal que tenía según lo refirieron hasta diez años, de once hasta 20 años, y el tercero y último la población de más de 20 años.

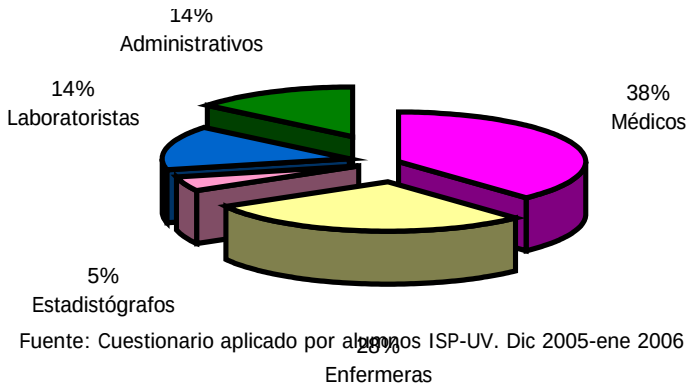
En una tercera etapa de análisis se consideraron las respuestas de la población estudio contemplando la totalidad del instrumento de evaluación, para buscar, aquellas preguntas relacionadas en los diferentes rubros como: relación jefe-autoridad, trabajo en equipo y percepción económica, y relaciones laborales, para buscar entre las diferentes áreas,

los sitios de oportunidad para otorgar una sugerencia puntal desde la perspectiva de los resultados de estas tres etapas de análisis.

RESULTADOS

La población total que se incluyó en el estudio quedó conformada por 63 trabajadores que mostraron interés por participar en esta investigación. La distribución por áreas profesionales fue la siguiente: 24 médicos y paramédicos, 18 enfermeras clínicas y de campo, tres estadistógrafos, nueve laboratoristas y nueve administrativo.

Gráfico 1. Distribución porcentual de participantes según áreas profesionales.



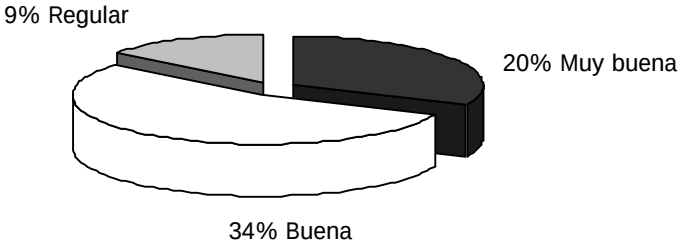
Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005-ene 2006

ETAPA 1

Autopercepción del desempeño laboral del universo de estudio.

En el Gráfico 2 podemos observar la evaluación de la autopercepción del desempeño laboral, la cual se distribuye de la siguiente manera: 34 trabajadores del centro de salud reflejaron tener buena autopercepción del desempeño laboral, lo que corresponde a 54 por ciento del total de la población estudio; en el rango de muy buena autopercepción del desempeño laboral encontramos a 20 trabajadores, que representa 32 por ciento y en menor proporción nueve trabajadores manifestaron una regular autopercepción de su desempeño laboral, esto es catorce por ciento.

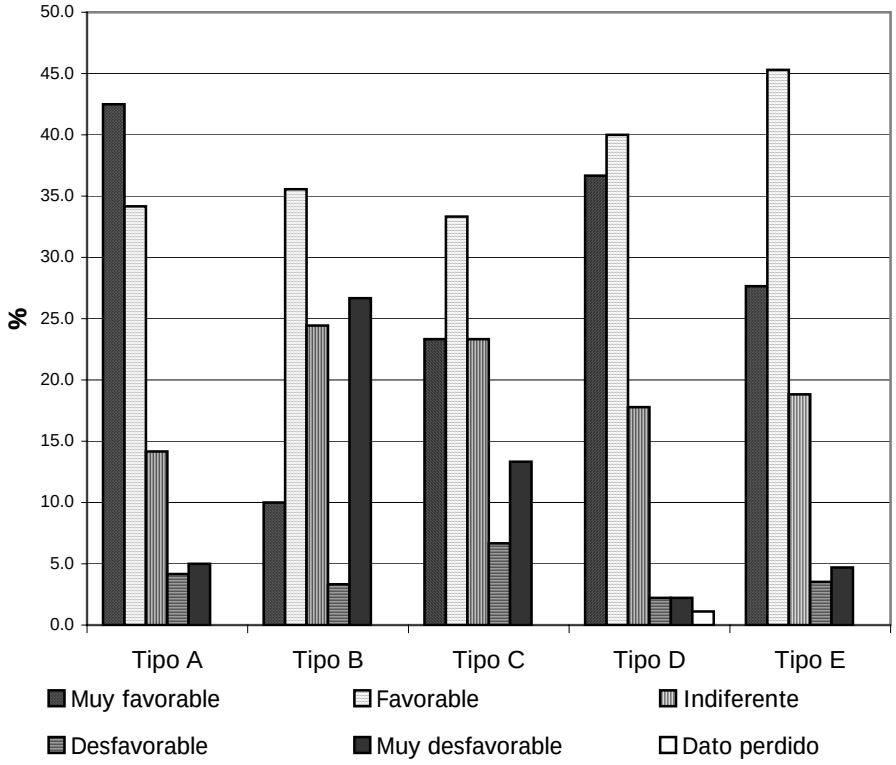
Gráfico 2. Número de personas según autopercepción del desempeño laboral.
CS Dr. Gastón Melo



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

Como se expresa en el Gráfico 3; podemos observar un visión de conjunto por cada una de las áreas operativas de acuerdo al total de las respuestas del cuestionario aplicado.

Gráfico 3. Distribución porcentual comparativa de la autopercepción del desempeño de funciones en el personal del C.S. Gastón Melo por áreas



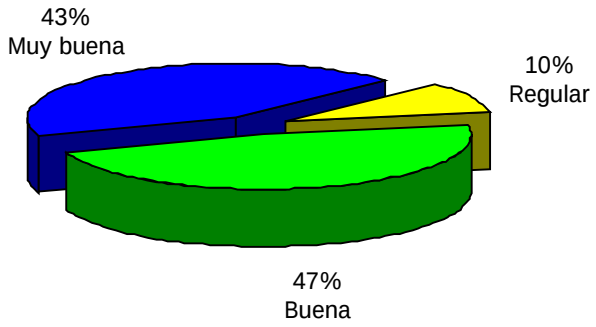
Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

Una vez hecho el análisis general, nos abocamos a realizar el análisis de acuerdo a los indicadores con que se concibió la autopercepción en lo general.

Autopercepción del desempeño laboral por cada uno de los indicadores.

En referencia al indicador que midió la satisfacción laboral en el desempeño del personal que labora de esta unidad por cada una de las cinco áreas señaladas al inicio de la investigación podemos comentar que llama la atención en esta aproximación que la cifra que expresa el mayor porcentaje de satisfacción corresponde a 47 por ciento del total del personal, equivalente a 30 trabajadores; 43 por ciento manifiesta una muy buena satisfacción para la realización de sus actividades; y en un menor porcentaje (diez por ciento) correspondiente a nueve trabajadores, exteriorizaron como regular la satisfacción en su desempeño de funciones. Ver gráfico siguiente:

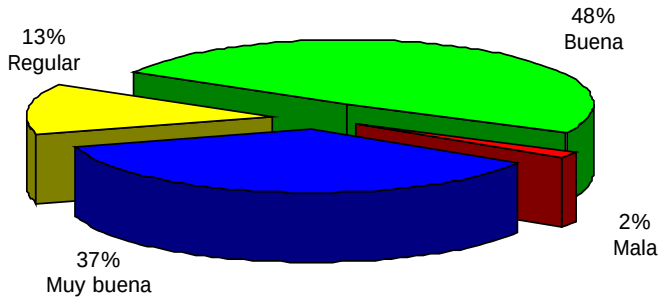
Gráfico 4. Distribución porcentual del nivel de satisfacción en el desempeño de las funciones laborales referida por todo el personal



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

En cuanto al indicador de motivación se observó que existe una similitud aparente con la dimensión anterior y la autopercepción en general; observamos que los porcentajes favorables permanecen cercanos al 85 por ciento del total de los trabajadores encuestados. Lo que significa que el trabajo de identificar que un pequeño porcentaje constituido por ocho personas con regular motivación y una con poca motivación son a la que debemos de enfocar los esfuerzos para estimular su motivación. Como lo representa el siguiente gráfico.

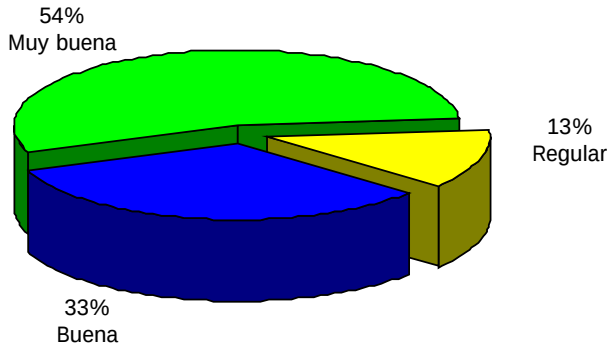
Gráfico 5. Distribución porcentual del nivel de motivación en el desempeño de las funciones laborales referida por todo el personal



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

Como podemos observar en el Gráfico 6, para el indicador de desempeño de las funciones; los trabajadores se autoperciben de forma favorable en un aproximado global de 87 por ciento; y solamente trece por ciento de la población estudio, correspondiente a ocho personas, tienen una regular mirada en cuanto a la importancia que le conceden al desempeño de sus funciones.

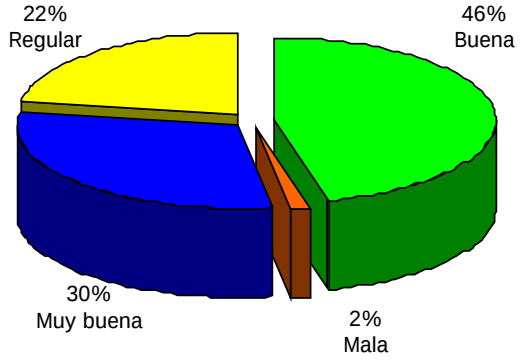
Gráfico 6. Distribución porcentual de importancia del desempeño de las funciones laborales referida por todo el personal



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

Como se puede observar en el Gráfico 7, la mirada para el desempeño de la función observada en sus aproximaciones de frecuencia y cumplimiento en el desempeño laboral; un porcentaje aproximado de 76 por ciento tiene una visión favorable, 22 por ciento regular, y únicamente dos por ciento una mala autopercepción del desempeño laboral.

Gráfico 7. Distribución porcentual de la autopercepción en el desempeño de funciones laborales (cumplimiento y frecuencia con que realizan la actividad) referida por todo el personal



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

ETAPA 2

Comparativo por tipo de personal de contacto y de soporte

La comparación del personal de salud reagrupado por tipo 1 y 2 de trabajadores, referidos a contacto directo con pacientes y personal de apoyo, respectivamente, para Ji^2 se obtuvieron los valores que se muestra en el cuadro siguiente, para la autopercepción del desempeño laboral de todo el personal del Centro de Salud. Según la probabilidad de ser diferentes, vemos que, para los indicadores de importancia y desempeño sí hay esa diferencia, pues sus valores son inferiores a 0.05, esto a su vez, influye para que la autopercepción del desempeño laboral en general, sea diferente, pues se observa también un valor inferior al estadístico significativo.

Cuadro 1. Total de frecuencias de Ji-Cuadrada y probabilidad de diferencia entre los trabajadores tipo 1 y 2. CS Dr. Gastón Melo

	Ji-Cuadrada	P
Satisfacción	0.6798	0.7118
Motivación	6.1435	0.1048
Importancia	6.3262	0.0423
Desempeño	7.9681	0.0467
General	9.113	0.0105

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV.
Dic 2005 - ene 2006.

Lo anteriormente descrito se fundamenta en los cuadros que a continuación se presentan:

Cuadro 2. Número de personas según indicador de importancia al desempeño laboral para los trabajadores tipo 1 y 2 (contacto directo con pacientes y personal de soporte)

Importancia	Contacto	Soporte	Total
Muy buena	27	8	35
Buena	13	11	24
Regular	1	3	4
Total	41	22	63

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV.
Dic 2005 - ene 2006.

Cuadro 3. Número de personas según indicador de desempeño para los trabajadores tipo 1 y 2 (contacto directo con pacientes y personal de soporte)

Desempeño	Contacto	Soporte	Total
Muy buena	16	3	19
Buena	19	10	29
Regular	6	8	14
Mala	0	1	1
Total	41	22	63

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV.
Dic 2005 - ene 2006.

Cuadro 4. Número de personas según nivel de autopercepción del desempeño laboral para los trabajadores tipo 1 y 2 (contacto directo con pacientes y personal de soporte)

Autopercepción	Contacto	Soporte	Total
Muy buena	18	2	20
Buena	20	15	35
Regular	3	5	8
Total	41	22	63

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV.
Dic 2005 - ene 2006.

Comparativo por tipo de personal según su sexo

Como se puede observar en el cuadro siguiente, la comparación del personal de salud reagrupado por sexo para Ji^2, encontramos valores de 1.3113 para el indicador de satisfacción, 2.039 para motivación, 0.8058 para importancia, 8.0948 para desempeño, y 4.0749 para la autopercepción del desempeño laboral. Y, en cuanto a la probabilidad de diferencia, según sexo, de cómo se perciben en el desempeño de sus funciones, no es significativo, ya que los valores son inferiores a 0.05, lo cual no influye para la autopercepción del desempeño laboral, en general.

Cuadro 5. Total de frecuencias de Ji-Cuadrada y probabilidad de diferencia según sexo. CS Dr. Gastón Melo

	Ji-Cuadrada	P
Satisfacción	1.3113	0.5191
Motivación	2.039	0.5643
Importancia	0.8058	0.6684
Desempeño	8.0948	0.0441
General	4.0749	0.1304

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV.
Dic 2005 - ene 2006.

En el cuadro siguiente se presentan las frecuencias para el indicador de desempeño laboral según sexo del personal y a lo que corresponde: Ji = 8.09; $p < 0.04$.

Cuadro 6. Número de personas según nivel de autopercepción del desempeño laboral para los trabajadores tipo 1 y 2 (contacto directo con pacientes y personal de soporte)

Desempeño	Hombre	Mujer	Total
Muy buena	4	15	19
Buena	7	22	29
Regular	8	6	14
Mala	1	0	1
Total	20	43	63

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV.
Dic 2005 - ene 2006.

Comparativo por tipo de personal según grado de escolaridad

Como se puede observar en el cuadro que a continuación se muestra, la comparación del personal de salud reagrupado, según grado de escolaridad (nivel medio vs. superior), para Ji^2 tenemos valores de 3.3382 para el indicador de satisfacción, 0.7342 para motivación, 1.0189 para importancia, 1.7967 para desempeño, y 0.7522 para la autopercepción en general.

Cuadro 7. Total de frecuencias de Ji-Cuadrada y probabilidad de diferencia según grado de escolaridad. CS Dr. Gastón Melo

	Ji-Cuadrada	P
Satisfacción	3.3382	0.1884
Motivación	0.7342	0.8651
Importancia	1.0189	0.6008
Desempeño	1.7967	0.6156
General	0.7522	0.6865

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV.
Dic 2005 - ene 2006.

Respecto a la comparación del personal de salud reagrupado por grado de escolaridad, los trabajadores no presentan diferencia, pues ningún valor de los indicadores son inferiores al valor estadístico fijado.

Comparativo por tipo de personal según su tiempo de adscrito al puesto actual

Como se puede observar en la tabla de abajo, la comparación del personal de salud reagrupado por tiempo de adscripción al puesto actual, para Ji^2 se presentan los valores de 2.6829 para el indicador de satisfacción, 4.6528 para motivación, 4.5137 para importancia, 9.7415 para desempeño, y 7.4903 para la autopercepción del desempeño laboral, en general.

Cuadro 8. Total de frecuencias de Ji-Cuadrada y probabilidad de diferencia según tiempo de adscripción al puesto actual. CS Dr. Gastón Melo

	Ji-Cuadrada	P
Satisfacción	2.6829	0.6122
Motivación	4.6528	0.589
Importancia	4.5137	0.3409
Desempeño	9.7415	0.136
General	7.4903	0.1121

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV.
Dic 2005 - ene 2006.

Para la comparación del personal de salud por tiempo de adscripción al puesto actual, como acabamos se puede apreciar en el cuadro anterior, los trabajadores no presentan diferencia en ningún rubro.

Comparativo por tipo de personal según antigüedad de laborar en el Centro de Salud Dr. Gastón Melo

Como se puede observar en cuadro que a continuación se muestra, la comparación del personal de salud reagrupado por antigüedad de laborar en el Centro de Salud. Respecto a la probabilidad de diferencia entre la comparación del personal de salud reagrupado por tiempo de antigüedad de laborar en dicho Centro, los trabajadores presentan, según el estadístico de prueba, una diferencia significativa ya que para el indicador de motivación, los valores son inferiores a 0.05.

Cuadro 9. Total de frecuencias de Ji-Cuadrada y probabilidad de diferencia según tiempo de laborar en el Centro. CS Dr. Gastón Melo

	Ji-Cuadrada	P
Satisfacción	5.1401	0.2732
Motivación	17.234	0.0085
Importancia	5.2114	0.2663
Desempeño	11.5913	0.0717
General	6.6399	0.1562

Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV.
Dic 2005 - ene 2006.

A continuación podemos observar los datos referidos para el indicador de desempeño, según los años de antigüedad de laborar en el Centro de Salud.

Cuadro 10. Número de personas según nivel referido de autopercepción del indicador de desempeño y por años de antigüedad de laborar en el Centro de Salud

Desempeño	0-10 años	11-20 años	21 a + años	Total
Muy buena	7	8	8	23
Buena	20	7	2	29
Regular	8	0	0	8
Mala	1	0	0	1
Total	36	15	10	61

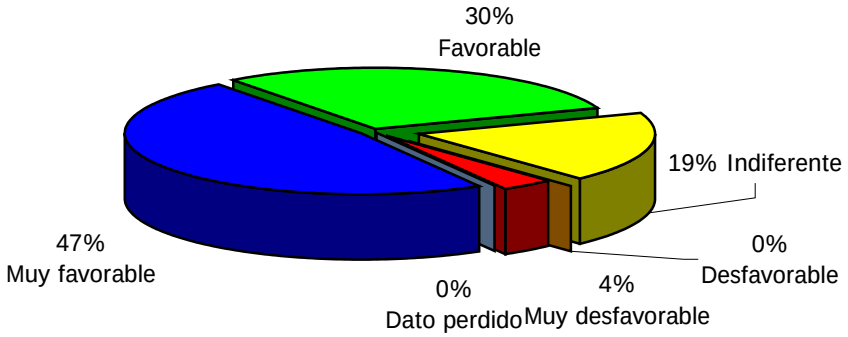
Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

ETAPA 3

Distribución porcentual de los trabajadores de acuerdo al área de trabajo que pertenecen y al área de oportunidad con potencial de desarrollo

En el gráfico siguiente se presenta por el análisis del total del instrumento, aquel personal más susceptible identificado por todas las áreas; en este caso personal administrativo es susceptible de mejorar su autopercepción del desempeño laboral con respecto al trabajo en equipo.

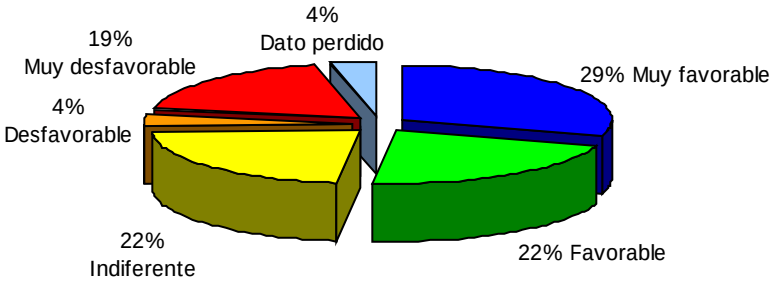
Gráfico 8. Distribución de los trabajadores de acuerdo a su ubicación por organigrama con relación directa con su área de oportunidad



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

El siguiente gráfico presenta según el análisis del total del instrumento, al personal más susceptible identificado dependiendo el área; en este caso personal administrativo es susceptible de mejorar su autopercepción del desempeño laboral con respecto a las relaciones laborales.

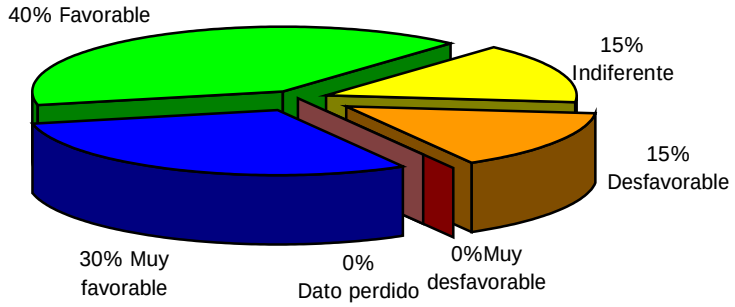
Gráfico 9. Distribución de los trabajadores de acuerdo a su ubicación por organigrama con relación directa con su área de oportunidad



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

El Gráfico 10 presenta, según el análisis del total del instrumento, al personal dependiendo el área; en este caso personal de laboratorio presenta susceptibilidad para mejorar su autopercepción con respecto a la relación jefe-autoridad.

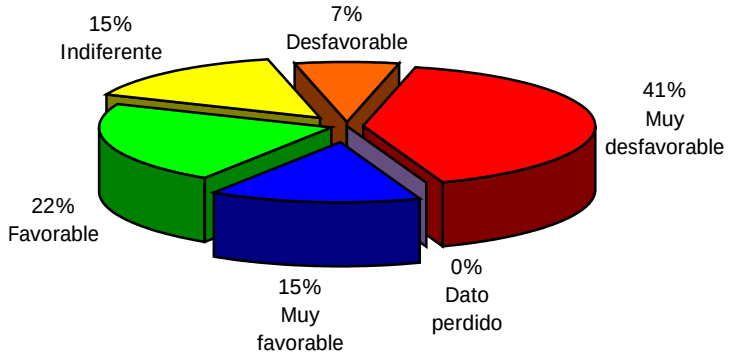
Gráfico 10. Distribución de los trabajadores de acuerdo a su ubicación por organigrama con relación directa con su área de oportunidad



Fuente: Cuestionario aplicado por alumnos ISP-UV. Dic 2005 - ene 2006.

El Gráfico 11, presenta por el análisis del total del instrumento, al personal más susceptible identificado según áreas de estudio; en este caso el personal administrativo es susceptible de mejorar su autopercepción con respecto a la percepción económica.

Gráfico 11. Distribución de los trabajadores de acuerdo a su ubicación por organigrama con relación directa con su área de oportunidad



CONCLUSIONES

Los objetivos de esta investigación se cumplieron en su totalidad.
Se observa una buena autopercepción del desempeño laboral en forma general de todos los participantes.

Es posible detectar diferencias particulares de la autopercepción del desempeño laboral al interior de las áreas.

En el comparativo de la autopercepción de desempeño laboral, según el sexo de los trabajadores, se puede mencionar que las mujeres son quienes tienen una mirada más positiva para la forma de cómo desempeñan sus funciones.

Las personas dependiendo del grado de escolaridad no reportan diferencias respecto al desempeño laboral, desde su perspectiva.

Sí es posible identificar diferencia significativa en la propia percepción sobre su desempeño entre el personal que mantiene contacto directo con los pacientes y el personal de soporte.

DISCUSIÓN

La presente investigación constituye la línea basal para futuros estudios.

La presente al ser una investigación de tipo descriptiva única, no permite las comparaciones entre otros centros de salud de similares características; otra limitantes son que no se contemplan factores como los estados mórbidos con que cursan los trabajadores, el tipo y calidad de las relaciones familiares, la elección o no de la sede de trabajo; pues no eran objetivos definidos, esto constituye una limitante y a la vez un trampolín para futuras investigaciones que utilicen este y otros instrumentos generados en el primer nivel.

Los objetivos del presente se cumplieron en su integridad. Para conseguir esto, se siguió el plan de análisis conforme el orden de los objetivos específicos.

De los supuestos planteados para la pregunta de investigación respondemos que:

1. Diferente a lo esperado, en lo general no es el personal de contacto quien tiene una mala autopercepción sobre su desempeño, esta autopercepción sobre su desempeño laboral es encontrada en el personal de soporte.
2. Esperábamos encontrar diferencias entre el personal ligada a su grado de escolaridad; no encontrando dichas diferencias.
3. No esperábamos encontrar diferencias entre el personal por su sexo; sin embargo se generan interrogantes para el futuro. ¿Acaso las enfermeras por ser mayoritariamente mujeres y tener una tradición formativa de servicio incide directamente en la aproximación global del personal mujeres para expresar una buena y muy buena autopercepción sobre su desempeño laboral?
4. Suponíamos una autopercepción del personal sobre su desempeño mala entre aquellos que tienen más tiempo laborando en la unidad, contrario a lo encontrado, que nos dice que es el personal con menos tiempo es el menos motivado.

Parte de las limitaciones de la presente emanan de que las investigaciones en diferentes localidades (Cabrera, 2004) apuntan en lo individual a los indicadores que a nosotros nos sirvieron para aproximarnos a la autopercepción del personal sobre su desempeño laboral.

No podemos contrastar lo referido por otros autores (Cabrera, 2004) en lo relativo a la insatisfacción laboral derivada del trabajo en equipo; pues no se ha hecho el cruce de estas variables, pues no era parte de los objetivos de la presente.

Para el indicador de satisfacción contrastamos los resultados con los referidos por Coomber S. que refiere en su estudio muy satisfechos un porcentaje de 30.4 por ciento en médicos de la unidad de cuidados intensivos, comparado con el 43 por ciento que es referido por todo el personal del CS; para este mismo estudio mencionamos que los trabajadores de UK se refiere un 0.8 por ciento de muy insatisfechos, no encontrando porcentaje para nuestra población de estudio.

Coincidimos en diseñar y utilizar instrumentos de evaluación propios que contemplen los valores inmersos de la cultura que le dio origen, congruentes con nuestra realidad, que permitan observar los pequeños cambios que se dan en el primer nivel de atención, de metodología práctica y sencilla, que puedan aplicarse con relativa baja inversión de recursos y que permitan generar, información útil para la toma de decisiones (Salinas, 1994), (Stott, 1997), (Pardo, 2001: 77).

Quedan interrogantes que valdría la pena contestar: ¿el contacto con los pacientes estimula a mantener una positiva mirada del trabajo que se realiza?, ¿realmente las mujeres tienen una actitud más positiva del desempeño de sus funciones?, ¿hay sitios de trabajo que "*perse"* influyen en la autopercepción del desempeño laboral con el paso del tiempo? (Coomber, 2002:873-81)

RECOMENDACIONES

Ofrecer talleres de motivación personal a los hombres del centro de salud.

Implementar cursos para el desarrollo de trabajo en equipo y relaciones laborales, especialmente dirigidos al área administrativa.

Fomentar en el área de laboratorio la habilidad directiva que permita evaluar, trabajar y mejorar la labor del jefe.

Recomendamos que se emplee el instrumento generado en un inicio, para explorar otros centros de salud de similares características.

Proponemos futuras líneas de investigación derivadas de las interrogantes generadas en el presente.

Sugerimos, profundizar en los ¿por qué? de los resultados arrojados por la presente en futuras investigaciones al interior del CS Dr Gastón Melo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudo de Córsico, M.C (1999, 2 de agosto) Autoestima y aprendizaje. Boletín de la Academia Nacional de la Educación, Buenos Aires, 40, pp. 3-9.
2. Ayala Velázquez, Héctor. (1984) Tema III.3 Desarrollo de Instrumentos de medición de para la evaluación de servicios médicos. En Investigación en servicios en salud. (p.92) México: CONACYT y SSA.
3. Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social psychology*, (6):1-62. New York: Academic Press.

4. Cabrera Pivaral, C.E. et al. Satisfacción laboral. de profesionales de la salud. en el IMSS, Jalisco 1999-2002. Recuperado el 5 de octubre de 2005, de www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/4D89098E-ADC8-4FC5-8390-C0AD060C60F9/0/satisfaccion_laboral.pdf

5. Coomber, S et all, (2002). Stress in UK intensive care unit doctors. British Journal of Anesthesia 89 (6): 873-81

6. Díaz Aledo, auditores y consultores S.l. Modelo de cuestionario de medición del climalaboral. Recuperado el 5 de octubre de 2005, de http://www.gerenteweb.com/documentos/recursos/drh0302041.php

7. Servicio público de empleo de Castilla y León . Evaluación del desempeño Recuperado el 5 de octubre de 2005, de, http://www.empleocastillayleon.com/prepararTextoPasosDesempenioAction.do#goto

8. Lahera Parada, E. (2002). Introducción a las políticas públicas. Chile: Fondo de Cultura Económica.

9. Luján López, M.E. Aplicación del CAL en la evaluación del desempeño en enfermeras jefes de piso Rev Enferm IMSS 2003; 11 (2): 83-86.

10. Maza Pacheco, L. A. (2004) Aportaciones de la Gestalt en la solución de los conflictos interpersonales en las organizaciones. En Gestalt de persona a persona. México: Alfaomega.

11. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. NTP 213: Satisfacción laboral: encuesta de evaluación. Recuperado el 5 de octubre de 2005, de http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_213.htm

12. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2001). Observatorio de los Recursos Humanos en Salud I. Editores: Pedro Brito y Edmundo Granda. Ecuador. Recuperado el 5 de octubre de 2005, de http://www.lachsr.org/observatorio/esp/pdfs/LIBRO1.pdf

13. Pardo Téllez, F. et al. (2001). Evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud. Aplicación en la auditoria médica. En Malagón-Londuño, G, Galán Morera, R. y Pontón Laverde G. Auditoría en Salud para una gestión eficiente (pp. 77) Colombia: Panamericana .

14. Sánchez, R. et al. .Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. 2003;13(4). Madrid: Medifam .

15. Salama-Penhos, H. (2004). Gestalt de persona a persona. México: Alfaomega.

16. Salinas Oviedo C. et al.. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Pública México.1994;36:22-29.

17. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. (1997) Manual de Organización del Centro de Salud de uno a doce núcleos básicos de Servicios de Salud.

18. Stott, N. et al. General practice-based primary care: generic outcomes Family Practice. 1997; 14 : 486-91.

19. Suárez, A. et. al. Análisis Motivacional de los Médicos del Principado de Asturias. Economía de la Salud ¿dónde estamos 25 años después? XXV jornadas de economía de la salud. Barcelona, 13-15 de julio 2005. Recuperado el 5 de octubre de www.aes.es/Jornadas/comunicaciones/output/54.pdf

20. Universidad de Salamanca Unidad de Evaluación de la Calidad . Cuestionario de satisfacción del personal de administración. Curso 2004-2005. Recuperado el 5 de octubre de http://qualitas.usal.es/PDF/cuestPAS2005

ANEXOS

Anexo 1. Ejemplo de revisión bibliográfica en Revista electrónica

Se realizó una búsqueda preeliminar de referencias bibliográficas en PUBMED con las palabras claves:

Palabras claves	No de artículos
administration and health service and self perception	1751
occupational motivation in work on health personal	36
perception and occupational motivation	110
perception and occupational aptitude	3
self perception and occupational mobility	25
self evaluation on medical personal	88
differences in importance on work on health personal	39
differences in work on health personal	365
gender differences in importance on work on health personal	4
gender differences in importance on health personal	15
gender differences in satisfaction on health personal	43
gender differences in motivation on health personal	14
gender differences in self perception on health personal	23
differences in self perception on health personal	161
self perception on health personal	1345
self perception on medical personal	447

De los resultados obtenidos se depuró la búsqueda preeliminar, revisando sólo aquellos títulos que refirieran explícitamente palabras relacionadas con la presente investigación o que tuviesen disponible la versión integra del artículo, esto limitó el número de artículos a 20; tras una revisión de los resúmenes se contaron con 6; tras la revisión íntegra de los mismos; se encontraron similitud de objetivos o resultados comparativos en 2 artículos.

ELEMENTOS QUE OBSTACULIZAN LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EL CENTRO DE SALUD REVOLUCIÓN

Esmeralda Bernal Aguilera, Sara Flores Méndez y Alberto Morales Rodríguez

INTRODUCCIÓN

En esta investigación se presentan los elementos que obstaculizaron la realización del diagnóstico de salud del Centro de Salud Urbano Revolución en el 2004, basándonos en los lineamientos que establecen la Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000 dentro de la que se establece los procedimientos a seguir dentro de la Secretaría (SSA). Una vez identificados los antes mencionados, el presente trabajo hace propuestas para mejorar la planeación de los procedimientos de la Guía Metodológica, y así se contribuye con estrategias que permitan al personal responsable de la elaboración de dicho documento facilitar su integración, análisis y utilización del Diagnóstico de Salud como herramienta indispensable para la toma de decisiones.

Generalidades

El Centro de Salud Urbano Revolución, se encuentra en la parte noreste de la Ciudad de Xalapa, con una población de 47,223 habitantes que corresponde a población abierta.

El Centro de Salud Urbano Revolución se instala en mayo de 1989, en la calle Valerio Trujillo s/n, en 1991-1992 se establece en la calle Francisco Márquez, más tarde se ubica en la calle Carlos Primero número 24. Finalmente se construye el 21 de junio del año 2001.

Se conforma físicamente de ocho consultorios, una sala de espera, un área de inmunizaciones, consultorio dental, dirección, oficinas administrativas, farmacia, recepción y sanitarios. Presta atención médica en lo turno matutino y vespertino, eliminando en el mes de diciembre del 2005 el turno nocturno. Contando con atención sábados y domingos. Atiende a 17 colonias con un total de 47,223 habitantes que corresponde a población abierta, cabe señalar que dentro del estudio de regionalización operativa del 2003 con la que cuenta la unidad sólo se contemplan quince colonias.

Los recursos humanos con los que cuenta son los siguientes:

- 20 médicos, de los cuales:
- el director.
- responsable del departamento de epidemiología.
- quince médicos responsables de los núcleos básicos.
- un médico de jornada acumulada.
- dos médicos turno nocturno.
- 17 enfermeros de las cuales se desglosan:
- jefa de enfermera.
- quince enfermeros para apoyo en clínica y campo.

A demás de contar con el apoyo de vacunadoras permanentes y de contrato para cubrir el programa de vacunación universal. Cuatro odontólogos, una nutrióloga, dos promotores en salud, una psicóloga, y siete elementos del personal administrativo, así como dos personas que apoyan en las labores de intendencia.

Está conformado por quince núcleos básicos, distribuidas en catorce áreas geográficas básicas (AGEB).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las funciones del personal de salud es determinar los problemas de salud de una población y proponer las medidas para atenderlos, lo cual implica poseer elementos que sustenten las decisiones a tomar a este respecto. La toma de decisiones debe estar basada en los problemas reales que afecten a esa población, de lo contrario se corre el riesgo de no atacar los problemas prioritarios y de malgastar recursos en cuestiones que no repercutirán en beneficio de la salud. La herramienta indispensable para determinar el estado de salud de una comunidad es el diagnóstico de salud, pues permite identificar aquellos problemas de salud que afectan a una comunidad determinada para, una vez detectados, diseñar acciones que los solucionen y procurar satisfacer las necesidades reales de salud**.** En el Centro de Salud Urbano Revolución se cuenta con un diagnóstico de salud mismo que se concluyo en julio del 2004, y que nos permitió llevar a cabo el análisis e identificación de los obstáculos que impidieron se realizará un Diagnóstico de Salud acorde al procedimiento establecido dentro de la Guía Metodológica Básica para la Atención Médica Familiar 2000. Normada por la Secretaría de Salud.

Marco teórico

La teoría de los modelos en las ciencias sociales es un instrumento que ayuda a los directivos médicos a tomar mejores decisiones, pero su manejo es algo complicado y requiere arduo esfuerzo. Su utilidad radica en hacer un diagnóstico de una determinada realidad, "ya que aquel que posee los instrumentos intelectuales para hacer un diagnóstico de una determinada realidad, de explicar por qué las cosas son de cierta forma en razón de leyes, teorías o conceptos aceptados actualmente por la ciencia y la probabilidad de acertar en una predicción acerca de lo que sucederá en un futuro según la conducta que se selecciona, esa persona estará aplicando la teoría de modelos en las ciencias sociales, lo cual representa un valor agregado importante para su comunidad, la institución a la que sirve y para sí mismo. Al manejar modelos en ciencias sociales se tiene una visión general del sistema, y por ende de su complejidad, se identifican sus partes y se le ubica en un lugar preciso en razón de un orden establecido en el pensamiento, de las proporciones de cada elemento y su valor; asimismo obliga a identificar la coherencia entre los conceptos utilizados para su análisis, lo cual desemboca en una visión más acertada de la realidad. (Cordera, 1996).

El autor hace referencia a los modelos de los sistemas de salud en donde surge la necesidad de aplicar diagnósticos situacionales, y como ejemplo menciona un formulario aplicado en 10 delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y posteriormente a nivel delegacional en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Álvarez A. (2002) menciona que el diagnóstico de salud 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. Es el resultado de una investigación que da a conocer las condiciones de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan, así como de los recursos con que se cuenta para atacarlos. 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 las siguientes características:

1. Objetividad: los datos deben presentarse, siempre que sea posible, de manera cuantitativa para evitar subjetividad.
2. Precisión debe referirse en la población de estudio y el medio en que se encuentra.
3. Integridad: ha de ser lo más completa posible para permitir conocer y evaluar el estado de salud de la población.
4. Temporalidad: generalmente se refiere a un tiempo determinado, un año por ejemplo.

López R. (2003) señala que el diagnóstico de salud es el resultado de un estudio esencialmente epidemiológico, el cual se presenta como un documento cuyos datos (científicamente analizados) sirven para fundamentar las acciones para la prevención y control de las enfermedades y con ello mejorar los niveles de bienestar y utilidad social individuales y generales de la población estudiada. El diagnóstico de salud antecede a cualquier programa de atención médica, pues también determina alternativas para la solución de los problemas de salud.

El autor refiere que el estudio puede comprender solo una familia, cualquier grupo o todo un estado, una institución o toda una Nación. Según la aplicación que se le quiera dar, puede ser sólo la investigación de las causas de enfermedad y muerte, o profundizar sobre estadísticas de mortalidad, morbilidad y factores condicionantes, ya sea psicosociales, económicos y políticos, así como indicadores no sólo del daño a la salud sino también del bienestar.

Guía Metodológica Básica para la Atención Médica Familiar 2000. La Secretaría de Salud dentro de la Guía Metodológica define el diagnóstico de salud como 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; información que nos permite identificar los principales problemas de salud, así como sus factores condicionantes, a la vez que facilita valorar las posibilidades y recursos de la comunidad para enfrentarlos; esto coadyuva a la planeación y programación de acciones locales para la salud y por lo tanto la operación de los servicios.

Dentro de esta misma establece las normas operativas para la realización del diagnóstico de salud dentro de los Servicios de Salud (SSA), estableciendo el modelo a seguir. Además de especificar los instrumentos que permiten paso a paso llegar a la conformación del Diagnóstico de salud, mismos que se describen a continuación:

Cartografía, técnica que se encarga del estudio, elaboración o análisis de mapas y otros instrumentos que representan la tierra o parte de ella, con base en el resultado de observaciones directas o del aprovechamiento de una documentación preexisten y que en el sector salud se utiliza para la delimitación del territorio geográfico hacía donde se dirige la prestación de servicios. Este se elabora de enero a febrero de cada año; se debe realizar una general de toda el área de influencia de la unidad médica, y una por núcleo básico de acuerdo a su área de responsabilidad, misma en la que deben participar en su elaboración o actualización el médico, la enfermera de clínica y la enfermera de campo responsables del núcleo básico. El tamaño de la cartografía general es de 1.20 x 90 cm, y debe colocarse en un sitio visible en la unidad. Además de que cada núcleo básico al interior del mismo debe contar con la cartografía de su área de responsabilidad, la cual debe contar con simbología sencilla y clara de fácil interpretación, misma que se propone dentro de la Guía metodológica, agrupándose en cinco categorías: límites, accidentes geográficos, vías de comunicación, asentamientos poblacionales e infraestructura social. El instrumento deberá operar para lo siguiente: familias de responsabilidad, planeación de actividades y citas, avance de programas, ubicación de casos, cercos epidemiológicos, ubicación de áreas de riesgo, complemento de canales endémicos.

Cédula de microdiagnóstico familiar es un instrumento de trabajo que permite identificar los principales riesgos en salud, de la población asentada en un área de influencia determinada. El levantamiento o actualización se debe planear de octubre a enero de cada año, en cuanto a normas de operación la enfermera de campo debe llevar a cabo el levantamiento de las mismas. El trabajo del núcleo básico se distribuye de la manera siguiente, la enfermera de clínica desarrolla la cédula de microdiagnóstico en el diez por ciento de su jornada laboral; la auxiliar de enfermería de campo en un 70 por ciento y el médico en un diez por ciento respectivamente.

Pirámide de población, es un instrumento gráfico donde se concentra la población de un área determinada, con base a la edad, y sexo de sus habitantes, lo que permite programar las actividades de salud tomando en cuenta la información obtenida. Debe contarse con una pirámide de población general de la población de responsabilidad del área de influencia tanto de la unidad médica, como por núcleo básico, misma que debe ser actualizada cada año en el mes de enero. Su realización está basada en la recolección de la información captada en la cédula de microdiagnóstico

familiar y se procesa por grupo de edad. La responsabilidad de su elaboración o actualización es del médico del núcleo básico.

Rotafolio de información básica, es un instrumento que integra los componentes para la elaboración del diagnóstico de salud (población, daños, condicionantes y recursos) y en su parte final contiene la programación de actividades. Cada núcleo básico debe contar con el rotafolio de información básica, la integración y el análisis de cada uno de ellos conforman el rotafolio de información básica general de toda la unidad médica. Según la normatividad marca que debe actualizarse de noviembre a diciembre de cada año. Por los integrantes del núcleo básico (médico, enfermera de clínica, enfermera de campo).

Diagnóstico de salud. Debe ser integrado por el director de la unidad médica o jefe de jurisdicción. Se debe elaborar de enero a marzo de cada año.

Muñoz S. Y colaboradores (1991), realiza un estudio descriptivo de las orientaciones emitidas por la Vicerrectoría de postgrado del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana en Noviembre de 1991, para la elaboración del Diagnóstico de la Situación de Salud del Sector, en la que aparecen los aspectos que debe contener el documento y su análisis, cuya finalidad es unificar criterios y establecer requisitos que permitan ser utilizados en el mejoramiento de la calidad del trabajo de los residentes y especialistas de Medicina General Integral (MGI) en la Atención Primaria de Salud. También se describe la guía establecida en el Programa de Trabajo del Médico y la enfermera de la Familia, aparecida en 1988, así como la metodología elaborada por la Facultad Comandante Manuel Fajardo, dirigida fundamentalmente a la docencia de pregrado en 1994.

García R. (1993) menciona que con los diagnósticos situacionales se han podido identificar las causas de problemas cuya solución es viable, dando como resultado la planeación, organización y ejecución de acciones dirigidas a mejorar el estado de salud de los derechohabientes petroleros. La reflexión indicó que un diagnóstico situacional, nacional o regional solo tiene valor si se integra con la suma de todas las unidades médicas que tienen población adscrita, aplicando criterios explícitos que permitan respuestas con juicios similares. Para realizar su estudio, el autor utilizó 23 hospitales, seis clínicas y un consultorio periféricos, ya que el total de pacientes ahí atendidos es de 727 413, esto es el 94 por ciento de la población derechohabiente de PEMEX. Se elaboró un formulario con más de un 70 por ciento de preguntas precodificadas, reforzado con un instructivo con criterios explícitos acerca de la finalidad de un diagnóstico situacional y del motivo de cada pregunta. Se hizo énfasis en la explicación de las preguntas abiertas, de tal manera que se pudieran conocer factores condicionantes o causales y no sólo los efectos; se reconoció la necesidad de identificar los problemas y sus causas, analizando su significado trascendencia y viabilidad para solucionarlo. Asimismo, se analizaron los problemas a fin de darles un valor en razón de los hechos, pero se aceptó que existe un factor subjetivo en la población, en los prestadores del servicio y en las autoridades institucionales que deben tomarse en cuenta.

Por todo lo anterior el diagnóstico de salud es una herramienta que nos permite obtener información necesaria para realizar el análisis y conocer la situación de salud de una comunidad determinada. La identificación, priorización y solución de los problemas de salud, le otorgan un carácter multidisciplinario e intersectorial y hace necesario un enfoque social y sistémico, con la participación de los líderes formales e informales de la comunidad y la puesta en práctica de procedimientos y técnicas diversas para su realización.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Valorar los obstáculos en el procedimiento establecido para la realización del diagnóstico de salud en el Centro de Salud Urbano Revolución.

METODOLOGÍA

Criterios generales de planificación del proyecto

Para fines de esta investigación, se inició con la identificación de los documentos que permiten la conformación del Diagnóstico de Salud y del propio Diagnóstico de la Unidad elaborado en el 2004. Cabe señalar que además se identifico el personal operativo que participó en la recolección y conformación del documento. Para posteriormente establecer los instrumentos que nos permitieron lograr el objetivo de dicha investigación y obtener los resultados que se presentan.

Tabla 1. Descripción de variables teóricas, según definición conceptual, dimensiones, componentes y criterios establecidos para la investigación

Variable Teórica	Definición conceptual	Dimensiones	Componentes	Criterios
Obstáculos	Dificultad para la realización del diagnóstico de salud.	Administrativos	En términos Administrativos tomaremos en cuenta: 1. El Nivel de Participación. 2.Curso de Acción que se siguió: a) Temporalidad b) Proceso 3. Secuencia de Operaciones.	Participó al 100 por ciento el personal indicado por Norma. Periodo de octubre a marzo. Recolección de datos e integración de acuerdo a Guía Metodológica.
Obstáculos		Técnicos:	1. Conocimiento de las normas de operación de cada componente para la integración del diagnóstico de salud. a) Cartografía. - Conocimiento - Medidas - Simbología b) Cédulas de microdiagnóstico. - Conocimiento - Aplicación >18 años. - Inicio noreste de la manzana. c) Rotafolio de información básica. - Conocimiento - Por unidad médica - Por núcleo básico d) Pirámide de población. - Conocimiento - Por unidad médica - Por núcleo básico e) Diagnóstico de salud. - Conocimiento - Por unidad médica	De acuerdo a la Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000.

Tipo de estudio y diseño general

Estudio de tipo evaluativo, en donde es importante señalar que la evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor del objeto evaluado, con el fin de mejorarlo, y que sirva de guía para la toma de decisiones futuras. Se valoró la presencia de obstáculos en la elaboración y desarrollo del diagnóstico de salud por parte del personal del Centro de Salud Urbano Revolución elaborado en el año 2004.

Cabe señalar que:

En primer lugar se identificó y se dio seguimiento al procedimiento que se llevó a cabo para la realización del diagnóstico de salud por parte del director y el personal de la unidad médica en el año 2004.

Posteriormente se valoraron los obstáculos que existieron dentro del procedimiento establecido para la integración de cada uno de los componentes que son indispensables para la conformación del diagnóstico de salud, de acuerdo a lo establecido por la Secretaría de Salud dentro de la Guía Metodológica Básica para la Atención Médica Familiar 2000.

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

Para efecto de este estudio se trabajó con todo el personal operativo que participó dentro de las diferentes etapas en el procedimiento que se estableció para la elaboración del Diagnóstico de Salud 2004.

Se llevó a cabo la identificación del personal operativo por lo que los criterios de inclusión se concluyó que se integraría al siguiente personal:

- Director de la Unidad
- Epidemiología
- Médicos encargados de núcleos básicos
- Enfermeras de clínica y campo
- Promotores en salud

Dentro de los criterios de exclusión se identificó al personal que no participó en la elaboración del Diagnóstico de Salud como fueron:

- Pasantes en Servicio de reciente ingreso (nutrición, odontología, psicología, enfermería)
- Personal Administrativo
- Personal de Intendencia

Cabe mencionar que la aplicación del cuestionario inicial fue de 33 personas, sin embargo, solo se levantaron 22 cuestionarios de los cuales dos correspondieron al Director y a la encargada de Epidemiología en la unidad, esto como resultado de cuestiones administrativas dentro de la Secretaria de Salud.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos utilizados y métodos para el control y calidad de los datos

Para efectos de está investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: *Guía de Observación.* La cual consistió en dos secciones, la primera sección incluyó una breve entrevista con el director de la unidad médica, la cual tuvo como objetivo conocer el procedimiento que se estableció para el cumplimiento de cada una de las etapas indispensables para la conformación o actualización del diagnóstico de salud en el 2004.

La segunda sección consistió en la observación de los documentos utilizados en la actualización del diagnóstico de salud del 2004, de acuerdo al flujograma establecido a partir de la Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000 (Anexo 1) Consta de cuatro apartados, de los cuales se obtuvo información sobre los componentes que permiten la integración del diagnóstico de salud.

El instrumento se validó antes de su aplicación final, en otra unidad médica en las mismas condiciones y en sujetos similares a esta investigación, lo que permitió la corrección y adecuación en la redacción de los ítem, posteriormente se sometió a la opinión de expertos en materia para realizar las correcciones pertinentes.

Cuestionario. Este instrumento fue dirigido al personal operativo de los núcleos básicos y personal técnico que participó dentro del procedimiento de elaboración dentro de las diferentes etapas para la conformación del diagnóstico de salud en la unidad médica. Este cuestionario está compuesto por 35 ítem, dirigido a explorar los obstáculos administrativos y técnicos. Los puntos abordados hacen referencia a los elementos y procedimientos que permiten la integración del diagnóstico de salud conforme a lo sugerido dentro de la Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000.

Este instrumento fue validado aplicándolo a sujetos similares dentro de la misma unidad médica, lo que nos permitió hacer las adecuaciones de los ítem con respecto a redacción, posteriormente se sometió a la opinión de expertos en materia haciendo las ultimas correcciones pertinentes para su aplicación.

La tarea de valoración como una característica esencial de la evaluación, nos enfrentó con la necesidad de definir criterios con los cuales proceder a la realización de dicha valoración, por lo que para el control en la identificación de los obstáculos en las respuestas dentro de los instrumentos antes mencionados, se tuvo la necesidad de establecer un flujograma para identificar las etapas a seguir en la conformación de la actualización del diagnóstico de salud, basado en la Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000.

Procedimientos que garantizaron aspectos éticos en la investigación

Dentro de la planificación y elaboración de los cuestionarios se determinó el anonimato de cada una de las personas que participaron, para mayor libertad en sus respuestas, haciendo hincapié en que el análisis es en general de todos los participantes.

Se hará entrega de los resultados al director de la unidad, así mismo se llevará a cabo la presentación de dichos resultados a todos los involucrados en la investigación.

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

El resultado del análisis de la información obtenida, y de los hallazgos realizados en esta investigación, se presentan de manera descriptiva en tablas.

Programa utilizados para análisis de datos

Para efectos de esta investigación se llevó a cabo la captura de la base de datos en Microsoft Excel, el procesamiento de la información con los software Epi Info versión 3.2.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos por los instrumentos designados para este estudio.

Guía de Observación

La guía de observación esta conformada por dos secciones por lo que a continuación se describe lo encontrado en cada sección.

SECCIÓN I.

En esta sección se realizó una breve entrevista al director de la unidad médica, acerca del procedimiento con que se llevó a cabo la realización del diagnóstico de salud del año 2004, refiere que:

1. El número total de personas que trabajan en la clínica es de 54.
2. El personal que tuvo contacto directo con la elaboración del diagnóstico de salud por área de servicio fueron:
    - Del Área Médica el Director y dos médicos.
    - Del Área de Enfermería la Jefa de enfermeras y
    - Del personal técnico dos promotores.
3. Se refiere además que se cuenta con la Guía técnica y de procedimientos escritos para la elaboración del diagnóstico de salud, *Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000,* en la unidad médica.
4. El director de la unidad médica conoce el procedimiento de elaboración del diagnóstico de salud.
5. El personal que participó en la elaboración en el levantamiento de las cédulas de microdiagnóstico en el año 2000, recibió plática en este mismo año, sin embargo no se refiere quién la impartió y en donde.
6. La actualización del diagnóstico de salud se llevó a cabo en el año 2004.

SECCIÓN II.

Está sección incluye la observación de los documentos utilizados en la integración del diagnóstico de salud en la unidad médica:

- Cartografía del área de influencia de la unidad médica
    - Sí se tiene en la unidad médica, pero no cumple con el tamaño normado de 1.20 x 90 cm, no cuenta con la simbología establecida dentro de la Guía Metodológica Familiar Básica 2000.
    - Esta cartografía fue proporcionada por la Jurisdicción Sanitaria No. V, Xalapa, y actualizada en el año 2004.
- Cartografía del área de influencia de cada núcleo básico de la unidad médica (15 núcleos básicos) (Tabla 1).

Tabla 1. Núcleos básicos según cuentan con la cartografía de acuerdo con la Guía Metodológica Básica para la Atención Médica Familiar 2000. Noviembre 2005

No. de núcleo básico	¿Cuenta con la Cartografía?	Tamaño normado 1.20 x 90 cm	Simbología establecida en la norma	¿Quién la realizó o actualizó?	Fecha de realización o actualización
1	Sí	No	No	Médico	2002
2	Sí	No	No	Médico	No sabe
3	Sí	No	No	Médico	2003
4	Sí	No	No	Médico	No sabe
5	Sí	No	No	Médico	2002
6	Sí	No	No	Médico	No sabe
7	Sí	No	No	Médico	2004
8	Sí	No	No	Médico	No sabe
9	Sí	No	No	Médico	No sabe
10	Sí	No	No	Médico	No sabe
11	Sí	No	No	Médico	No sabe
12	Sí	No	No	Médico	2003
13	Sí	No	No	Médico	2003
14	Sí	No	No	Médico	No sabe
15	Sí	No	No	Médico	No sabe

Fuente: Guía de observación, ISP, 2005.

Cabe señalar que estos documentos fueron revisados por cada núcleo básico.

- Cédulas de microdiagnóstico por cada núcleo básico.

Tabla 2.Núcleos básicos según cuentan con cédulas de microdiagnóstico de acuerdo con Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000. Noviembre 2005

No. de núcleo básico	¿Cuentan con cédulas de microdiagnóstico?	¿Cuándo fueron levantadas?	¿Quién las levantó o actualizó?	Fecha de actualización
1	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	2003
2	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	2003
3	Sí fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	2004
4	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	2005
5	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	2004
6	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	2004
7	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	No sabe
8	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	No sabe
9	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	2001
10	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	No sabe
11	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	No sabe
12	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	No sabe
13	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	2000
14	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	No sabe
15	No fueron mostradas	2000	Médico y enfermera	2000

Fuente: Guía de observación, ISP, 2005.

- El rotafolio de información básica general del área de influencia de la unidad médica.
    - La unidad cuenta con este documento.
    - Fue elaborado en el año 2000.
    - Lo realizó el director.
    - Si fue actualizado en el año del 2004.

- Rotafolio de información básica por núcleo básico.

Tabla 3. Núcleos básicos según cuentan con rotafolio de información básica de acuerdo con la Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000.Noviembre 2005

No. de núcleo básico	¿Cuentan con Rotafolio de información básica?	¿Cuándo fue elaborado?	¿Quién lo elaboró?	Fecha de actualización
1	No	-	-	-
2	No	-	-	-
3	No		-	-
4	No	-	-	-
5	No	-	-	-
6	No	-	-	-
7	No	-	-	-
8	No	-	-	-
9	No	-	-	-
10	No	-	-	-
11	No	-	-	-
12	No	-	-	-
13	No	-	-	-
14	No	-	-	-
15	No	-	-	-

Fuente: Guía de observación, ISP, 2005.

- Pirámide poblacional del área de influencia de la unidad médica.
    - La unidad médica sí cuenta con la pirámide poblacional.
    - Realizada por el director de la unidad.
    - La actualización de esta se llevó a cabo en el año 2004.
- Pirámide poblacional por núcleo básico.

Tabla 4. Núcleos básicos según cuentan con pirámide población de acuerdo con la Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000. Noviembre 2005

No. de núcleo básico	¿Cuentan con pirámide de población?	¿Quién la realizó?	Fecha de actualización
1	No	-	-
2	No	-	-
3	No	-	-
4	No	-	-
5	No	-	-
6	No	-	-
7	No	-	-
8	No	-	-
9	No	-	-
10	No	-	-
11	No	-	-
12	No	-	-
13	No	-	-
14	No	-	-
15	No	-	-

Fuente: Guía de observación, ISP, 2005.

- Diagnóstico de salud del área de influencia de la unidad médica.
  - La unidad cuenta con diagnóstico de salud.
  - Fue elaborado en el año 2002.
  - Lo integró el director de la unidad médica.
  - Se actualizó en el año 2004.

Cuestionario

En esta sección se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario al personal operativo de los núcleos básicos.

- Se evaluó el conocimiento del personal de operativo, sobre los conceptos básicos de los diferentes elementos que permiten la integración del diagnóstico de salud.

Tabla 5. Número de personas según profesión y conocimiento sobre conceptos básicos para la integración del diagnóstico de salud. Centro de Salud Urbano Revolución. 2005

Profesión	Conceptos básicos del diagnóstico de salud			
	Cartografía	Cédula de Microdiagnóstico	Rotafolio de información básica	Pirámide poblacional
	No.	No.	No.	No.
CONOCE:	12	17	9	12
Médicos	8	13	7	8
Enfermeras	3	2	1	3
Personal Técnico	1	2	1	1
DESCONOCE:	10	5	13	10
Médicos	7	2	8	7
Enfermeras	2	3	4	2
Personal Técnico	1	-	1	1
Total	22	22	22	22

Fuente: Cuestionario, ISP, 2005.

A continuación se presenta el análisis de la información recabada de acuerdo a lo establecido dentro de la metodología de esta investigación. Se presenta por elemento de acuerdo a la secuencia planteada dentro de la Guía Metodológica Básica para la Atención de la Familia 2000 para la integración del diagnóstico de salud, en comparación con lo encontrado dentro de la unidad médica. Es importante señalar que el núcleo básico lo define la Guía Metodológica Básica como un médico, una enfermera de clínica, una enfermera de campo y un promotor por cada tres núcleos básicos.

Cartografía

Guía Metodológica Básica:

DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA

Secuencia de proceso:

1a etapa

Recurso humano implicado:

- Médico
- Enfermera de campo
- Enfermera de clínica (apoyo)
- Personal técnico

Temporalidad:

Enero a Febrero

DIMENSIÓN TÉCNICA

Normas de operación:

- Conocimiento
- Medidas (1.20 x 90 cm)
- Simbología

Fuente: Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000.

En la unidad médica:

DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA

Secuencia de proceso:

1a etapa

Recurso humano implicado:

- Enfermera de campo (70 por ciento)
- Médico (10 por ciento)
- Enfermera de clínica (10 por ciento)
- Personal técnico

Temporalidad:

Octubre a Enero

DIMENSIÓN TÉCNICA

Normas de operación:

- Conocimiento
- Aplicación >18 años
- Inicio noreste de la manzana

Fuente: Guía de observación y cuestionario. ISP. 2005.

Es importante señalar que dentro de la unidad médica no se cuenta de acuerdo a lo establecido con núcleos básicos completos, y secundario a las múltiples actividades de enfermería sólo el médico ha participado en la elaboración de la

cartografía, sólo apoyan en el centro de salud dos promotores que por la sobre carga de los mismos es imposible apoyar a quince núcleos básicos existentes en la unidad médica. Por lo cual es imposible cumplir dentro del tiempo establecido lo que indica la Guía Metodológica. Por otro lado a pesar de que se cuenta con las cartografías es imposible con las medidas que se proponen el lograr que estas contengan todos los datos necesarios, y se apegue a la simbología sugerida. Sólo el 54 por ciento de los encuestados tiene conocimiento sobre las normas de operación para este apartado.

Cédulas de microdiagnóstico

Guía Metodológica Básica:
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA
Secuencia de proceso:
No se cumple
Recurso humano implicado:
- Médico

Temporalidad:
No se realiza en el tiempo establecido

DIMENSIÓN TÉCNICA
Normas de operación:
- 54 por ciento conoce
- No cumple medidas
- No cumple con simbología

Fuente: Guía de Observación y cuestionario. ISP 2005

En la unidad médica:
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA

Secuencia de proceso:
No se cumple

Recurso humano implicado:
- Médico
- Enfermera de clínica

Temporalidad:
No se realiza en el tiempo establecido

DIMENSIÓN TÉCNICA
Normas de operación:
- 77 por ciento conoce
- No se cumple
- No cumple

Fuente: Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000

Este componente corresponde a la primer etapa junto con la cartografía ya que su levantamiento y actualización se llevan a cabo al mismo tiempo, sin embargo en cuanto a la temporalidad no corresponden los meses establecidos por la Guía Metodológica con respecto a estos dos componentes; en la unidad médica nuevamente no se cumple con esta etapa de acuerdo al proceso, cabe señalar que nuevamente la falta de recurso humano no permite se lleve a cabo el levantamiento de las cédulas de microdiagnóstico a la par de la cartografía, además no permite el levantamiento de las mismas dentro del tiempo establecido. Por otro lado en cuanto a las normas de operación sólo se encontró que el 77 por ciento del personal encuestado conoce éstas. Dentro de la cédula de microdiagnóstico no existe un apartado específico para el registro de la edad de los encuestados; y no se levantan las cédulas por el noroeste de las manzanas encuestadas.

Rotafolio de información básica

Guía Metodológica Básica:
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA
Secuencia de proceso:
2a etapa
Recurso humano implicado:

- Director de la unidad
- Médico.
- Enfermera de clínica
- Enfermera de campo
- Personal técnico

Temporalidad:
Noviembre a diciembre
DIMENSIÓN TÉCNICA
Normas de operación:

- Conocimiento
- Por unidad médica
- Por núcleo básico

Fuente: Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000

En la unidad médica:
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA
Secuencia de proceso:
No se cumple
Recurso humano implicado:

- Director de la unidad.

Temporalidad:
No se realiza en el tiempo establecido
DIMENSIÓN TÉCNICA
Normas de operación:

- 40 por ciento conoce
- Sí se cumple
No se cumple

Fuente: Guía de observación y cuestionario.ISP. 2005.

Es importante señalar que este componente se realiza por núcleo básico, y a partir de estos se concentra uno general, es decir, de todos los núcleos básicos. De acuerdo a lo descrito en los cuadros, la unidad médica no cumple con la secuencia de proceso, sólo se encontró con el general de la unidad médica, y fue elaborado por el director de la unidad médica, ninguno de los núcleos básicos cuenta con este documento; la temporalidad que marca la Guía Metodológica no es congruente con la temporalidad establecida en las etapas previas; sólo el 40 por ciento del personal encuestado conoce sobre las normas de operación establecidas para este componente.

Pirámide de población

Guía Metodológica Básica:
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA
Secuencia de proceso:
3a etapa
Recurso humano implicado:

- Director de la unidad
- Médico.

Temporalidad:
Enero de cada año
DIMENSIÓN TÉCNICA
Normas de operación:

- Conocimiento
- Por unidad médica
- Por núcleo básico

Fuente: Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000

En la unidad médica:
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA
Secuencia de proceso:
No se cumple
Recurso humano implicado:

- Director de la unidad

Temporalidad:
No se realiza en el tiempo establecido
DIMENSIÓN TÉCNICA
Normas de operación:

- 54 por ciento conoce
- Sí se cumple
- No se cumpe

Fuente: Guía de observación y cuestionario. ISP. 2005.

En este componente al igual que el rotafolio de información se debe contar con una pirámide de población por núcleo básico y una por toda la unidad médica. No se cumple con la secuencia de proceso, la falta de recurso humano vuelve a ser factor determinante para este componente. Nuevamente el tiempo establecido por la Guía Metodológica es incongruente con lo antes expuesto con respecto a los otros componentes. Sólo se cuenta con la pirámide de

población general de la unidad médica y fue realizada por el director de la unidad médica, ningún núcleo básico cuenta con ésta. Se encontró que solo el 54 por ciento conoce las normas de operación establecidas por la Guía Metodológica.

Diagnóstico de salud

Guía Metodológica Básica:
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA
Secuencia de proceso:
4a etapa
Recurso humano implicado:
- Director de la unidad

Temporalidad:
Enero a marzo
DIMENSIÓN TÉCNICA
Normas de operación:
- Conocimiento
- Por unidad médica

Fuente: Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000.

En la unidad médica:
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA
Secuencia de proceso:
No se cumple
Recurso humano implicado:
- Director de la unidad

Temporalidad:
No se realiza en el tiempo establecido
DIMENSIÓN TÉCNICA
Normas de operación:
- Sí conoce
- Sí se cumple

Fuente: Guía de observación y cuestionario. ISP. 2005.

Por último la integración del diagnóstico de salud en la unidad médica, no cumple la secuencia de proceso dentro de la unidad médica; sí es integrado por el director de la unidad médica; no se realiza en el tiempo establecido por la Guía Metodológica; el director sí tiene conocimiento sobre las normas de operación sobre al integración del diagnóstico de salud, sí se tiene en la unidad médica.

DISCUSIÓN

Expertos en la temática refieren:

- Que la evaluación, se hace para mejorar los programas evaluados, rendir cuentas sobre los mismos y generar información que permita ilustrar posibles acciones futuras.
- Cabe señalar que este tipo de investigación nos permitió visualizar *cómo se aborda el problema* en un contexto y momento determinado, como fue el caso del Centro de Salud Urbano Revolución.
- Dadas las circunstancias consideramos que los obstáculos encontrados, se pueden superar en aras de mejorar la situación actual, en donde es importante señalar que no solo es competencia de la unidad médica cumplir con el procedimiento establecido, sino que es indispensable que la empresa cubra los requerimientos que en cuanto a recurso humano y material es necesario para cumplir con lo que la *Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000* plantea.
- La Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000, refiere que cada año se debe proporcionar capacitación al personal antes de comenzar con las actividades propias para la integración del diagnóstico de salud, y que debe ser impartida por el nivel jurisdiccional.

RECOMENDACIONES

Fomentar la cultura de la evaluación.

Mantener procesos de evaluación permanente.
Fomentar una actitud reflexiva y a la vez propositiva en cada uno de los integrantes de la unidad médica.

Gestionar a través de las instancias implicadas los recursos humanos y materiales para cumplir el propósito planteado dentro de la Guía Metodológica.

De no ser posible el obtener por parte de la empresa el recurso humano y material, se sugiere la realización de convenios de apoyo y colaboración con otras instituciones para lograr dicho propósito.

La *Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000,* es en donde se establece la pauta a seguir dentro de la Secretaría de Salud, para la integración del diagnóstico de salud, por lo que es de vital importancia realizar una revisión de la misma ya que cuenta con algunos problemas en cuanto al orden que sigue, e incongruencia en tiempos de elaboración e integración de los diferentes elementos.

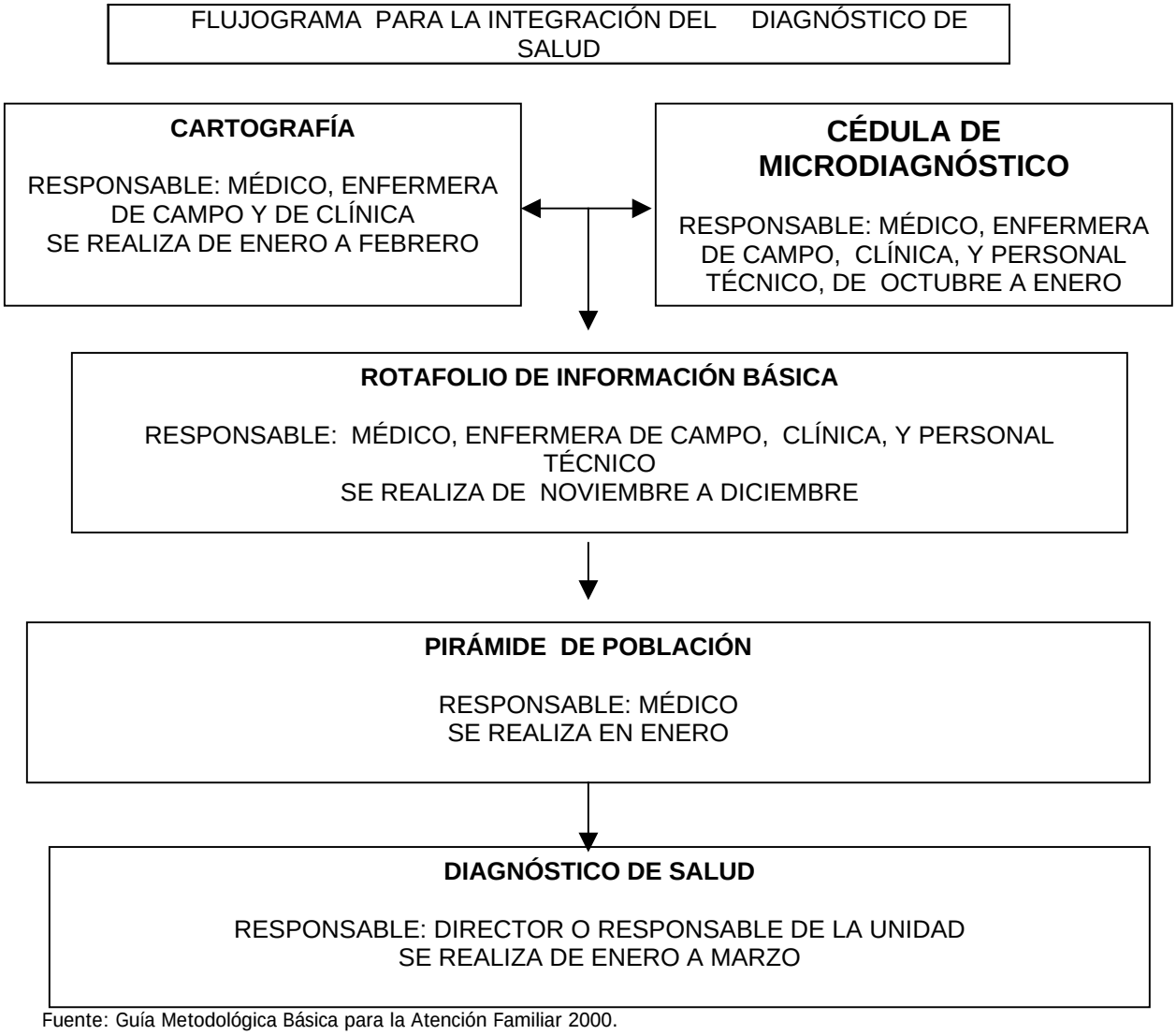
Se propone que en esta revisión se tome en cuenta la opinión del personal operativo encargado de poner en práctica estos procedimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Alva R. (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. 3ª. Edición. Manual Moderno. México. Pp. 96-98.
2. Cordera Pastor A. Sistemas de Atención Médica. (1996). Teoría de los Modelos. Revista Directivo Médico. Julio-Agosto 1996.
3. García Romero H. Cordera Pastor A. Vargas Martínez J. Diagnóstico Situacional de Unidades Médicas de Petróleos Mexicanos. (1993). Revista Salud Pública de México. Noviembre- Diciembre 1993. Vol. 35, No. 6. Pp. 556-562.
4. López Ramos F. (2003). Epidemiología de las Enfermedades Transmisibles y crónico-degenerativas. Editorial Manual Moderno. México. Pp. 63-70.
5. Reyes Ponce A. (1996) Administración Moderna. Capítulo 7 La Previsión. Limusa. 4ª. Reimpresión. pp.181-273.
6. Secretaría de Salud (2000). Guía Metodológica Básica para la Atención Médica Familiar 2000.

ANEXOS

Anexo 1



Fuente: Guía Metodológica Básica para la Atención Familiar 2000.

HACEMOS LO QUE PENSAMOS: CONCEPCIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

Jaziel Anaya Cassou , Oswall Johnny Marín Marín y Christian Ortiz Chacha

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención ha sido abordada desde la perspectiva del proveedor, usuario, organización de salud y gasto en salud. Sin embargo, la información que se tiene sobre lo que los proveedores de salud consideran respecto de la atención sanitaria de calidad es limitada, ya que las investigaciones realizadas desde su perspectiva son referentes a satisfacción laboral. La mayoría de las investigaciones están enfocadas a la calidad percibida desde el usuario o a evaluar instituciones, hospitales, unidades médicas, como una medición de la calidad de la atención.

El presente trabajo realizado es una investigación de corte cualitativo ya que trabaja con el habla, es decir, con el discurso en torno a la calidad de la atención de prestadores de servicios de salud que laboran en el Centro de Salud J. Maraboto de la ciudad de Xalapa, Veracruz.

El Centro de Salud Maraboto dentro de los resultados de evaluación del monitoreo de los indicadores de calidad en los últimos dos años, ha reportado resultados por arriba de los estándares establecidos para cada indicador de calidad, es decir, los resultados reflejaron que en este centro de salud la atención que otorgan al usuario es de calidad.

En base a esto, se pretendió conocer si existía congruencia entre los resultados de calidad que estaba reportando el centro de salud y lo que pensaban los prestadores de servicios sobre la calidad de la atención, si de alguna manera reflejan su compromiso en el ejercicio de su profesión.

Así, este trabajo se propuso dar respuesta a la interrogante ¿cuál es la conceptualización del personal de salud respecto de la calidad de atención prestada al usuario? Considerando como supuesto de trabajo que los prestadores de servicios de salud tienen un concepto positivo respecto de la calidad de la atención. Así mismo, tiene como objetivo valorar la conceptualización de calidad en la atención otorgada, desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud, con el propósito de ampliar el marco conceptual de esta temática.

Este trabajo está estructurado en IX capítulos, el primero tiene que ver con las bases teóricas que sustentan la temática abordada, se incluyen los antecedentes en torno a la calidad, calidad en salud, en organismos internacionales y en el sistema mexicano de salud. Por otra parte, se aborda el estado de los hechos, a partir de la evaluación de la calidad de los servicios de salud, y el contexto en que se ha desarrollado.

En el segundo capítulo, se detalla la metodología desarrollada, el tercer capítulo muestra los resultados generados en el proceso de análisis de la información obtenida.

El cuarto capítulo se presenta la discusión en torno a los resultados, el capítulo quinto se listan las conclusiones a las que se llegó en esta investigación, y en el capítulo sexto se emiten algunas recomendaciones a considerar.

El séptimo capítulo corresponde a las referencias bibliográficas, el octavo capítulo presenta la bibliografía consultada y el noveno muestra los anexos.

MARCO TEÓRICO

La calidad desde sus orígenes

Calidad en la era industrial

El movimiento hacia la calidad según Gutiérrez (1989), tiene sus orígenes en la época preindustrial, donde la calidad del producto se establecía a partir del juicio entre el artesano y el usuario. En la era industrial el autor distingue cuatro etapas, la primera, protagonizada por F. W. Taylor en 1911 y G.S. Radford en 1922, se caracteriza por la calidad a través de la inspección. La segunda inicia en la década de 1930, uno de sus principales exponentes es W.A. Shewart (1931), y se caracteriza por el control estadístico de la calidad. Para finales de esta década de los treintas, la calidad se incorporó a la enseñanza académica, dando origen a American Society for Quality Control. La tercera, iniciada en la década de 1950, pone de manifiesto dos hechos: el primero donde el directivo toma conciencia sobre la responsabilidad de garantizar calidad y; el segundo, el establecimiento de un concepto nuevo de calidad en Japón. En la cuarta etapa, sus principales exponentes son Armand Feigenbaum(1961) quien explica al sistema administrativo basado en el compromiso de todos para el logro de la calidad; Joseph Jurán(1974) indaga sobre los costos y la administración de la calidad; Edward Deming (1979) quien resalta la producción de artículos defectuosos; Philip Crosby(1979) diseña el sistema de cero defectos y Kaoru Ishikawa (1989) quien inicia la filosofía de Control total de la calidad y, además los Círculos de la calidad como estrategia de calidad .

Calidad en Salud

Actualmente, en términos de salud la calidad ha sido abordada por autores como Donabedian (1991), González (1994), Frenk (2001). Así mismo, organizaciones u organismos internacionales y nacionales han desarrollado conceptos y lineamientos que enmarcan la calidad en los servicios de salud.

Para abordar el concepto de calidad en la atención médica se retoma la propuesta de Avedis Donabedian, quien define que “la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados” y además, es “el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud” (Donabedian, 1991:3 y 12).

Por otra parte, González Dagnino (1994), define la calidad médica, como la forma apropiada con la que se realizan las acciones de salud, es ofrecer al paciente el máximo beneficio en menor riesgo y con un costo adecuado ajustándose a normas o estándares que describen las características de un servicio de salud.

La calidad, según Julio Frenk (2001), debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. El concepto incluye dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible. La segunda es lo que se ha dado en llamar la calidez de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción.

Calidad en organismos internacionales

De acuerdo a organismos internacionales como la American Medical Association (AMA), considera la calidad de la atención médica como “el cuidado que consistentemente contribuye a incrementar o mantener la calidad y duración de la vida” (AMA, 1986, citado en Torres, 2003:360).

La calidad en el sistema de salud mexicano

En el plano nacional, el Artículo 51 de La Ley General de Salud, en su Título Tercero, Capítulo IV, establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares (Secretaría de Salud, 1996).

"La calidad de la atención de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía ha sido abordada a través de muchos esfuerzos realizados por instituciones del sector público como el privado, especialmente durante los últimos quince años" (SSA, 2002:18). Los antecedentes por mejorar la calidad de los servicios de salud inician a partir de 1950 con las primeras auditorias médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social, sin embargo, es a partir de la década de los 90 cuando llega a consolidarse. Así, en 1996 La Secretaría de Salud inicia sus intervenciones con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y posteriormente en 1997 con la inclusión del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Sus intervenciones posteriores fueron la certificación de jurisdicciones sanitarias así como de unidades médicas y en 1999 creó el Programa de Certificación de Hospitales (SSA, 2002).

La calidad de la atención es un área en desarrollo que a partir del año 2001 recibe impulso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Sin embargo, durante el siglo XX "ha prevalecido el paradigma sobre la calidad de los servicios de salud que empieza a ser sustituida con relativa velocidad. La cruzada Nacional por la Calidad está diseñada para catalizar el tránsito hacia un nuevo paradigma", caracterizado por una medición de la calidad, ofrecer cantidad de servicios con calidad, la responsabilidad de mejorar la calidad incluye a prestadores y usuarios, donde este último tiene una participación fundamental en la construcción de este hecho (SSA, 2002:19).

"El Programa Nacional de Salud 2001-2006 identificó a la calidad como uno de los grandes retos de nuestro sistema de salud. La estrategia que se diseñó para contender con esta situación fue la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud a la cual se han adherido instituciones de todo el sector salud" (Ruelas, 1995: 8).

La calidad de la atención, como uno de los retos que plantea el Programa nacional de Salud 2001-2006 está encaminado a fortalecer el sistema de salud, en base a una calidad técnica para mejorar las condiciones de salud y una calidad interpersonal, para garantizar un trato adecuado (SSA, 2001).

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, evalúa indicadores en primer nivel de trato digno, organización de servicios y la atención médica efectiva, con estándares de calidad que acreditan la efectividad del programa. El indicador de trato digno contempla variables de satisfacción por oportunidad en la atención, información proporcionada por el médico, surtimiento de medicamentos y el trato recibido. El indicador de organización de servicios de salud contempla las siguientes variables: tiempo de espera en consulta, porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta y el surtimiento completo de medicamentos. El indicador de atención médica efectiva evalúa programas referentes a la atención prenatal, atención al menor de cinco años con enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda, así mismo atención al paciente hipertenso y diabético.

Por otra parte, en el segundo nivel se evalúan los indicadores trato digno, con variables como satisfacción por la oportunidad de la atención, satisfacción por la información recibida, satisfacción por el trato recibido. El indicador organización de servicios de urgencias con variables como tiempo de espera, tiempo estándar de quince minutos para pasar a urgencias. El indicador de atención médica efectiva con variables como diferimiento quirúrgico, número de cesáreas e infecciones nosocomiales (SSA, 2002).

Estudios sobre calidad

Calidad de la atención desde la perspectiva de los prestadores de servicios

En el marco de la Encuesta Nacional de Salud II, Bronfman y otros realizaron un estudio cualitativo sobre el problema de la utilización de servicios de salud desde la perspectiva de los prestadores (Bronfman, 1997). En este estudio se realizaron 61 entrevistas a prestadores de servicios de salud, tanto de la Secretaría de Salud y de los servicios de seguridad social, como entre médicos privados.

Como parte de los resultados se obtuvo que el ejercicio profesional del médico fue visto, por la mayoría de los entrevistados, como desvalorizado, debido a los bajos salarios con que se retribuye su trabajo, aunque el sueldo varía entre las instituciones. Las diferencias en la calidad de la atención entre instituciones, según la percepción predominante de los médicos, son resultado de problemas en la organización, normatividad y recursos de las instituciones y no de la capacitación de su personal.

Así, se destaca la sensación de precariedad económica y material con que los prestadores de servicios del sector público realizan su trabajo. Se mencionan también algunos de los conflictos que los proveedores de servicios informan tener con los usuarios, sobre todo como resultado tanto de los problemas organizativos de los centros de salud, como de lo limitado del cuadro básico de medicamentos.

Evaluación de la calidad de servicios de salud

En cuanto a los estudios realizados sobre evaluación de la calidad de servicios encontramos que Sauceda-Valenzuela, Durán-Arenas y Hernández realizaron una investigación para evaluar el impacto de un programa de monitoreo de la calidad sobre la presencia de eventos centinela, así como las actitudes y conductas del personal ante la presencia de los mismos en una Organización no Gubernamental. El diseño de este estudio fue de tipo cuasi-experimental, de antes y después para evaluar el efecto del programa de monitoreo de la calidad, se llevó a cabo durante 1998 y 1999, en 13 clínicas de Organización no Gubernamental. Para valorar los cambios de actitud y de conducta se utilizó la comparación de diferencia de medias y un análisis de varianza entre los grupos. Los resultados mostraron que los eventos centinela se redujeron de 32 que fueron detectados inicialmente, a sólo dos durante la evaluación y también se observaron diferencias de medias para actitudes y conductas en todos los eventos centinela. Por ello, los investigadores concluyeron que el sistema de monitoreo de calidad tuvo el efecto que se buscaba, y que es importante destacar que después de la intervención de los eventos centinela predominaron actitudes y conductas con propuestas de solución ante la ocurrencia de tales eventos (Sauceda y Durán, 2000).

Navarrete-Navarro y Rangel-Frausto realizaron una investigación sobre las infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica, en el cual establecieron que el objetivo más importante de un programa de control de calidad de hospitales es reducir el riesgo de adquirir una infección, la morbilidad y los costos asociados. También resaltaron la importancia que tiene la organización de un equipo con liderazgo técnico y humanístico que sea capaz de identificar problemas, determinar la importancia de los mismos, encontrar sus causas, proponer soluciones y evaluar continuamente el programa. Plantearon que si se desarrollan estas cualidades llamadas técnicas y humanísticas por parte del líder y los miembros que integran el programa, así como también hacen uso de las herramientas mencionadas, entonces así es que se produciría el único programa validado y altamente efectivo de control de calidad en hospitales (Navarrete y Rangel, 1999).

Contexto de la investigación

El sistema de servicios de salud en México está integrado en tres grandes segmentos, de acuerdo con la inserción laboral, la capacidad de pago de las personas, y al interior de estos el acceso a las acciones. El primero de estos segmentos es referente a las instituciones de seguridad social, entre la cuales se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina, los cuales llegan a cubrir entre 50 y 55 por ciento de la población. El segundo son los servicios de salud para la población no asegurada, los cuales son proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA) y el Programa IMSS – Oportunidades, que llegan a cubrir entre 43 y 48 por ciento, y el tercer segmento lo integran los servicios privados, los cuales cubren poco menos del dos por ciento de la población (OPS, 2002).

Así mismo, la Ley General de Salud establece que la Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema, responsable de elaborar las normas oficiales mexicanas del ramo, de convocar los grupos interinstitucionales y concentrar las estadísticas sanitarias. Entre sus funciones básicas destacan: actualizar la normatividad de regulación sanitaria, evaluar la prestación de los servicios y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Es así que, el Programa Nacional de Salud del periodo 2001-2006 resalta tres grandes retos para el sistema de salud: equidad, calidad y la protección financiera (SSA, 2001).

Los servicios de Salud en Veracruz se distribuyen en once jurisdicciones sanitarias, las cuales ofertan el paquete básico de servicios de salud que contempla trece estrategias encaminadas a cubrir las necesidades de la población a bajo costo y de alto impacto, a través de servicios de promoción, prevención y curación de las actividades como: saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar, atención del embarazo parto y puerperio, de la salud del niño, adolescente y adulto mayor, además de fomentar la participación comunitaria para el autocuidado de la salud, entre otras.

La Jurisdicción Sanitaria No. 5 con sede en el municipio de Xalapa, Ver., comprende 33 municipios del Estado, tiene una extensión territorial de 5,552 km^2 y una densidad de población de 8,541 habitantes por km^2. Cuenta con 1,589 localidades de responsabilidad, con una población total de 999,814 habitantes, de los cuales 579,651 son de su responsabilidad. El recurso humano del que dispone es de 882 médicos, 942 enfermeras quienes están en contacto con el paciente, y 78 médicos, 35 enfermeras, 277 paramédicos en otras actividades, como en campo, puestos administrativos. La infraestructura en salud se compone de 80 unidades de primer nivel, nueve de segundo nivel, dos laboratorios, dos unidades de rayos X, 19 quirófanos, dos bancos de sangre, ocho salas de urgencias, 288 consultorios médicos y 534 camas censables (SSV, 2005).

El municipio de Xalapa, Ver., tiene una extensión territorial de 118.5 km^2 y una densidad de población de 3,518 habitantes por km^2. Cuenta con 53 localidades de responsabilidad, con una población total de 416,744 habitantes, de los cuales 195,121 son de su responsabilidad. El recurso humano del que dispone es de 601 médicos, 674 enfermeras, quienes están en contacto con el paciente, y 66 médicos, 28 enfermeras, 140 paramédicos en otras actividades. La infraestructura en salud se compone de siete unidades de primer nivel, cuatro de segundo nivel, seis laboratorios, siete unidades de rayos X, catorce quirófanos, dos bancos de sangre, cuatro salas de urgencias, 127 consultorios médicos y 456 camas censables (SSV, 2005).

El Centro de Salud J. A. Maraboto, fundado en 1968 con el nombre de Centro Macuiltépetl, por iniciativa del Doctor Arenas y la enfermera Susana Cacho, (narrado por Luisa O. Navarro comunicación personal, octubre 4, 2005)[1]. Es una unidad de primer nivel, en donde se realizan acciones de promoción de salud, prevención y atención ambulatoria a la morbilidad, brindada por médicos generales o familiares y personal de enfermería, y apoyados por miembros de la

[1] La Cirujano Dentista Luisa O. Navarro, es la encargada del área de odontología del Centro de Salud Maraboto, además de ser la trabajadora que tiene más antigüedad de prestar sus servicios en dicha unidad.

comunidad capacitados. Esta unidad cuenta con catorce núcleos básicos, los cuales se distribuyen en turno matutino y vespertino, atienden un total de 47 colonias del área de responsabilidad, que cuentan aproximadamente con 46,549 habitantes. Así mismo, su infraestructura para los servicios que otorgan es de ocho consultorios médicos y uno dental, un área de vacunación, de laboratorio, área administrativa, estadística, trabajo social y enfermería. La plantilla laboral de la unidad es de 56 trabajadores contando con enfermeras, médicos, odontólogos, promotores de salud, entre otros (Información proporcionada por Javier Sosa Mirós comunicación personal, septiembre 5, 2005).

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este estudio fue de corte cualitativo, el cual proporciona datos descriptivos que devienen de las propias palabras que expresan las personas, así como también de la conducta observable de los mismos. En la investigación cualitativa todas las perspectivas son valiosas, no se busca cuestionar, o buscar la verdad, sino comprender las perspectivas de otras personas, se obtiene conocimiento directo de la vida social (Taylor y Bogdan, 1996). Se exploró la perspectiva de los prestadores de servicios de salud[2] sobre el fenómeno a estudiar, y fue un trabajo comprensivo por el nivel de profundidad de análisis, (Hernández, 1998). Se trabajó con la idea que asumía el médico y enfermera respecto de la calidad de la atención que prestan al usuario de la unidad de salud, y se vinculó al entorno en el que desarrollaban sus actividades desde una perspectiva de género y el turno en que laboraban.

Puesto que, se trabajó solamente con el habla, se consideraron los elementos correspondientes al número de eventos, tamaño del grupo y atributos que definieran a los participantes, así como la dispersión geográfica de los mismos. Se buscó que los sujetos participantes tuviesen características homogéneas y heterogéneas, para así garantizar la simetría y diferencia necesaria en el discurso. Siendo el mínimo de dos eventos por cada variable discursiva, para poder asegurar la saturación discursiva y una escucha más completa (Hernández y Saldaña, 2002).

Tipos sociales

En este estudio se consideraron como tipos sociales a los prestadores de servicios de salud.

Variables discursivas y diseño

Se consideraron como variables discursivas para dichos tipos sociales, en la fase inicial de trabajo de campo, a médicos y enfermeras.

En la presente investigación se utilizó el muestreo teórico estratificado intencional, el cual ilustra los subgrupos y permite comparaciones. Asimismo, se decidió quiénes participarían en el estudio, desde la perspectiva de la teoría. El diseño inicial contempló dos eventos por cada variable discursiva, en la Tabla 1, se muestra tal diseño.

[2] De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, se entiende por prestadores de servicios de salud, a los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.

Tabla 1. Diseño inicial de la investigación

Variable discursiva	Atributos		No. de eventos
Enfermera	Hombre	Turno matutino	2
		Turno vespertino	2
	Mujer	Turno matutino	2
		Turno vespertino	2
Médico	Hombre	Turno matutino	2
		Turno vespertino	2
	Mujer	Turno matutino	2
		Turno vespertino	2

Sin embargo, el diseño de proceso estuvo sujeto, por un lado, al número de prestadores de servicios que tenía la plantilla laboral del Centro de Salud, aunque ésta tuvo varias modificaciones en el transcurso de la realización del presente estudio. Y por otro lado, la forma en que se seleccionaron a los participantes estuvo influida por el director del centro de salud, ya que parte del personal de turno vespertino que laboraba en la unidad durante el proceso de selección de los participantes no pertenecía a la institución rectora de la unidad, ya que dos prestadores de servicios estaban de licencia, por lo que nos manifestó que no deberíamos considerarlos para fines de la investigación. También el personal de enfermería de este turno estaba incompleto, aunque éste se incorporó durante el proceso de la investigación.

Luego entonces, tomando en consideración todo ello, se retrasó temporalmente la selección de participantes del turno vespertino, quienes se incorporaron a principios de año. Por lo tanto, el diseño de proceso se concluyó de la manera en que se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Diseño de proceso de la investigación

Variable discursiva	Atributos		No. de evento
Enfermera	Hombre	Turno matutino	1
	Mujer	Turno matutino	2
		Turno vespertino	2
Médico	Hombre	Turno matutino	2
	Mujer	Turno matutino	2
		Turno vespertino	2
Total de eventos			11

Categorías y conceptos a priori

Categoría teórica

La categoría teórica en la investigación es el concepto de calidad. Según Julio Frenk, la calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes (Frenk, 2001).

Categorías empíricas

Los elementos básicos de una definición de calidad según Frenk se constituyen en dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible. La segunda es lo que se ha dado en llamar la "calidez" de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción (Frenk, 2001). Las categorías y conceptos establecidos a priori se muestran en la Tabla 3.

Las categorías y conceptos mostrados en la Tabla anterior, fueron construidos a partir de la información analizada respecto a la temática para fines de este estudio, aunado a lo que los investigadores concebían respecto de la calidad de la atención, y a todo aquello que se podría encontrar en los discursos de los prestadores de servicio de salud.

Tabla 3. Descripción de categorías y conceptos a priori

Categorías empíricas	Subcategorías
Concepto Técnico Juicio referido a la aplicación de la ciencia, tecnología médica y uso de recursos en beneficio para la salud.	Formación y capacitación Mobiliario y equipo médico
Concepto Interpersonal Juicio vinculado a las relaciones interpersonales con apego a normas, expectativas, aspiraciones y valores.	Interés por el usuario. Interés por la enfermedad. Integración al equipo de trabajo. Conocimiento de manuales y normas de operación. Ética profesional. Trato digno al usuario. Patrones culturales en relaciones interpersonales.

Procedimientos para recolectar información

La información requerida en el estudio se obtuvo a partir de entrevistas focalizadas (Ander-Egg, 1995), para la cual el entrevistador realizó una lista de cuestiones que surgieron del problema que se quería estudiar. De esta manera, la entrevista se focalizó en tópicos establecidos por el investigador sin estar sujeta a una estructura de cuestiones más formalizada.

Para llevar a cabo una entrevista focalizada se partió de que las personas a entrevistar estuviesen en una situación determinada, en función de lo que se deseaba indagar, por ello, las personas a entrevistar para el estudio se requería fuesen parte de los servicios de salud y que además otorgaran un servicio al usuario de la unidad médica en estudio, fue así como identificamos y seleccionamos a nuestros sujetos de investigación: médicos y enfermeras.

La guía temática que se utilizó en el estudio estuvo constituida en tres apartados, el primero consistía en una presentación sobre lo que se pretendía ampliar con el propósito de evitar dar la sensación de ser evaluado, el segundo recolectaba los datos de identificación del entrevistado para poder caracterizarlos y el tercero desarrollaba las preguntas tema de la entrevista.

Las preguntas que se desarrollaron se caracterizaron por ser preguntas de opinión, de minirecorrido y de experiencia (Valles, 1997). Las preguntas de opinión se plantearon para conocer el valor que le otorgaban los prestadores de servicio a la atención con calidad; las de minirecorrido se realizaron para tener una descripción sobre aquéllas cosas que consideraban importantes para dar una atención con calidad; y las de experiencia para recuperar aquéllas vivencias que reflejaran el dar calidad en la atención.

Las entrevistas se realizaron de manera individual, y participaron un entrevistador y un observador, para lo cual se utilizó la guía temática ya descrita, y una guía de observación. La información fue recolectada con una grabadora de audio, y una videocámara, pero con previo consentimiento del entrevistado. El escenario en el cual se realizaron las entrevistas fue al interior de las propias instalaciones del centro de salud.

Procedimientos para analizar información

El análisis de la información recolectada (Hernández, 1998) estuvo a cargo del equipo que participó en el estudio, el procedimiento inició con la reproducción fiel de cada entrevista al tiempo en que se realizaba, así como la caracterización de cada uno de los participantes, e inmediatamente codificar cada uno de los discursos.

Con los conceptos identificados en las entrevistas se realizó el espectro del discurso para así identificar las generalidades, variabilidades y casos extremos del mismo (Anexo 1). La parte final de este procedimiento fue la reconstrucción subjetiva de los discursos, para identificar y recuperar los juicios de valor emitidos por el entrevistado referente de la calidad de la atención, que permitiera conocer la congruencia entre lo que piensan y lo que hacen los prestadores de servicios de salud al otorgar un servicio.

RESULTADOS

Negociación de acceso

En términos de acceso a la subjetividad, esta inició con la incursión al Centro de Salud para realizar prácticas de campo de Salud Pública. El primer contacto se dio a través de la presentación como alumnos del Instituto de Salud Pública con todo el personal de salud, dándoles a conocer los objetivos de trabajo. Posteriormente, se realizaron recorridos en las instalaciones y se interactuó con el personal de cada núcleo básico de la unidad.

Como parte de la integración a la institución y equipo de trabajo se continuó participando en actividades de promoción a la salud propias de la unidad, portando bata y gafete que nos identificara como alumnos y colaboradores. Así mismo, se provocaron encuentros reiterados con el personal que permitieran mantener la comunicación y participación mutua.

En la negociación de acceso, en términos administrativos se inició dando a conocer el propósito de la investigación, en primera instancia, a nivel directivo haciendo una descripción detallada oral y escrita sobre lo que se pretendía investigar, esto se llevó a cabo antes de seleccionar a los sujetos de investigación. Y posteriormente se acudió a cada uno de los núcleos de la unidad para abordar a los prestadores de servicios seleccionados, para informarlos y solicitarles su cooperación en la realización del estudio, se agendaron citas para la realización de las entrevistas en su día de campo, y de esta manera no interrumpir con sus actividades de consulta.

La negociación de acceso desde el prestador de servicios inicio con una reunión convocada por el Director y por los alumnos de la maestría en Salud Pública, en la cual se dio a conocer el proyecto sobre el cual se está trabajando, los objetivos de investigación y la importancia de su participación para el éxito de la misma. Esta reunión resultó exitosa, ya que los prestadores de servicio mostraron interés por colaborar y participar en la investigación, lo que facilitó la selección de los sujetos de investigación.

Una vez elegidos los prestadores de servicio a entrevistar se abordó a cada uno de ellos, primero para agendar la entrevista, lo cual se dio en un ambiente de confianza, respeto y disposición de ambas partes. Y segundo, antes de dar inicio a la entrevista en la fecha agendada, se explicó nuevamente los objetivos de investigación lo cual proporcionó seguridad al entrevistado. Las tres primeras entrevistas fueron realizadas con cámara de video, previa autorización ya que, por motivos técnicos y por la falta de grabadora de audio para realizar la entrevista se tuvo que recurrir al recurso disponible en ese momento, en este caso, una videograbadora. Para las subsecuentes entrevistas se utilizó grabadora de audio, sin que esto alterara la dinámica de la entrevista.

Las entrevistas se realizaron en los consultorios número dos, cinco, seis y ocho de la unidad, así como también en el área de inmunizaciones. En las entrevistas participaron el entrevistador, un observador, un camarógrafo (sólo en las tres primeras entrevistas) y el entrevistado. Se realizaron siete entrevistas durante el turno matutino y cuatro durante el turno vespertino, antes del inicio de sus actividades, 8:00 a.m. y 13:30 horas respectivamente. El tiempo promedio de éstas fue de doce minutos.

Los entrevistados portaban su uniforme y los demás participantes vestidos de civil. La videocámara se colocó de forma tal que no quedara frente al entrevistado para no incomodarlo ni intimidarlo en el desarrollo de la entrevista, y la grabadora de audio se colocaba lo más cercano posible al entrevistado, con el objetivo de captar su discurso claramente.

Los entrevistados mostraron disposición e interés, lo cual dio como resultado la obtención de datos esperados así, como nuevos temas a considerar en la investigación, en general las entrevistas resultaron enriquecedoras. Sin embargo, las personas que fueron grabadas con videocámara mostraron más nerviosismo en comparación que las otras personas, con las cuales se utilizó la grabadora de audio.

Escenario de la investigación

El Centro de Salud José A. Maraboto C. es el escenario en el cual se desarrolla la presente investigación. Esta unidad es considerada urbana, y está ubicada en Santiago Bonilla sin número, en la Colonia Obrero Campesino. El área de responsabilidad se caracteriza por su gran extensión geográfica abarcando 47 colonias, concentradas en once núcleos básicos para otorgar los servicios de salud a su población.

En los alrededores de la unidad encontramos 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. En la entrada de la unidad se instalan dos vendedores de comida que dan servicio tanto a los trabajadores como a los usuarios, y en el transcurso de las mañanas visitan el centro de salud, por un lado los agentes de laboratorios de medicamentos, y por otro, dos vendedores de pan y una vendedora de tortillas y tlacoyos (pequeñas tortillas de maíz ovaladas, rellenas de fríjol o chicharrón).

El ambiente interno de la unidad es protagonizado por los prestadores de servicios de salud, los administrativos, personal de intendencia, el director y los usuarios, sin olvidar a los vendedores cotidianos. Las actividades inician a partir de las siete de la mañana con el otorgamiento de fichas para pasar a consulta, aunque éstas son efectivas a partir de las 8 de la mañana, hora en que el personal de la unidad llega corriendo a checar tarjeta y a instalarse en sus áreas de trabajo. Los días miércoles se programan pláticas dirigidas a las embarazadas en control como parte del paquete básico que se ofrece, y el club de diabéticos tiene reunión una vez al mes en la unidad, pero realizan actividades físicas todos los días en la cancha deportiva Magisterial.

Una de las primeras actividades del Director, es hacer un recorrido por todo el centro y saludar personalmente a cada trabajador, incluyendo a los alumnos de la Maestría en Salud Pública. A las nueve de la mañana inicia la preparación del café, hora en la que el pan ya llegó, para dar inicio a la hora del café. Alrededor de las once de la mañana, el personal, incluyendo al Director, se dirigen al área de enfermería para iniciar la hora del desayuno a puerta cerrada. En días festivos el personal se organiza para festejar el motivo de la fecha, dentro de la unidad, al finalizar sus actividades laborales. Es así como se realizan las actividades propias de la unidad día a día.

Caracterización de los prestadores de servicio

Los prestadores de servicios de salud que participaron en el presente estudio fueron de un total de once personas, el 73 por ciento fueron mujeres y el 27 por ciento hombres. Su edad promedio es de 42 años de edad, para las mujeres es de 43 años y para los hombres de 40 años de edad.

En cuanto al estado civil, tenemos que el 46 por ciento son solteros, el 36 por ciento son casados y el 18 por ciento son divorciados. El grado de estudios de los prestadores de servicios de salud es de un 64 por ciento con licenciatura, y el 36 por ciento con carrera técnica.

El tipo de contrato laboral que tienen estos prestadores de servicio es de dos tipos, de contrato y de base, siendo el 89 por ciento para el primero y el once por ciento para el segundo, además de contar con personal que realiza su servicio social tanto en el área médica como en enfermería siendo estos dos pasantes. El 64 por ciento de los prestadores labora en el turno matutino y sólo el 36 por ciento labora en el turno vespertino.

Por otro lado, la experiencia laboral con que cuentan es de 17 años en promedio, y su antigüedad en el puesto es de doce años en promedio. A continuación, se presenta en la Tabla 4 las características de cada uno de los prestadores de servicio.

Tabla 4. Caracterización de las variables discursivas

Variable discursiva	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de escolaridad	Turno	Antigüedad en el puesto	Experiencia laboral	Tipo de contrato
Enfermera	mujer	40	casada	técnico	matutino	17	17	base
	mujer	47	soltera	técnico	matutino	23	21	base
	hombre	24	soltero	licenciatura	matutino	2	2	pasante
	mujer	58	casada	técnico	vespertino	28	32	base
	mujer	42	divorciada	técnico	vespertino	19	19	base
Médico	mujer	33	casada	licenciatura	matutino	5	5	contrato
	mujer	47	soltera	licenciatura	matutino	16	18	base
	hombre	42	casado	licenciatura	matutino	8	18	base
	hombre	53	divorciado	licenciatura	matutino	5	30	base
	mujer	52	soltera	licenciatura	vespertino	5	25	base
	mujer	26	soltera	licenciatura	vespertino	1	1	pasante

Categorías y conceptos a posteriori

Algunas de las categorías *a priori* y sus contenidos fueron modificadas en el transcurso del proceso de análisis de los discursos de los entrevistados, ya que, se encontraron nuevos hallazgos relativos a lo que los prestadores de servicios consideraban como parte de la calidad de la atención.

A continuación, en la Tabla 5 se presenta los cambios realizados a las categorías y conceptos *a priori*.

Tabla 5. Descripción de categorías y conceptos a posteriori

Categorías empíricas	Subcategorías
Concepto Técnico Juicio referido a la aplicación de la ciencia, tecnología médica y uso de recursos en beneficio para la salud.	Formación y capacitación. Mobiliario y equipo médico. Insumos.
Concepto Interpersonal Juicio vinculado a las relaciones interpersonales con apego a normas, expectativas, aspiraciones, creencias, juicios y valores.	Interés por el usuario. Interés por la enfermedad. Integración al equipo de trabajo. Conocimiento de manuales y normas de operación. Ética profesional. Trato digno al usuario. Patrones culturales en relaciones interpersonales. Interés por el usuario vulnerable.

Nuevos hallazgos

El discurso de los prestadores de servicios de salud resultó muy enriquecedor respecto de lo que los investigadores contemplaron *a priori*, es decir, manifestaron elementos novedosos al concepto de calidad de la atención. Estos elementos se consideraron de gran importancia en el análisis del discurso, por lo que se decidió integrarlos al estudio. A continuación, en la Tabla 6 se muestra la categoría del concepto de limitantes en la calidad de la atención.

Tabla 6. Concepto de limitantes

Categoría	Subcategorías
Concepto de Limitantes Juicio referido a aquello que impide dar una atención con calidad, vinculado a comportamientos, capacidades, recursos materiales, de infraestructura, flujos de atención y organización laboral.	Mobiliario y equipo. Actitud de personal de salud. Formación y capacitación. Entorno de personal de salud. Material. Infraestructura. Proceso de la atención. Distribución del trabajo.

Los juicios emitidos respecto de la calidad de la atención proporcionaron las formas en que se puede dar una atención con calidad, para lo cual se construyó la siguiente categoría, que se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. Concepto de proceso de calidad de la atención

Categoría	Subcategorías
Concepto de proceso de calidad de la atención. Juicio vinculado a normas institucionales o valores individuales al momento de dar una atención con calidad.	Proceso de calidad humanista Proceso de calidad normativo

Por último, encontramos sugerencias, definidas como áreas de oportunidad de mejora, de parte de los prestadores de servicios de salud, que podrían facilitar y mejorar la calidad de la atención, sin embargo estas aportaciones no están relacionadas con los intereses de la investigación, y se decidió delimitarlos como un tema emergente para estudios posteriores. En la Tabla 8, se expone tal categoría.

Tabla 8. Oportunidades de mejora en la calidad de la atención

Categoría	Subcategorías
Oportunidades de mejora en la calidad de la atención Juicio vinculado a todo aquello que podría facilitar el dar una atención con calidad	Agilidad en la atención. Ampliación de unidad física Organización institucional. Relación Interinstitucional. Manejo de referencias y canalización. Costos de servicios de salud. Mantenimiento y conservación de instalaciones.

Concepto interpersonal de calidad de la atención

El concepto interpersonal de calidad de la atención entendido como un juicio referido a las relaciones entre prestador de servicios y usuario con apego a normas, expectativas, aspiraciones y valores.

Analizando este concepto, observamos que los prestadores de servicio de salud comparten el concepto de trato digno, traducido como la forma en que les gustaría que los trataran a ellos, atender al usuario con respeto, calidez, esmero, saber escucharlos, con un saludo, una mirada.

"*Atender bien al paciente, darle, tratarlo como a mí me gustaría que me trataran, una atención digna". E-2.*

"Yo creo es el trato, para mí, eh me gustaría que cuando yo fuera a consulta pues, el médico me, siquiera se volteara y me viera ¿no?...es que tú voltees y lo veas, y siquiera buenos días y bueno, ya con los que tenemos más confianza ¿cómo has estado?, etc. ¿no?, pero una de las cosas es el trato que tengo yo directo". M-4.

Queremos resaltar que el concepto de patrón cultural no se explicitó en todos los discursos de los prestadores de servicio, construido *a priori* por los investigadores y considerado un aspecto importante en la atención que se le brinda al usuario, ya que aunque dan atención con un trato digno no lo compaginan con sus costumbres, tradiciones, o valores individuales.

Encontramos en su discurso variantes que hacen referencia, por ejemplo, al concepto interpersonal del interés por el usuario entendido como el dar lo mejor de ellos para cubrir las expectativas del usuario, con disponibilidad, saber escucharlos.

"...no los dejamos muchas veces hablar, expresar sus sentimientos, porque vienen muchos pacientes que la mayor parte de sus problemas es de tipo psicológico, por problemas familiares, no sé, laborales y de ahí es que nos están manifestando un montón de síntomas y entonces ellos lo que necesitan y por lo que acuden es únicamente porque se les escuche". M-3.

"Como trata uno al paciente, como lo recibe, como lo también cuenta mucho todo el tiempo que tiene uno para escucharlo, porque muchas veces no vienen enfermo del cuerpo, sino vienen enfermos del alma, traen muchas problemas y necesita uno tiempo para escucharlos". M-5.

Otro matiz de este concepto es darle privacidad al usuario al momento de otorgarle un servicio, así como el como dar la información necesaria, ayudarlo en lo posible, que no esperen tanto tiempo para pasar a consulta, y que el paciente se vaya satisfecho con el servicio otorgado.

"…y por decir, si aquí este cuarto le falta la puerta, cómo le doy una calidad a mi paciente de su respecto, de su individualidad hacia la atención, que no le estén oyendo, que no le estén viendo". E-3.

"entonces, para mí la calidad en un principio es eso principalmente, que mi paciente se vaya contento y que sepa qué es lo que tiene, a qué vino y qué vamos a hacer, cuál va a ser su tratamiento no nada más con medicamento, tratamiento de todo, las indicaciones". M-4.

Cabe mencionar que este concepto únicamente no es compartido por el discurso de enfermero, siendo todo lo contrario para todos los demás entrevistados.

Algunas diferencias entre el personal médico y de enfermería se encuentran en el concepto interpersonal de interés por la enfermedad, ya que es compartido por las médicas de ambos turnos. El interés por la enfermedad se traduce en explicar al paciente su problema de salud, despejarle todas sus dudas y orientarlos en base a su padecimiento.

"…sobre todo contestarle sus dudas a mi paciente, decirle qué es lo que tiene, cuál es su problema, cuál es su enfermedad, en qué consiste, explicarle lo más que nos permita el tiempo este que nos dan para la calidad eh, explicarle, que mi paciente se quede tranquilo y sin dudas". M-4.

El concepto interpersonal de ética profesional es compartido por todo el personal médico participante. Así, este es entendido como el hacer su trabajo con dedicación, esfuerzo, de manera responsable con cariño y amor, ser puntual y asistir a su trabajo, así como no permitir que los problemas personales influyan en la atención que otorgan al paciente.

"Ah, que lo haga con amor, que es su trabajo, aparte de que venimos a trabajar porque no es hobbie ¿verdad?". M-4.

"Pues que, en primer lugar ser puntual, que no faltemos ¿si? Este, por lo que regular yo en mi persona, no me gusta faltar en mi trabajo al menos por enfermedad". M-1.

"Pues primero, cuando uno llega a su trabajo uno debe de estar libre de todo tipo de conflictos personales y familiares". M-2.

De igual manera, lo mismo ocurre con el concepto interpersonal de integración al equipo de trabajo es compartido por el personal médico participante. Es traducido como el convocar al personal de servicios de salud para tener apoyo multidisciplinario en la atención, agilizar el servicio, dando su máximo esfuerzo, pero sin la búsqueda de un interés en particular.

"…invitar a todos los compañeros que les brindemos al paciente una atención más agilizada". M-1.

"…digamos aparte, que haya un apoyo multidisciplinario que se pueda valorar por nosotros…por el odontólogo, el psicólogo, dependiendo del padecimiento que tenga ¿no?" M-3.

"Pues que cada quien debe poner lo mejor de su trabajo para que así empieza la calidad, si todos los que estamos prestando el servicio lo hacemos al 100 por ciento y sin ningún interés, sino a lo que estamos, a prestar el servicio, pues es como se va a mejorar la calidad" Como lo mencionó una médica turno vespertino.

Concepto técnico de calidad de la atención

El concepto técnico de calidad de la atención se estableció como un juicio en el que los prestadores de servicio de salud hicieran referencia a la aplicación de la ciencia, tecnología médica y uso de recursos en beneficio de la salud de los usuarios.

Así, el discurso apunta a una diversidad de ideas en relación al concepto técnico de formación y capacitación, traducido como la preparación previa del prestador, respecto de los conocimientos profesionales para relacionar la teoría con la práctica, cumplir con los programas, tener experiencia laboral y conocer la organización del servicio al interior de la unidad.

" ...pues bueno que se cumplan con los programas, que se cumplan con todos los programas de la secretaría, que cada uno de ellos se atienda correctamente, puedo explicar los programas por ejemplo control del niño sano, a embarazadas, enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión...". M-2.

"... los conocimientos que uno tiene fundado, basado en la teoría, para nosotros pús, partiendo de ahí poder dar un trato al paciente, entonces este, eso es importante más que nada la preparación..." E-1.

"...la persona que está designando la consulta debe saber cuando se trata de una urgencia, debe saber el área limitada de cada médico, debe saber a qué hora tiene ese médico citados y qué fichas tiene disponibles etcétera empieza desde filtro continua acá". M-4.

El concepto técnico de mobiliario y equipo es compartido por algunos prestadores de servicio de turno matutino y lo traducen como la disponibilidad de los medios físicos como espacios, instalaciones, mobiliario, instrumental y equipo que permitan que el usuario esté satisfecho con el servicio otorgado.

"...empezamos, en cuanto a tener las instalaciones, en mobiliario, en espacios en instrumental, o sea aparatos para darle una mejor atención al usuario para que el venga y se vaya satisfecho de una atención". M-1.

"...pues en lo que yo doy de atención, pienso que la doy con calidad o la estoy dando con calidad, con lo necesario indispensable que tengo con mi baumanómetro, mi termómetro, mi este estetoscopio que yo me compre y pienso que hasta ahí voy". E-2.

En lo que respecta al concepto técnico de insumos cabe mencionar que resultó ser un caso extremo ya que fue externado por médicos de turno matutino, y este hace referencia a los insumos que proporciona el centro de salud al usuario, como el medicamento, papilla, entre otros.

"...y bueno también tener siempre los medicamentos necesarios para que las personas se atiendan". M-2.

Resulta interesante la visión integral de los médicos hombres reflejados en su discurso en cuanto al concepto técnico en sus tres variantes, en donde hace juicios referidos tanto a la formación y capacitación, el mobiliario y equipo y los insumos.

Concepto de limitantes de la calidad de la atención

El concepto de limitantes de la calidad de la atención fue construido *a posteriori*. Los prestadores de servicios de salud hacen alusión a este, como a todo aquello que obstaculiza la calidad de la atención, a la falta de recursos necesarios para poder dar una atención con calidad.

El concepto de limitantes de mobiliario y equipo, fue construido a partir de lo que aluden en su discurso los prestadores respecto a la falta de baumanómetro, estetoscopio, estuche de diagnóstico, mesa de exploración, báscula para pesar a los pacientes, instrumental (como tijeras, pinzas, agujas), uniformes.

> *"Ah, porque muchas veces no tenemos, el por ejemplo ahorita aquí, en la tarde no tenemos este, uhmmm destinado un bauma (baumanómetro) y un estetoscopio, y tenemos que andar pidiendo prestado ¿sí? O se lo agarro a mi compañera porque no tenemos de eso en la tarde para atender al paciente", así lo expresó una enfermera de tuno vespertino. E-5.*

La limitante de actitud del personal, construida por los investigadores fue externada por los prestadores como la disposición de animo por parte del personal de salud al momento de prestar sus servicios, no tratar bien al paciente siendo poco amable, déspota, grosero, negligente, no saber escucharlos.

> *"…este negligencia de nosotros mismos los prestadores de salud, porque ya estamos agotados, porque pues en determinados momentos aburridos, o sea de la rutina diaria, entons eso conlleva muchas veces a que la prestación de los, del servicio sea un tanto ineficiente, muchas veces parte por nosotros ¿no? porque nosotros provocamos eso, ya sea que tengamos problemas en casa o cualquier circunstancia ajena, a estas, al centro de salud o a este al trabajo, por eso es que nosotros no tenemos a dar ese servicio de calidad que requiere el paciente". E-1.*

Cabe mencionar que esta limitante es compartida por todo el personal médico, es decir de ambo sexos y turnos, en contraste con el personal de enfermería dónde es externado por el personal masculino.

La limitante de material, construida a partir del discurso de los prestadores de servicios de salud entendido como la falta de requerimientos básicos para poder brindar la atención al paciente como medicamentos, papelería, recetas originales, tiras reactivas, gasas, suturas (hilo de seda o material por medio del cual se cierra una herida).

> *"El surtimiento de las recetas no es al 100 por ciento hay este meses y mucho, muchas veces está pasando que pasan a farmacia y ni un medicamento está surtido no la hay ¿sí? Entonces, también nosotros cuando damos una receta este dependiendo del número de tabletas que traiga este es y la toma de medicamentos que lleve por día, sacamos la cuenta no, pues necesita dos, tres cajas ¿no? y como no hay tanto, pues le darán una ¿no? y yo creo que lo anotan como si se estuviera entregando al 100 por ciento y no es así". M-3.*

> *"Muchas veces exigen, pero a veces ni papelería hay, ni siquiera recetas originales hay para poder prescribir, una hoja sellada y esa es la receta". M-2.*

> *"Luego viene alguna urgencia y desgraciadamente carecemos de algo simple que son las gasas, algo simple que es una gasa o alguna sutura, ¿qué hacer cuando hay algún accidente?... llega una paciente embarazada… y vienen a pedirnos ayuda y no tenemos el material necesario para darles la atención, la atendemos como viene" M-1.*

La limitante de formación y capacitación fue construida por los investigadores y es traducida como la preparación que se requiere para desempeñar las actividades propias del personal de salud. Esta limitante es compartida por el

personal de enfermería de turno matutino, a diferencia del personal médico que sólo es expresado por el sexo femenino de turno vespertino.

"… los conocimientos que uno tiene fundado, basado en la teoría, para nosotros pus, partiendo de ahí poder dar un trato al paciente, entonces este, eso es importante más que nada la preparación porque muchos tienen, este, los estudios pero, pero hasta ahí, entons, no desarrollan más allá de de la teoría sino que nada más se basan en la teoría y la práctica es la que les falta un poco, entons ahí es también un punto donde no se puede desarrollar la calidad, porque pus más que nada es la práctica, ¿no? relacionar la práctica y la teoría que tenemos". E-1.

La limitante de recursos humanos construida *a posteriori* es entendida por los investigadores como la falta de personal de salud requerido para otorgar los servicios solicitados por la población.

"Desgraciadamente tampoco contamos con todos los médicos necesarios, aquí para que se dé un buen, ahora sí que una buena atención eso es lo principal, hace falta este, médicos, enfermeras". M-6.

La limitante del proceso de la atención construida por los investigadores a partir de lo que el discurso de los prestadores de servicios hacía alusión a la organización de los servicios cosas que no favorecen en el momento de dar una atención, referidas al tiempo destinado a una consulta, el llenar tantos formatos, la elaboración de expedientes, o la repartición de fichas. Resulta interesante el hecho de que esta limitante sólo es compartida por el personal médico femenino y masculino de ambos turnos.

"Se nos dan 20 minutos por consulta y en 20 minutos es imposible hacer una exploración adecuada y un tratamiento eh, dar para poder dar un diagnóstico y dar un tratamiento, pues más acertados". M-6.

"Nos están saturando con tanta papelería que…entiendo que todos los programas son importantes, pero cada programa nos exige "X" papel "X" formato y sí, ya es mucho". M-3.

Para los investigadores la limitante de infraestructura, la cual es compartida por médicos y médicas de turno matutino, alude a la falta de espacios físicos con los requerimientos necesarios para prestar sus servicios, tales como un consultorio propio, sala de espera, y dimensión adecuada de su unidad para el número de población que atiende.

"…aquí el espacio que estamos del Maraboto ya no es posible, la unidad se hizo pensando hace cincuenta años para la población que existía, este edificio es pequeño, este ya la población es demasiado, los espacios se reducieron porque este hay más personal, se han implementado áreas que eran para, se han habilitado para otros departamentos para nutrición, para enfermería, espacios que eran para otra actividad ¿si? entonces, nosotros ya no este, aquí en esta unidad ya no cabemos para brindar atención de calidad como se merece, como se nos está invitando desde hace tiempo", M-1.

"Yo …no tenía un consultorio, si tenía mi núcleo, si tenía mi población, tenía mi consulta y ¿cuántas veces yo no pude empezar la consulta a tiempo? Yo tenía que estar en el consultorio que se desocupara del médico que se fuera a campo, y pues ahí buscando dónde, a veces no había lugar me iba yo a la dirección ahí no hay mesa de exploración ¡obviamente! ¿Cómo revisaba yo a mis embarazadas? Y todas esas cosas influyen mucho para que una atención no sea de buena calidad". M-3.

La limitante de distribución de trabajo se construyó a partir de lo que hacía alusión a la repartición desigual de la carga de trabajo entre el personal de salud. Cabe señalar que esta limitante de distribución de trabajo es compartida entre el personal médico femenino.

"El trabajo no está distribuido adecuadamente, hay quienes tienen bueno menos trabajo, no sé tal menos población, menos número de habitantes y no está bien distribuido". M-3.

Concepto de proceso de calidad

El concepto de proceso de calidad es la forma en que el prestador de servicios de salud puede dar una atención con calidad, clasificado de dos maneras, humanista y normativo.

El concepto de proceso de la atención de calidad normativo es común a todos los prestadores de servicios y es entendido por el personal de salud como el dar una atención tal y como se merece la gente, de manera adecuada, concisa explorándolo, realizarle los estudios pertinentes y darle medicamento para que el paciente salga satisfecho.

"…en cuanto a realizarle los estudios, darle una buena exploración, darle este una buena atención al paciente este, inclusive darles medicamentos ¡sí? Y que se vaya satisfecho en toda la totalidad". M-1.

"Bueno antes que nada, calidad es, es la atención este, adecuada de primera instancia el paciente, ya que muchas veces el paciente encuentra rechazo del personal de salud, entos esta calidad sería bien y a la primera, una consulta como se merece la gente, adecuada y concisa sin, sin hacerlos esperar mucho tiempo y pus que el cliente salga satisfecho, en este caso el paciente". E-1.

El proceso de calidad humanista manifestado sólo es aludido por algunos prestadores de servicio en su discurso, es otra forma de percibir la atención con calidad y es traducida por ellos como el atender al paciente de manera cordial, amable, con respeto, ofrecerle un saludo, una mirada, entender sus problemas de salud y personales, hacer su trabajo con gusto y con cariño.

"Pues, que sea amable, que si en momentos tiene problemas en su casa que los dejen en su casa, no discutir con el paciente, si el paciente está un poco agresivo o lo que sea pues tranquilizarlo y tranquilizarse, hablando con la verdad, este atenderlos bien, vamos atender al paciente bien, con calidad". E-5

"Y si tu trabajas lo tomas con cariño y vienes con gusto a trabajar el paciente sale contento y el paciente va a decir que a veces no necesitas tanto medicamento con que le digas haga esto y haga el otro, y ya involucramos un chiste y el paciente se va contento ¿no? y el paciente se va contento nada más porque lo escuchaste, porque cuando vienen, vienen a veces así muy aprehensivos ¿no? y tu los escuchas y le dices y el paciente le gusta que lo escuches, que le pongas atención y que le des atención". M-4.

"La calidad de la atención debe ser tanto humana como o como este, debe ser tanto humana como en cuanto a darle lo mejor". M-1.

DISCUSIÓN

Entre los indicadores que evalúa la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se encuentran, trato digno, organización de servicios y atención médica efectiva. Los resultados obtenidos confirman que los prestadores de servicios de salud en su marco conceptual tienen elementos que proporcionan un concepto interpersonal de trato digno, mientras que el indicador de trato digno que evalúa la Cruzada Nacional por la calidad de los Servicios de Salud contempla aspectos relacionados con la satisfacción por la atención, la información proporcionada por el médico, el surtimiento de medicamento y el trato recibido, está investigación complementa estos indicadores, el concepto que tiene el prestador de servicios de salud y que comparten todos ellos está orientado hacia un lado más humanista, ya que involucra un interés más personal y afectivo en el trato con el paciente basado en sus valores.

Algunas diferencias que sobresalen, es el hecho que el personal médico hace referencia a un interés por una integración al equipo de trabajo y a la ética profesional en su compromiso con el usuario, mientras que en el personal de enfermería no es general. Y lo mismo ocurre en lo que respecta al interés por la enfermedad. El estudio identificó conceptos que orientan la atención, por ejemplo se hace referencia a "el usuario más vulnerable", aparentemente para significar que requiere una atención diferente. Si bien no fue una generalidad habrá que estudiarlo más ampliamente.

> *"… quizá el que, nosotros vemos al paciente y decimos este, pobrecito como se va a ir sin eso y vemos como le hacemos y conseguimos, si es un medicamento y le falta vemos muestras o lo que sea…" E-3.*

Aún cuando los prestadores de servicios de salud aluden un concepto técnico de calidad de la atención, resulta no ser compartido por todos, ya que el significado que cada uno le adjudica a estos difiere entre ellos, así para algunos hacen referencia a formación y capacitación otros a cuestiones de inmobiliario y equipo y unos menos a cuestiones de insumos. Esto se encontró por las diferencias de turno, sexo y profesión de los prestadores de servicio de salud.

Aunque estudios realizados desde la perspectiva del prestador de servicios como el de Bronfman (1997), señalan que el ejercicio profesional de los prestadores de servicio de salud es visto como desvalorizado, debido a bajos salarios, a la precariedad material, de infraestructura, este trabajo resalta la importancia que le atribuyen al desempeño de su trabajo, ya que es visto más que un trabajo, como algo que les gusta hacer, y que además lo realizan con esmero, dedicación, y cariño.

Además que en este estudio se hace evidente otra forma de percibir la atención con calidad por parte del prestador de servicios, y es el trato humanista que proporciona a los usuarios, con el cual denota interés por el paciente e interés por entender sus problemas de salud y personales.
En este sentido, los entrevistados mostraron gran entusiasmo con el estudio, al ser visto como una oportunidad para externar su opinión sobre los servicios que ellos otorgan, ya que en general los estudios que abordan su perspectiva están encausados hacia satisfacción laboral, y cuando se trata de valorar la calidad de la atención resulta más común partir desde la perspectiva de quién la recibe, el usuario, que de quién la proporciona.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados emitidos en la evaluación de los indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de la atención en el Centro de Salud José A. Maraboto los cuales reportan niveles por arriba del estándar, es decir reflejan que esta unidad está otorgando una atención con calidad. Por otra parte, los resultados de la investigación señalan que los prestadores de servicios de salud tienen un concepto acorde de lo que es la atención con calidad.

Si bien es cierto que los prestadores de servicio de salud tienen un concepto acorde de la atención con calidad, este se constituye en dos dimensiones: técnica e interpersonal. La primera está orientada a la búsqueda de mejores resultados en la atención haciendo uso de la ciencia, tecnología médica y recursos en beneficio de la salud. La segunda basada en relaciones interpersonales con apego a normas, expectativas, aspiraciones y valores.

Algo de lo que resulta constante para los prestadores de servicios es el concepto interpersonal de trato digno hacia el usuario, y que es un interés compartido por todos ellos que denota su compromiso en la atención que se debe dar al paciente desde el momento que llega a solicitar un servicio, hasta el momento que se va.

> *"…Si estamos aquí es porque nos gusta… dedicarnos a trabajar porque a eso venimos" M-3.*

El marco conceptual respecto de la calidad de la atención ha sido abordado como propiedad de la atención medica que se basa en normas profesionales, que puede ser obtenida en diversos grados ofreciendo al paciente máximos beneficios, menor riesgo y costos adecuados. Aun cuando se alude a una calidad técnica para mejorar las condiciones

de salud y una calidad interpersonal, esto está orientado a la satisfacción del usuario, ya que no se consideran las formas o significados que el prestador le adjudica a la calidad de la atención. En este sentido la investigación destaca este componente humanista en el cual el eje de todas las cosas es la persona, a pesar de que no se cuenta con el mobiliario, equipo y otros insumos necesarios para otorgar la calidad de la atención, el prestador de servicios hace todo lo posible para centrarse en la atención y necesidades del usuario. Hay una tendencia orientada a darle un significado al usuario y por ende a darle significado a la enfermedad, también se hace una distinción del usuario, mientras más vulnerable se considere mayor significado dará de la enfermedad.

Se alcanzó el objetivo dado que este trabajo confirma el supuesto de trabajo, que los prestadores de servicios de salud tienen un concepto acorde a la calidad de la atención. Y corroboramos que existe congruencia entre lo que hacen y lo que piensan los prestadores de servicios de salud.

RECOMENDACIONES

Señalamos que si se realizan investigaciones de calidad de la atención se incorporen y complementen con la perspectiva de los prestadores de servicios de salud. Así como también incorporen otros sujetos como el usuario, otros prestadores de servicio como personal administrativo, de limpieza, de trabajo social, de laboratorio, entre otros ampliando así el marco muestral, dado que este trabajo de nuevas rutas de investigación.

También se propone validar los resultados de la investigación en otros escenarios, en unidades que no cumplan con los estándares establecidos en el monitoreo de los indicadores que marca la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, pudiendo ser estos instituciones como el ISSSTE, IMSS, hospitales de segundo y tercer nivel, así como también en el ámbito privado.

La participación en los Servicios de Salud de Veracruz, ha sido una experiencia positiva, por lo cual se sugiere mantener la retroalimentación entre el Instituto de Salud Pública y los Centros de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ander-Egg, E. (1995). Técnicas de Investigación Social. Argentina, Lumen.
2. Bronfman, M., Castro R., Zúñiga E., Miranda C., Oviedo, J. (1997). Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Revista Salud Pública de México. Volumen 39, No. 6, Noviembre-Diciembre, 546-553.
3. Castro, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. México, UNAM.
4. Donabedian, A. (1991). Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. México, La Prensa Médica Mexicana.
5. Frenk, J. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: SSA.
6. Gallino, L. (2001). Diccionario de Sociología. Siglo XXI.
7. González, A. (1994). Calidad Total en Atención Primaria en Salud. España. Ediciones Díaz de Santos, S. A.
8. Gutiérrez, M. (1989). Administrar para la calidad. Conceptos Administrativos del Control Total de la Calidad. México, Limusa.
9. Hernández, E. y Saldaña, A. (2002). Guía práctica para la investigación de proyectos de investigación cuantitativa y cualitativa. México: Universidad Veracruzana. 152.
10. Ley General de Salud (1996). Ley de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones Complementarias. México, Editorial Porrúa. 13ª Edición.
11. Navarrete, S. y Rangel F. (1999). Las infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica. Revista Salud Pública de México. Vol. 41, Suplemento 1. S64-S68.

12. Organización Panamericana de la Salud. (2002). Perfil del Sistema de Servicios de Salud México.
13. Ruelas, E. (1995). Calidad de la Atención en Salud. Revista Salud Pública de México. Vol. 2, Nº. 3, Febrero, 5-8.
14. Sauceda, A., Durán L., Hernández, B. (2000). Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental. Revista Salud Pública de México. Vol. 42, No. 5, Septiembre-Octubre. Pp. 422-430.
15. Secretaría de Salud (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. México: SSA.
16. Secretaría de Salud (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006.México: SSA.
17. Secretaría de Salud (2002). Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México.19.
18. Servicios de Salud de Veracruz (2005). Dirección de Planeación y Desarrollo. Información Básica Municipal de Salud. Veracruz: SESVER.
19. Taylor, S., Bogdan, R. (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Barcelona, Paidós, 1996.
20. Torres, L. y Constantino N. (2003). Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. Revista Médica IMSS. Vol. 41, No. 4. 359-364.
21. Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid, Síntesis sociológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ander-Egg, E. (1995). Técnicas de Investigación Social. Argentina, Lumen.
2. Bronfman, M., Castro R., Zúñiga E., Miranda C., Oviedo, J. (1997). Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Revista Salud Pública de México. Volumen 39, No. 6, Noviembre-Diciembre, 546-553.
3. Castro, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. México, UNAM.
4. Crosby, P. (1979). Quality is free. Estados Unidos, Editorial Mc Graw Hill.
5. Donabedian, A. (1991). Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. México, La Prensa Médica Mexicana.
6. Feingenbaum, A. (1961). Total Quality Control. Estados Unidos, Editorial Mc Graw Hill 1961.
7. Frenk, J. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: SSA.
8. Gallino, L. (2001). Diccionario de Sociología. Siglo XXI.
9. González, A. (1994). Calidad Total en Atención Primaria en Salud. España. Ediciones Díaz de Santos, S. A.
10. Garrido, F., Quezada, S., Pérez, R. y Hernández, P. (2004). Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2003. México, 128.
11. Gutiérrez, M. (1989). Administrar para la calidad. Conceptos Administrativos del Control Total de la Calidad. México, Limusa.
12. Hernández, E. y Saldaña, A. (2002). Guía práctica para la investigación de proyectos de investigación cuantitativa y cualitativa. México: Universidad Veracruzana. 152.
13. Ishikawa, K. (1989). Introducción al control de calidad. España, Ediciones Díaz de Santos.
14. Jurán, J. (1974). Quality Control Handbook. Estados Unidos, 3ª Edition, McGraw Hill.
15. Ley General de Salud (1996). Ley de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones Complementarias. México, Editorial Porrúa. 13ª Edición.
16. Magallanes, C.(2000). La calidad en la atención médica. Revista CODAMED. VER. Vol. 2, No. 1, Enero-Marzo. 4.
17. Navarrete, S. y Rangel F. (1999). Las infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica. Revista Salud Pública de México. Vol. 41, Suplemento 1. S64-S68.
18. Organización Panamericana de la Salud. (2002). Perfil del Sistema de Servicios de Salud México.
19. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2002). Representación en México. Capítulo México de "Salud en Las Américas 2002".
20. Ruelas, E. (1995). Calidad de la Atención en Salud. Revista Salud Pública de México. Vol. 2, Nº. 3, Febrero, 5-8.

21. Sauceda, A., Durán L., Hernández, B. (2000). Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental. Revista Salud Pública de México. Vol. 42, No. 5, Septiembre-Octubre. Pp. 422-430.
22. Secretaría de Salud (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. México: SSA.
23. Secretaría de Salud (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006.México: SSA.
24. Secretaría de Salud (2002). Programa de acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. México.19.
25. Servicios de Salud de Veracruz (2005). Dirección de Planeación y Desarrollo. Información Básica Municipal de Salud. Veracruz: SESVER.
26. Taylor, S., Bogdan, R. (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Barcelona, Paidós, 1996.
27. Torres, L. y Constantino N. (2003). Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. Revista Médica IMSS. Vol. 41, No. 4. 359-364.
28. Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid, Síntesis sociológica.

ANEXOS

***Anexo 1**. Espectros de los discursos*

Tabla 9. Espectro del discurso: concepto Interpersonal

Código / Variable discursiva	Concepto interpersonal de:							
	Interés por el usuario	Interés por la enfermedad	Integración al equipo de trabajo	Conocimiento de manuales y normas	Ética profesional	Trato digno	Patrón cultural	Interés por el usuario vulnerable
Enfermera mujer turno matutino	X X X X X X X X		X		X	X X X X		X
Enfermero hombre Turno matutino						X X X		
Enfermera mujer turno vespertino	X X					X X X		
Médica mujer Turno matutino	X X X X X X X X	X	X		X X X X X	X X X		X X X
Médico hombre Turno matutino	X X		X	X	X X	X		X X
Médica mujer Turno vespertino	X X X X X	X X	X	X	X	X X		
Cualificación	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad	Generalidad	Caso Extremo	Variabilidad

Tabla 10. Espectro del discurso: concepto técnico

Código / Variable discursiva	Concepto técnico de:		
	Formación y capacitación	Mobiliario y equipo	Insumos
Enfermera mujer turno matutino		XXXX	
Enfermero hombre turno matutino	XX		
Enfermera mujer turno vespertino	XX		
Médica mujer turno matutino	X	X	
Médico hombre turno matutino	X	XXXX X	XX
Médica mujer turno vespertino	X		
Cualificación	Variabilidad	Variabilidad	Extremo

Tabla 11. Espectro del discurso: concepto de limitantes

	Concepto de limitantes de							
Código / Variable discursiva	Mobiliario y equipo	Actitud de personal De salud	Formación y capacitación	Entorno de personal De salud	Material	Infraestructura	Proceso de la atención	Distribución de trabajo
Enfermera mujer turno matutino	X X X X		*X*		*X*			
Enfermero hombre turno matutino		X X X X	*X*	*X*				
Enfermera mujer Turno vespertino	X				X			
Médica mujer turno matutino	XXX	XX			X	X	XXXX XXXX	X
Médico hombre turno matutino	XXXX XXX	X		XX	XXXX X	XXX	X	
Médica mujer turno vespertino	XXXX X	X	X	XXX	X		XXX	XX
Cualificación	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad	Variabilidad

Tabla 12. Espectro del discurso: concepto de proceso de calidad

Código / Variable discursiva	Concepto de proceso de la atención de calidad	
	Humanista	Normativo
Enfermera mujer turno matutino	X	XXX
Enfermero hombre turno matutino		XX
Enfermera mujer turno vespertino	XXX	X
Médica mujer turno matutino	XX	XX
Médico hombre turno matutino	X	XX
Médica mujer turno vespertino	XXXX X	X
Cualificación	Variabilidad	Generalidad

LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM) Y LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD DE SUS PARTICIPANTES

Hansy Cortés Jiménez, Gaudencio Gutiérrez Alba y Guadalupe Berenice Santos Adolfo

INTRODUCCIÓN

La Diabetes mellitus y la Hipertensión arterial son enfermedades crónicas degenerativas de gran prevalencia en México y que son consideradas en la actualidad como problemas de Salud Pública ya que ocupan un lugar importante como causa de morbilidad y mortalidad en el país.

Ante esta problemática la Secretaría de Salud de México se da a la tarea de hacer frente a dicha problemática implementando como estrategia la formación de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como parte del tratamiento integral de los pacientes diabéticos e hipertensos. Dicha estrategia busca estimular la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento.

En el Centro de Salud de Banderilla al igual que en la mayor parte de los centros de salud que pertenecen a los Servicios de Salud de Veracruz, existe un Grupo de Ayuda Mutua, el cual tiene cinco años de haberse fundado; actualmente cuenta con 28 integrantes, los cuales son pacientes diabéticos, hipertensos, de otras patologías y sanos; Además también acuden no solo del centro de salud sino de otras instituciones. Cabe hacer mención que este grupo está constituido sólo por mujeres. El grupo sesiona de lunes a viernes de 8:00 a 9:00 hrs. dentro de las instalaciones del mismo Centro de Salud, dicho espacio resulta insuficiente debido al número de integrantes. Dentro de las actividades que realiza se encuentran actividad física, la cual realizan todos los días; los viernes realizan una especie de convivencia con el apoyo de la pasante en servicio social de nutrición, donde se realiza de una manera demostrativa el tipo de alimentación adecuada para su enfermedad.

Por todo lo anterior, nuestro trabajo de investigación demuestra que los pacientes tanto diabéticos e hipertensos que forman parte de este grupo, han tenido alguna repercusión favorable en el control de su enfermedad al pertenecer al GAM, en comparación con aquellos pacientes diabéticos e hipertensos que sólo acuden al centro de salud a demandar consulta. Por lo tanto esta investigación pretende demostrar si este GAM está teniendo el impacto para lo cual fue creado.

Es bien conocido que un control exitoso de la Diabetes e Hipertensión dependen no sólo de la administración del tratamiento farmacológico, sino de la modificación de los estilos de vida (el manejo no farmacológico) y es en los GAM donde los pacientes adquieren las destrezas para el mejor control de su enfermedad, debido a que se crea un ambiente agradable, donde realizan actividad física, llevan un plan de alimentación para el control de su peso, aprendizaje de los alimentos permitidos acorde a su enfermedad, además de un monitoreo y vigilancia de su padecimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como todo programa, necesita ser evaluado para así medir la deseabilidad que se busca con dicho programa y por otro lado comparar los resultados con criterios establecidos y dependiendo de dichos resultados, hacer aportaciones necesarias.

Ya que se tiene pleno conocimiento que los pacientes diabéticos e hipertensos entre mejor controlen sus cifras de glucosa y de tensión arterial, y adopten estilos de vida favorables (lo cual es promovido en el GAM) lograrán con

esto disminuir o retrazar las complicaciones agudas y crónicas provocadas por sus padecimientos y de esta manera disminuir los costos de sus tratamientos tanto a nivel familiar como institucional.

Justificación y uso de los resultados

Lo que motivó la realización de esta investigación fue demostrar si existe beneficios reflejados en los pacientes que participan en el GAM en comparación con aquellos pacientes que no acuden al GAM, beneficios tales como lograr disminuir sus cifras tanto de glucosa como de tensión arterial e IMC, ya que esto es primordial para considerar a un paciente controlado o no; y de esta manera mejorar la calidad de vida de los pacientes tanto diabéticos como hipertensos por un lado, y por otro disminuir los gastos generados por las complicaciones que a largo plazo provocan estas dos patologías, en la bibliografía consultada se demuestra que estos beneficios sí se han logrado.

Dichos resultados nos hacen preguntar si a nivel local ha repercutido favorablemente o no la participación de los pacientes en el GAM, para así promover su integración a los pacientes que no acuden a dicho grupo, y si no ha repercutido favorablemente detectar en donde se está fallando y recomendar las acciones pertinentes para la solución de este problema.

MARCO TEÓRICO

Argumentación Teórica

Grupos de Ayuda Mutua

Históricamente, fue en la década de los años 70 que aparece en EEUU y centro de Europa las asociaciones y los GAM, como recurso a una necesidad no cubierta por la atención primaria y derivada de la crisis industrial y económica. Una de las organizaciones pioneras es la de Alcohólicos Anónimos creada en EEUU hacia los años de 1935. La Asamblea Mundial de la salud reunida en Alma-Ata en 1978, manifestó que la Asistencia Primaria de Salud es el punto donde convergen todos los problemas sanitarios de la comunidad y es el lugar desde donde se han desarrollado acciones para resolverlos y poder llegar a la “Salud para todos en el año 2000”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó y redactó 38 objetivos para conseguirlo y crear un Centro Internacional de Información y apoyo a Asociaciones y GAM en Lovaina (Bélgica). Pero fue en el año 1986 que se efectuó la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá) donde se sentaron las bases para impulsar la capacidad de la comunidad y la participación social . Los GAM nacieron amparados por dicho contexto (Álvarez, 1999).

Ante el reto de hacer frente a los problemas de Diabetes tipo 2, Hipertensión y Obesidad, así como a sus complicaciones, la Secretaría de Salud de México a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) implemento los GAM como una estrategia por medio de la cual de estimule la adopción de estilos de vida saludable, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento, tal como lo ha difundido la OMS y otras organizaciones expertas en la materia (Lara, 2004).

La guía técnica para el funcionamiento de los GAM (Secretaría de Salud,1998), define al Grupo de Ayuda Mutua como la organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de la diabetes y señala el documento que la principal función es garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación (conocimiento, habilidades y destrezas) indispensable para el buen control de su enfermedad. Dentro de sus actividades más importantes se encuentra organización de cursos y talleres de capacitación, auto monitoreo y cumplimiento de metas de tratamiento,

aprendizaje práctico de estilos de vida, prevención y detección de diabetes e hipertensión a nivel familiar y comunitario, actividades sociales y recreativas.

El club debe de organizarse en función de un objetivo particular y generalizarse para la mayoría de los pacientes y es el sitio para recibir capacitación y conducir las acciones de auto monitoreo y control sostenido. La estructura del GAM está formada por un coordinador, una mesa directiva y socios. El coordinador será el responsable el cual servirá de enlace entre los servicios de salud y los pacientes diabéticos. Éste debe recibir capacitación previa sobre la promoción y operación del club de diabéticos.

La mesa directiva puede estar integrada por presidente, secretario, tesorero y vocales. Los socios deberán completar su capacitación, llevar a cabo su auto monitoreo de manera regular y ayudar a los nuevos pacientes a resolver sus dudas. De manera adicional y de acuerdo a su propia decisión y opinión pueden contribuir a la organización y desarrollo de las actividades sociales.

Hipertensión Arterial (HTA)

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 30.05 por ciento de la población de 20 a 69 años la padece y cerca del 61 por ciento de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de quince millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de nueve millones no han sido diagnosticados. (Lara, 2004).

La Norma Oficial Mexicana 030 SSA-2, (1999) establece que los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud.

La HTA se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios:

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg.

Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg.

Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg.

Hipertensión arterial:

Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg.

Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg.

Etapa 3: ≥180/ ≥110 mm de Hg.

Diabetes mellitus (DM)

Según la NOM-015 SSA-2 (1994) define a la Diabetes como 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.

La DM en la actualidad se considera como un problema de Salud Pública en el ámbito mundial, y en México al igual que otros países no escapa a esta problemática; la prevalencia en la población mexicana de 20 años y más es de 10.75 por ciento, alrededor de 5.1 millones con diabetes, y el 34 por ciento,1.7millones desconocen padecer la enfermedad. En el transcurso de las dos ultimas décadas, la Diabetes ha venido ocupando un lugar importante en la morbilidad y mortalidad de nuestro país, actualmente se ubica en el tercer lugar como causa de muerte. En la mortalidad general y como causa única de muerte ocupa el primer lugar (Lara, 2004).

La NOM-015 SSA-2 (1994), establece que el tratamiento de la Diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones.

El manejo no farmacológico es la base para el tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física. Es responsabilidad del médico preferentemente apoyado con equipo multidisciplinarlo a inducir al paciente a la adopción de las medidas de carácter no farmacológico, ya que son condición necesaria para el control de la enfermedad en el largo plazo.

Con el propósito de incorporar de manera activa a las personas con Diabetes en el autocuidado de su padecimiento, y facilitar su capacitación, se fomentará la creación de GAM, en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud, incluyendo las situadas dentro de las empresas.

Evaluación

Hay diferentes modelos de evaluación, que derivan tanto del objeto a evaluar como de la formación académica de quienes realizan esa tarea. Sin embargo, lo constante es, por un lado, la pretensión de comparar un patrón de deseabilidad (imagen-objetivo hacia la cual se orienta la acción) con la realidad (La media potencial en la cual esta va a ser modificada, o lo que realmente sucedió cómo consecuencia de la actividad desplegada) y, por otro lado, la preocupación por alcanzar eficazmente los objetivos planeados. “Evaluar es fijar el valor de una cosa; para hacerlo se requiere un procedimiento mediante el cual se compara aquello a evaluar respecto a un criterio o patrón determinados” (Cohen, 1992).

Alternativamente, se ha definido a la evaluación como aquella rama de la ciencia que se ocupa del análisis de la eficiencia.

Se ha dicho que el objeto de la investigación evaluativa es comparar los efectos de un programa con las metas que se propuso alcanzar a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del mismo y para mejorar así la programación futura o que la evaluación “mide hasta que punto un programa alcanza cierto objetivos”.

Efecto: Es todo comportamiento o acontecimiento de que puede razonablemente decirse que ha sido influido por algún aspecto del programa o proyecto. Por definición, dados sus objetivos de resultado, un proyecto debe tener efectos buscados, previstos, positivos y relevantes. Sin embargo, puede haber efectos “no buscados” que sean, al mismo tiempo, previstos, positivos y sumamente relevantes desde el punto de vista de la organización que tiene a su cargo el proyecto.

Impacto: Se define como un resultado de los efectos de un proyecto. La determinación del impacto exige el establecimiento de objetivos operacionales y de un modelo causal que permita vincular el proyecto con los efectos resultantes de su implementación (Cohen, 1992).

Argumentación empírica

En el estudio efectuado por Lara (2004) se evaluó el cumplimiento de las metas básicas de tratamiento de personas que padecen diabetes tipo 2 y que asisten al GAM de la Secretaría de Salud de México. Fue un estudio de tipo transversal comparativo y los resultados fueron que los pacientes que participan en los GAM logran mayores beneficios en el control de su enfermedad a diferencia de los que no participan.

Peredo (2001) presentó un estudio cuasi experimental abierto, donde el objetivo era evaluar la eficacia de una intervención educativa activa participativa sobre la presión arterial media, índice de masa corporal (IMC) y nivel de conocimiento en este padecimiento, en sujetos con HTA. Los resultados fueron que la estrategia educativa activa participativa es útil en el control de la HTA e IMC en los pacientes hipertensos.

En otro estudio realizado por Jáuregui (2002) el cual fue un estudio longitudinal con un diseño de dos grupos (experimental y control, donde el objetivo era lograr la adherencia terapéutica y como consecuencia el control del padecimiento. Después de terminar el estudio se concluyó que la intervención psicológica aplicada sólo al grupo experimental (modificación de creencias, control de las emociones y autocuidado) marcó la diferencia en los resultados al facilitar la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento.

Pregunta de investigación

¿Qué efectos han tenido las actividades del Grupo de Ayuda Mutua de Diabetes e Hipertensión sobre sus participantes del Centro de Salud de Banderilla?

OBJETIVOS

General

- Valorar los efectos del programa Grupo de Ayuda Mutua en sus participantes.

Específicos

- Valorar el conocimiento que tienen los participantes del GAM de su padecimiento (Diabetes e Hipertensión) y compararlo con los que no participan en él.
- Valorar si los participantes del GAM han modificado su índice de masa corporal al formar parte del grupo, haciéndolo comparativo con los no participantes.
- Valorar y comparar si las cifras de glucosa y tensión arterial se han modificado favorablemente en los participantes y no participantes del GAM.

METODOLOGÍA

Criterios generales de planificación del proyecto

Para poder hacer nuestro estudio comparativo se formaron dos grupos, en el primer grupo incluimos a aquellos pacientes diabéticos e hipertensos que participan en el GAM y que están en control en el centro de salud; en el segundo grupo se incluyeron pacientes diabéticos e hipertensos que sólo acuden a control de su enfermedad en el Centro de Salud sin formar parte del GAM.

Para investigar el nivel de conocimiento de su enfermedad en ambos grupos, implementamos un cuestionario en el cual evaluamos aspectos del conocimiento de la enfermedad que padecen. Por otro lado revisamos los expedientes clínicos de los pacientes de ambos grupos, donde verificamos las cifras de glucosa, presión arterial e IMC que manejaron los pacientes durante las últimas seis consultas, lo cual nos sirvió para poder detectar, en base a estas cifras, si los pacientes se encontraban controlados o no.

Tipo de estudio

Cuantitativo

Ya que se realizó una evaluación de los efectos del programa del grupo de ayuda a través de instrumentos.

Operacionalizacion de variables:

Variable teórica	Definición operacional	Dimensiones	Criterio	Indicador	Fuente	Instrumento
Efectos	Es todo comportamiento o acontecimiento del que puede razonablemente decirse que ha sido influido por algún aspecto del programa o proyecto. Por definición, dados sus objetivos de resultado, un proyecto debe tener efectos buscados, previstos, positivos y relevantes.	Positivos	Conocimiento de su enfermedad Cumplimiento e índice de medición :	-respuesta positiva entre el número de preguntas.	Participante	Entrevista
			a) Niveles de glucosa dentro de los rangos que marca la NOM -015-SSA2 -1999	cifras de glucosa plasmática en ayunas de 80 mg/dl y $\leq$ 110 mg/dl.	Expediente clínico Tarjeta individual de control de diabetes	Glucómetro
			b) Niveles de Presión arterial dentro de los rangos que marca la NOM-O30-SS2	Cifras de P.A. <140/90 mm de Hg. (sistólica/diastólica).	Expediente clínico Tarjeta individual de control de Hipertensión arterial.	Baumanómetro
			c) Índice de masa corporal dentro de los parámetros normales. criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado NOMSSA1-174,1998.	IMC >18 - <25, peso recomendable;	Expediente clínico Tarjeta individual de control	Báscula Cinta métrica

		Negativos	Desconocimiento de su enfermedad Niveles elevados de medición de : a) niveles de glucosa capilar por encima de lo establecido por la NOM -015-SSA2 1999. b) cifras de Presión arterial por encima de lo establecido por la NOM-O30- SS2 c) Índice de masa corporal (IMC) fuera de los parámetros establecidos. NOM -015-SSA2 -1999	Respuesta positiva entre el número de preguntas. Por encima de 127 Mg/ dl. Por encima de 140/90 mm Hg Cifras de IMC $\geq$25 y <27 sobrep e IMC $\geq$27 obesidad	Participante Participante Expediente clínico Tarjeta individual de control de diabetes Expediente clínico Tarjeta individual de control de Hipertensión arterial. Expediente clínico Tarjeta individual de control	

Análisis y alcance de los resultados:

Descriptivo: Sólo se investigaron los beneficios del programa de Grupo de Ayuda Mutua en los participantes, ya que este tipo de análisis mide y evalúa diversos aspectos o componentes del programa.

Tiempo de ocurrencia de los hechos:

Retrospectivo parcial: La información acerca del GAM se tomó desde sus inicios (hace cuatro años), en registros (expedientes) y tarjetas de control de pacientes diabéticos.

La información se captó en el momento de realizar la presente investigación.

Según el periodo y secuencia:

Transversal: Se evaluó el programa de ayuda mutua tomando información de seis meses a la fecha.

De acuerdo con la interferencia del investigador:

Observacional: Ya que sólo nos limitamos a observar y medir los efectos del Grupo de Ayuda Mutua en los usuarios diabéticos e hipertensos y no modificamos ninguna de las variables.

Según la comparación de poblaciones:

Comparativo: Se realizó la comparación entre dos grupos independientes, pero que compartían las mismas patologías (DM e HTA). Comparamos los efectos que han tenido los pacientes diabéticos e hipertensos que participan en el GAM con aquellos pacientes diabéticos e hipertensos que no participan en dicho grupo. Lo anterior para poder observar si

hay una repercusión favorable en los pacientes que participan en el GAM, logrando un mejor control de su padecimiento que los que no participan.

Universo de estudio

Todos los pacientes diabéticos e hipertensos que pertenecen al Grupo de Ayuda Mutua y los que no pertenecen a éste, pero que acuden a control de su enfermedad en el Centro de Salud.

Muestra

No se llevó a cabo ningún método para obtener muestra, ya que se tomó la totalidad del universo, siempre que cumplieran con los criterios de inclusión que a continuación se plantean.

Criterios de inclusión:

- Pacientes diabéticos e hipertensos que asistan al Grupo de Ayuda Mutua con un mínimo de permanencia de 6 meses.
- Pacientes diabéticos e hipertensos en control en el Centro de Salud Banderilla y que acudan a su consulta por lo menos una vez al mes.
- Que se encuentren registrados en el acta constitutiva del Grupo de Ayuda Mutua.
- Que asistan a las diferentes actividades del Grupo de Ayuda Mutua (Actividad física, pláticas, convivencias).
- Pacientes diabéticos e hipertensos que estén en control de su enfermedad en el centro de salud, pero que no participen en el GAM.

Criterios de exclusión:

- Pacientes no diabéticos.
- Pacientes no hipertensos.
- Pacientes que acudan al grupo por otra patología.
- Pacientes sanos.
- Pacientes diabéticos e hipertensos que se encuentre en el Grupo de Ayuda Mutua, pero que no sean controlados por el Centro de Salud de Banderilla.
- Pacientes que son irregulares en su asistencia al grupo y en el control con su médico.

Procedimiento para la recolección de información

Para la obtención de los datos se aplicó un instrumento (Anexo 1) a través de la técnica de la entrevista, a los pacientes que componen nuestro universo. Dicho cuestionario constó de 21 preguntas de opción múltiple que están dirigidas a medir el grado de conocimiento que tienen los pacientes acerca de su padecimiento. Los apartados de dicho instrumento son: conocimiento de síntomas, de factores de riesgo, complicaciones y tratamiento. El instrumento utilizado pasó por un proceso de validación, ya que las preguntas planteadas fueron tomadas de la Guía Técnica para el funcionamiento de los GAM; además paso por una prueba piloto para detectar posibles errores en cuanto a congruencia, claridad o problemas de estructuración que se pudieran corregir antes de la aplicación final del mismo. Esta proceso se llevo a cabo con los pacientes que integran el GAM del Centro de Salud José Maraboto durante el periodo del 21 al 25 de noviembre de 2005.

La aplicación del cuestionario definitivo a los pacientes de nuestra población objetivo que participan en el GAM se llevó a cabo del día 21 al 25 de noviembre de 2005 y se aplicaron un total de nueve cuestionarios; al segundo grupo, es decir los que no participan en el GAM, se le aplicó del 5 al 9 de diciembre del mismo año, siendo doce los instrumentos aplicados que forman un total de 21 cuestionarios.

Una segunda parte de la recolección de la información se llevó a cabo durante el periodo del 3 al 6 de enero del 2006 y consistió en la consulta y revisión de los expedientes de los pacientes que incluimos en la investigación, tanto aquellos que acuden al GAM como aquellos pacientes que sólo van al centro de salud para llevar su control, pero sin acudir al GAM. De dichos expedientes tomamos las cifras de glucosa para aquellos pacientes diabéticos y cifras de tensión arterial de los pacientes hipertensos; así como su IMC para ambos pacientes de las últimas seis consultas.

La información que se obtuvo de los cuestionarios aplicados se sometió a un procedimiento de calificación donde se utilizo una escala de cero a 100 y en base a la operacionalización de las variables se tomó como paciente con suficiente conocimiento de su enfermedad cuando este haya obtenido una calificación de 80 y más.

De la información obtenida de la revisión de los expedientes clínicos, se hizo una valoración de los niveles de glucosa, tensión arterial e IMC que han mantenido los pacientes, tomando en cuenta los valores de los últimas seis consultas. Con todo lo anterior concluimos qué pacientes se encuentran controlados y descontrolados.

Los datos que se obtuvieron del instrumento y de los expedientes fueron capturados y procesados a través del programa Epi info; posteriormente fueron analizados en ese mismo programa, pero en una aplicación especial llamada: Analysis, el cual nos sirvió para producir gráficas y datos necesarios para el análisis completo de los datos obtenidos.

Procedimientos que garantizaron aspectos eticos en la investigación

Durante el proceso de este trabajo de investigación, los investigadores que participamos en dicho proyecto siempre actuamos de forma ética, ya que desde el inicio siempre se buscó contribuir a la Salud Pública. Y los resultados obtenidos fueron utilizados de forma confidencial y para fines estrictamente académicos y científicos.

Programas utilizados para análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos de los instrumentos se utilizaron los siguientes programas:

- EPI INFO 3.3.2: Este es un conjunto de programas de dominio publico diseñado por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) y se utiliza para el análisis de datos primarios, además se puede diseñar hojas de captura de datos o cuestionarios y crear mapas para relacionar datos de los archivos de EPI INFO con archivos que tengan límites geográficos.

RESULTADOS

Datos generales

Se entrevistaron a 21 pacientes, de los cuales 14 son diabéticos, tres son hipertensos y cuatro presentan ambas patologías (Tabla 1). Los pacientes que participaron en esta investigación fueron del sexo femenino, ya que el GAM está integrado únicamente por personas de este género.

Tabla 1. Frecuencia de Pacientes según su padecimiento
Centro de Salud Banderilla 2005

Padecimiento	i	No	Total
Diabetes		9	14
Hipertensión		1	3
Ambas		2	4
Total		12	21

Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre 2005.

La edad promedio de nuestras entrevistadas fue de 58 años, con un rango de edad de 39 a 84 años; la edad más frecuente fue de 46 años. La edad media para pacientes que pertenecen al GAM fue de 62 años, y para las que no pertenecen al grupo fue de 53 años (Tabla 2).

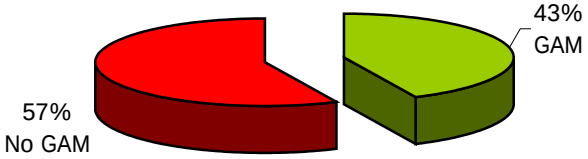
Tabla 2. Edad promedio de los pacientes según su pertenencia o no al GAM Centro de Salud Banderilla 2005

Pertenece	Media	Desviación típica
Si	62 años	11
No	53 años	10
Estadístico T = 1.8308 Valor p = 0.0829		

Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre 2005.

En el Gráfico 1 se aprecia que el 43 por ciento (nueve) pertenece al GAM y el 57 por ciento (12) restante no acuden a este grupo.

Gráfico 1.Porcentaje de pacientes que pertenecen y no al GAM. Centro de Banderilla Salud Banderilla 2005



Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla diciembre 2005

En el Tabla 3 podemos observar que aquellos pacientes que no acuden al GAM, sí tienen conocimiento que existe éste, y muy a pesar de esta situación no les interesa participar.

Tabla 3. Conocimiento de la existencia del GAM en pacientes que no participan en éste. Centro de Salud Banderilla 2005

¿Conoce?	Frecuencia
Sí	6
No	6
Total	12

Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre, 2005.

Conocimiento sobre su enfermedad

Se realizó un análisis sobre el conocimiento que las pacientes tenían acerca de su padecimiento, según su pertenencia o no al GAM; en el cual se conjuntaron todas las preguntas del cuestionario y nos arrojo la variable de conocimiento general, de acuerdo a la patología que presentan donde obtuvimos que los que sí pertenecen el

promedio de calificación fue de 81.47 y la calificación promedio de los pacientes que no pertenecen al GAM está entre 43.49. Al analizar el valor de p, podemos concluir que el grupo sí influye en el conocimiento que tienen los participantes sobre su enfermedad. Cuadro 4.

Cuadro 4. Promedios de calificación sobre el conocimiento de su padecimiento de los pacientes diabéticos e hipertensos según su pertenencia o no al GAM. Centro de Salud Banderilla 2005

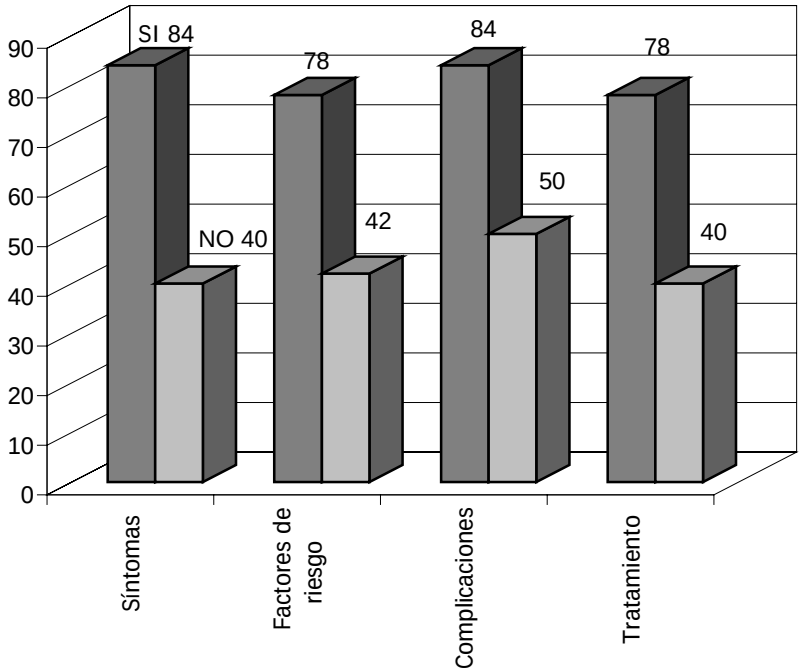
Tema	Pertenece al GAM				*Valor t*	P
	Si		No			
	Promedio	Desviación típica	Promedio	Desviación típica		
General	81.47	13.1667	43.49	15.2641	3.4122	0.0029

Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre 2005

Para efectos de calificación del cuestionario, este se clasificó en los siguientes apartados en cuanto al conocimiento de: los síntomas, factores de riesgo, complicaciones y tratamiento; para esto se otorgó una calificación del cero al 100. Donde obtuvimos que, de los pacientes que sí acuden al GAM tienen una calificación en todos los rubros mayor de 75, lo que nos indica que el nivel de conocimiento de su padecimiento es adecuado; siendo un poco bajo en los rubros de factores de riesgo y tratamiento.

Para los pacientes que no pertenecen al GAM la calificación fue menor a 50 indicándonos un conocimiento inadecuado (Gráfico 2).

Grafico 2. Promedio de conocimiento de su padecimiento de los pacientes según su pertenencia o no al GAM Centro de Salud Banderilla 2005



Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre, 2005.

De los pacientes que sí pertenecen al GAM, cinco diminuyeron sus niveles de glucosa, uno se mantuvo y sólo uno aumentó; en promedio disminuyeron 27.8571 mg/dl. En cambio los pacientes que no pertenecen al GAM tuvieron un aumento promedio de 5.0909 mg/dl donde cinco aumentaron sus niveles, cuatro disminuyeron y dos se mantuvieron (Cuadro 5).

Aunque estadísticamente no hubo diferencias significativas entre los pacientes que pertenecen o no al GAM, se observa en la gráfica 3 que en la mayoría de los pacientes que pertenecen al GAM, disminuyeron sus niveles de glucosa.

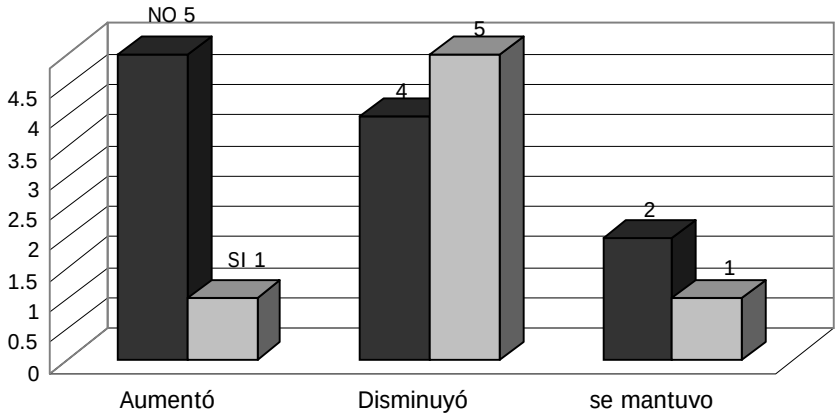
Cuadro 5. Disminución promedio de los niveles de glucosa de los pacientes diabéticos según su pertenencia o no al GAM. Centro de Salud Banderilla 2005

Pertenece al GAM	Promedio		Desviación típica
Si	27.8571	±	41.4223
No	-5.0909	±	58.2931

Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre, 2005.

Los pacientes que pertenecen al GAM presentan valor de 25 mg/dl mayor a los que marca la NOM-015 SSA-2, mientras que los pacientes que no pertenecen al GAM tienen un promedio de 85 mg/dl por arriba de los parámetros de dicha norma, por lo que estadísticamente sí se encuentra una diferencia significativa obteniendo un valor de P = 0.0134. (Cuadro 6)

Grafico 3. Comportamiento de los niveles de glucosa en los pacientes diabéticos según su pertenencia o no al Centro de Salud, Banderilla 2005 2005



Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre, 2005.

Cuadro 6. Promedio de los niveles de glucosa actual en relación a los parámetros que marca la NOM –015 SSA 2 , según su pertenencia o no al GAM Banderilla 2005

Pertenece al GAM	Promedio		Desviación típica
Si	25.0000	±	29.5296
No	85.6364	±	52.3207

T Student = 2.7781
Valor p= 0.0134
Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre, 2005.

En cuanto a los niveles de glucosa inicial de los pacientes que pertenecen al GAM se puede observar que iniciaron con un promedio de 178 mg/dl, disminuyendo a 151 mg/dl promedio en la última consulta. En cambio en los pacientes que no pertenecen al GAM se observa que ingresaron con un valor de 206 mg/dl y en su última consulta presentaron un promedio de 211 mg/dl, por lo que podemos concluir que en su última consulta entre ambos grupos sí existe estadísticamente una diferencia significativa. Cuadro 7

Cuadro 7. Promedio de niveles de glucosa inicial y final de las pacientes según su pertenencia al GAM. Centro de Salud Banderilla 2005

Pertenece	Glucosa inicial	Glucosa final
GAM	178.8571	151
NO GAM	206.5455	211
	Estadístico T = 0.9261	Estadístico T = 2.7781
	Valor p= 0.3681	

Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre, 2005.

En cuanto al comportamiento de la tensón arterial se puede apreciar que los pacientes que pertenecen al GAM iniciaron en el grupo con un promedio de 150/77 mmHg, y en su última consulta mostraron un promedio de 125 / 80 mmHg observando una disminución de sus cifras desde el inicio hasta la última toma. En cuanto a los pacientes que no pertenecen al GAM ingresaron con una tensión arterial de 153 / 83 MmHg y en su última toma se puede apreciar que se mantuvieran en las mismas cifras.

En cuanto a la sistólica final de los pacientes estadísticamente sí existe un valor significativo. Cuadro 8.

En cuanto al comportamiento del IMC podemos encontrar que, las pacientes que pertenecen al GAM tuvieron una disminución promedio de una media de 1.8033, de los nueve pacientes cinco se disminuyeron estas cifras, y cuatro se mantuvieron; en cambio en los pacientes que no pertenecen al GAM tuvieron un aumento, con una media de 0.5625, encontrando que de los doce pacientes, cuatro disminuyeron sus cifras, seis aumentaron y dos se mantuvieron (Gráfico 4).

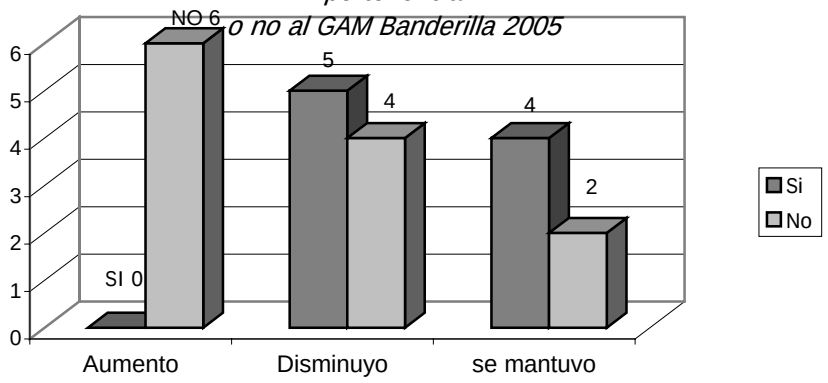
Estadísticamente fueron significativos tanto la disminución promedio como el comportamiento de esta disminución del Índice de masa corporal, por lo cual podemos concluir que el pertenecer al GAM influye favorablemente en la reducción del índice de masa corporal en este tipo de pacientes (Cuadro 9).

Cuadro 8. Comportamiento de la tensión arterial en pacientes hipertensos según su pertenencia o no al GAM. Centro de Salud Banderilla 2005

Tensión arterial	Pertenece al GAM				*Valor t*	*P*
	Si		No			
	Promedio	Desviación típica	Promedio	Desviación típica		
Sistólica inicial	150	16.3299	153.3333	25.1661	0.2147	0.8385
Sistólica final	125	5.7735	153.3333	20.8167	2.6680	0.0445
DiastólicaInicial	77.5	9.5743	83.3333	15.2753	0.6271	0.5581
Diastólica final	80	0	83.3333	5.7735	1.1952	0.2856
Sistólica promedio	128.3333	7.6376	141.6667	17.5594	1.2060	0.2943
diastólica promedio	75.6667	5.1316	86.6667	5.7735	2.4665	0.0692

Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre, 2005.

Gráfico 4.Comportamiento de índice de masa corporal en pacientes diabeticos e hipertenson segun su pertenencia o no al GAM Banderilla 2005



Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla diciembre 2005

Cuadro 9. Disminución promedio del IMC de las pacientes según su pertenencia o no al GAM. Centro de Salud Banderilla 2005

Pertenece al GAM	Promedio		Desviación típica
Si	1.8033	±	2.6690
No	-.5625	±	2.5159

T Student = 2.0784
Valor p= 0.0415

Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla diciembre 2005

En cuanto al promedio en las cifras de IMC de la primera consulta se observa que los pacientes que pertenecen al GAM tienen un promedio de 30.7 y los pacientes que no pertenecen al GAM un promedio de 26.84, observando que estadísticamente existe una diferencia significativa para este último grupo donde el valor de p = 0.0462. En las cifras de IMC en la última consulta se puede apreciar que los pacientes que pertenecen al GAM tuvieron un promedio de 28.9 lo que nos indica que sí existió una disminución en este grupo, mientras que en los que pertenecen al GAM obtuvieron una promedio de 27.5 presentando un ligero aumento (Cuadro 10).

Cuadro 10. Promedio de IMC inicial y final en los pacientes según su pertenencia o no al GAM. Centro de Salud Banderilla

Pertenecen	Promedio IMC inicial	Promedio de IMC final
GAM	30.7444	28.9411
No GAM	26.8458	27.5083
	T Student = 2.1323 Valor p= 0.0462	T Student = 0.7073 Valor p= 0.4880

Fuente: Cuestionario aplicado, Centro de Salud Banderilla, diciembre, 2005.

Se realizo una pregunta acerca de la percepción de los beneficios obtenidos que las pacientes tenían al pertenecer al grupo de ayuda mutua, entre los cuales refieren disminución de sus síntomas, así como sentirse motivadas de hacer más actividades.

DISCUSIÓN

- Los resultados favorables en la adquisición de conocimiento sobre Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en los pacientes que acuden al GAM nos permitieron medir el impacto de dicho programa, ya que en este trabajo medimos los aspectos relacionados con el nivel de conocimiento de su padecimiento, el comportamiento de sus cifras de glucosa, tensión arterial e índice de masa corporal además de compararlos con aquellos pacientes que no acuden al GAM , por lo que se confirma lo expuesto por Lara (2004) en un estudio similar, donde el resultado fue que los participantes del GAM logran un mejor control de su enfermedad que los que no participan.

- Además si consideramos que, tanto los pacientes diabéticos como los hipertensos, deben intervenir en su tratamiento, se ha considerado de gran importancia su educación ya que a través de esta se puede lograr la modificación necesaria para que los pacientes participen de manera comprometida en su manejo integral y así lograr un mejor control de su enfermedad y disminuir la presencia de complicaciones tanto agudas como crónicas, además de sus gastos secundarios.

- Se observó que las pacientes que sí pertenecen al GAM, no llegaron a los límites ideales de glucosa, tensión arterial e índice de masa corporal que marcan las NOM-015 SSA-2. 1994 y NOM-030 SSA-2 1999, pero sin embargo sí lograron disminuir considerablemente estas cifras.

CONCLUSIONES

- Las mujeres integran en su totalidad el GAM del Centro de Salud Banderilla; misma situación reflejada en la utilización de los servicios de salud, por lo que sería necesario estudiar que factores son los desencadenantes de este fenómeno para así implementar estrategias para incorporar al mayor número de hombres a estos programas que sin duda repercuten favorablemente en su salud.

- En las pacientes que no pertenecen al GAM se observó que la mitad de ellos no tenían conocimiento de la existencia del grupo, y que la otra mitad lo tenía, pero sin embargo no están motivados para participar en el GAM.

- En cuanto a los niveles de glucosa, tensión arterial e IMC estas pacientes presentaron modificaciones mínimas en beneficio de su salud en comparación con los que sí asisten al grupo.

- El promedio de calificación obtenida en el cuestionario que se aplicó a los pacientes que no participan en el GAM fue menor al de los pacientes que sí pertenecen al GAM.

- Con los resultados obtenidos en este estudio, se concluye que el pertenecer en el GAM del Centro de Salud Banderilla sí tiene efectos favorables para sus participantes.

RECOMENDACIONES

Recomendamos continuar implementando el programa del GAM ya que como lo reflejan los resultados de esta investigación, existen efectos positivos en sus participantes.

Promover la existencia del GAM para integrar a éste a todos aquellos pacientes diabéticos e hipertensos que aún no participan en él.

Tratar de integrar a los pacientes diabéticos e hipertensos del sexo masculino, ya que actualmente el GAM está integrado sólo por mujeres.

En base al punto anterior sugerimos establecer diferentes horarios, específicamente durante el turno vespertino para lograr que los pacientes que no pueden acudir durante el turno matutino lo hagan en ese turno.

También recomendamos que se realicen acciones de gestión ante el H. Ayuntamiento de Banderilla para dotar de instalaciones adecuadas y solicitar el apoyo de la Jurisdicción Sanitaria No. V para que otorgue recurso humano necesario para el buen funcionamiento del GAM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, Maria Dolores. (1999, Enero). *Los Grupos de Ayuda Mutua.* Ponencia presentada en las “Primeras Jornadas de Afectados por la Neurofibromatosis en Cataluña. Trascripción recuperada el 10 de septiembre de 2005, de http://www.acmefi.com/revista/1999t35.htm
2. Cohen, E., Franco, R. 1992. Evaluación de proyectos sociales. México: Siglo Veintiuno editores, S.A. de C.V
3. Jáuregui J. J. “Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: Impacto de un programa multidisciplinario” [Versión electrónica], Revista Medica IMSS. Enero 2002. 40(4). [Consulta: 5 septiembre 2005].
4. Lara, E. A. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. [Versión electrónica], *Archivos de Cardiología de México.* (2004, Diciembre). 74 [Consulta: 6 septiembre 2005]
5. Peredo, Rosado Pedro. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control NOM-015 SSA-2 (1994 de la hipertensión arterial. [Versión electrónica], Revista Medica IMSS, Diciembre 2004. 43 (2) [Consulta: 6 de diciembre de 2005].
6. Secretaría de Salud (1998) Guía Técnica para el funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua.
7. SSA: Norma Oficial Mexicana: NOM-030 SSA-2 1999, *para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.* México, 2001.
8. SSA: Actualización de la Norma Oficial Mexicana. NOM-015 SSA-2. 1994, *Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes.* México, Noviembre 1999.
9. Scheffer, Richard L. – Mendenhall William – Ott Lyman; , Elementos de Muestreo; Grupo Editorial Iberoamérica.

ANEXOS

Anexo 1. CUESTIONARIO

NOMBRE_____

EDAD_____ SEXO_____

PERTENECE AL GRUPO DE AYUDA MUTUA. SI ( ) NO ( )

Marque con una X la o las respuestas correctas a las siguientes preguntas

1. ¿Sabe usted de qué está enfermo?
   Si ( ) No ( )

En caso de contestar NO, finalizar la entrevista.

2. ¿Cómo se llama la enfermedad que padece?
   Diabetes o azúcar ( ) Hipertensión o presión alta ( )

Si contesta Diabetes pasar a la pregunta No. 3, (continuar hasta la 8 y seguir de la 13 en adelante)
Si contesta hipertensión arterial, pasar a la pregunta No. 8
En caso de marcar las 2 respuestas aplicar todo el instrumento.

3. Marque con una X los síntomas de la diabetes
   a) mucha sed
   b) dolor de estomago
   c) muchas ganas de orinar
   d) nerviosismo
   c) mucha hambre
   d) perdida de peso
   e) cansancio
4. Marque con una X los factores que favorecen la aparición de la diabetes
   a) La herencia
   b) El frío
   c) La obesidad
   d) El trabajo
   e) La falta de ejercicio
   f) Comer muchas grasas
5. ¿Cuáles son los valores o cifras que usted considera dentro de lo normal de glucosa o azúcar en la sangre?
   a) 300 mg/dl
   b) 400 mg/dl
   c) Por debajo de 120 mg/dl
   d) 500 mg/dl
6. Marque con una X las complicaciones de la diabetes
   a) Amputación de piernas
   b) Ceguera
   c) Daños al riñón
   d) Infarto
   e) Cáncer

7. Los componentes del tratamiento completo de la diabetes son:
   a) Alimentación adecuada
   b) Vacunas
   c) Ejercicio
   d) Medicamento
   e) Tomarse su propia orina
8. Marque con una X los síntomas de la hipertensión arterial
   a) Dolor de cabeza
   b) dolor de estomago
   c) Zumbido de oídos
   d) nerviosismo
   c) Ver lucecitas
   d) perdida de peso
   e) cansancio
9. Marque con una X los factores que favorecen la aparición de la hipertensión arterial

   a) La herencia
   b) El frío
   c) La obesidad
   d) El trabajo
   e) La falta de ejercicio
   f) Comer muchas grasas
10. ¿Cuales son los valores o cifras de presión arterial que usted considera dentro de lo normal?
   a) 200/100 mm Hg
   b) 180/150 mm Hg
   c) 120/80 mm Hg
   d) 250/200 mm Hg
11. Marque con una X las complicaciones de la hipertensión arterial
   a) Infartos (ataque al corazón)
   b) Ceguera
   c) Daños al riñón
   d) Enfermedad cerebral (embolias)
   e) Cáncer
12. Los componentes del tratamiento completo de la hipertensión arterial son:
   a) Alimentación adecuada
   b) Vacunas
   c) Ejercicio
   d) Medicamento
   e) Tomarse su propia orina
13. ¿Realiza ejercicio?
   SI
   No
14. ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?
   1 a 3
   4 a 5
   Mas de 6
15. ¿Cuántos minutos al día dedica a hacer ejercicio?
   Menos de 30 minutos
   Más de 30 minutos

16. ¿Desde hace cuanto tiempo realiza ejercicio?
    De 1 a 3 meses
    De 4 a 6 meses
    Mas de 6 meses

17. ¿Lleva una dieta especial para controlar su enfermedad?
    SI NO
18. De la siguiente lista de alimentos marque con una X los que no debe consumir, o consumir con medida.

    Frutas Pollo
    Chicharrones Pan
    Verduras Tortilla
    Refrescos Pan integral
    Manteca
19. ¿Sabe usted que es el Grupo de Ayuda Mutua?
    Si No
20. ¿Le gusta participar en el Grupo de Ayuda Mutua?
    Si No
21. ¿Ha sentido alguna mejoría desde que participa en el Grupo de Ayuda Mutua?
    Si No
22. ¿Cuál es la ventaja que usted ha obtenido al participar en el Grupo de Ayuda Mutua?

Respuesta_____
_____
____