



Material Didáctico

para la Asignatura

Metodología de la Investigación



Escuela Latinoamericana de Medicina

Autores:

MSc. Ma Eugenia Vega Miche.

MSc. Dania Morales Batista.

Lic. Ada Rubio Lorenzo.

MSc. Isabel C. Rivero Machado

Lic. Niurka González de Armas.

ATD Arellys Graverán Beltrandes

ATD Lázara L. Suárez Herrera

La Habana, 2019

INDICE

	Pág.
Metodología de la Investigación Cuantitativa	
Etapas del Método Científico.....	1
Observación.....	1
Problema científico. Formulación.....	2
Objetivos.....	3
Hipótesis.....	4
Tipos de Hipótesis. Ejemplos.....	5
Tipos de Estudio.....	6
Proyecto o Protocolo de Investigación.....	7
Partes del Proyecto.....	8
Ventajas e inconvenientes de los distintos tipos de muestreo probabilístico... ..	10
Ejercicio 1.....	12
• Experiencia en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical y el carcinoma in situ con radiocirugía.....	13
• Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.....	16
• Hipertensión arterial en el joven: factor de riesgo.....	21
• Estudio de cohorte sobre el impacto del diagnóstico de displasia cervical e infección por virus del papiloma humano en la función sexual de mujeres en un hospital de segundo nivel en Bogotá, Colombia.....	25
• Terapia floral en el tratamiento de estudiantes de medicina con estrés Académico.....	29
Ejercicio 2.....	31
Ejercicio 3.....	32
Metodología de la Investigación Cualitativa	
Metodología de la Investigación Cualitativa. Enfoque.....	33
Comparación entre Investigación cuantitativa y Cualitativa.....	34
Investigación Cualitativa.....	35
Técnicas de Investigación.....	36
Observación y entrevista.....	37
La entrevista a profundidad.....	38
Grupo Focal.....	39
Grupo Nominal.....	40
Tipos de Diseño.....	43
Diseño Etnográfico.....	43
Diseño Fenomenológico.....	44
Diseño Investigación-Acción.....	46
Diseño Teoría Fundamentada.....	46

Diseño de Casos.....	47
Ejercicio 1.....	49
• El control del Dengue desde la perspectiva de la Bioética.....	50
• Percepción sobre la prestación de servicios de atención a la infertilidad desde una mirada antropológica.....	52
• Características sociales y estado de salud de un asentamiento rural.....	56
• Cáncer de Próstata con metástasis en el peroné. Presentación de un Caso.....	62
• Intervención Comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.....	67
Ejercicio 2.....	71
Ejercicio 3.....	72
Ejercicio 4.....	73
Ejercicio 5.....	73
Ejercicio 6.....	74
Ejercicio 7.....	75
Ejercicio 8.....	75



Metodología de la Investigación cuantitativa

Etapas del Método Científico

1- Observación. Planteamiento del Problema

- Variables: Clasificación y Operacionalización. Métodos, técnicas y procedimientos. Población y Muestra. Procesamiento estadístico

2- Formulación de la Hipótesis

3- Verificación de la Hipótesis

La Observación

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo, en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos.

La Observación Científica debe ser:

- Consciente - Orientado hacia un objetivo o fin determinado.
- Planificada.- En función de los objetivos y teniendo en cuenta las condiciones, los medios, el objeto y el sujeto de la observación.
- Objetiva.- Despojada lo más posible de subjetividad. Apoyada en juicios de realidad y no en juicios de valor.

Existen dos clases de observación: la Observación científica y la observación no científica. La diferencia está en la intencionalidad: observar científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe qué es lo que desea observar y para qué lo hace, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación. Observar no científicamente significa observar sin intención, sin objetivo definido y por tanto, sin preparación previa.

Tipos de observación científica

- a) Observación Directa e Indirecta
- b) Observación Participante y no Participante
- c) Observación estructurada y no estructurada
- d) Observación de campo y de laboratorio
- e) Observación individual y de equipo

Problema Científico

- Contradicción entre una situación actual del objeto y una situación deseable. Revela un segmento de la realidad donde el conocimiento es insuficiente o parcial, o en la cual prevalecen modos de actuación insatisfactorios, expresando al mismo tiempo, que la respuesta o solución no está contenida en la región de lo conocido. Ello conduce al despliegue de una actividad para resolver la contradicción y llegar a la situación deseable, de ahí su papel rector en la investigación.

Centro de Estudios Educativos. Glosario. Taller de Diseño de Proyectos de Investigación-Desarrollo e Innovación Tecnológica. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, Facultad de Ciencias de la Educación, 1999. P. 5

- Discrepancia o contradicción entre un comportamiento o situación actual y un comportamiento o situación deseable.

Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. [Internet]. La Habana: ECIMED; 2009. [citado 8 septiembre 2014]

Formulación del problema

La formulación del problema debe ser clara, precisa, específica; utilizar términos y conceptos científicos que designen unívocamente a los fenómenos y procesos educativos estudiados; evitar términos vagos, imprecisos, que se presten a confusión o a interpretaciones diversas, etc. Todo ello se logra en la medida en que el problema tiene una fundamentación teórica sólida, ya que en los propios términos y en la designación de las categorías y variables se expresa el vínculo con la teoría.

Se recomienda, al formular el problema:

- Describirlo en un breve párrafo, definiendo claramente cuál es la contradicción existente entre lo que sucede (situación actual) y lo que debe ser (situación deseable)
- Redactar la pregunta principal

https://www.ecured.cu/Problema_cient%C3%ADfico

Ejemplos de Problemas

- ¿Cuáles son los determinantes socioeconómicos relacionados con la gastritis y úlcera péptica de los pacientes del consultorio # 14 del municipio Playa en el año 2018?
- Insuficiente período de lactancia materna exclusiva a los recién nacidos de la zona rural de la provincia Ciego de Ávila.
- Determinar la relación entre el bajo peso al nacer de los recién nacidos y el tabaquismo en las embarazadas del policlínico 26 de julio Playa en el 2019

Objetivos

Presupone el logro esperado para las respuestas expresadas en la hipótesis

Es el propósito de la investigación. Responde a la pregunta: ¿PARA QUE?, ¿QUE SE BUSCA CON LA INVESTIGACION?.

Se derivan del problema y se formulan sobre la base de las principales interrogantes que se desea contestar en el estudio.

Se redactan con verbos en infinitivo como evaluar, verificar, refutar en un momento dado.

<https://www.ecured.cu/Proyecto>

Ejemplos de objetivos

1. Identificar los factores de riesgo de la Hipertensión arterial en los jóvenes de 18-30 años en Hospital Provincial "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.2018
2. Caracterizar las relaciones sexuales de los adolescentes del consultorio # 45 del Policlínico 28 de Enero 2018
3. Determinar los factores asociados a la fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años en el Hospital "Dr. Salvador Allende".

Hipótesis

Es una proposición de carácter afirmativo enunciada para responder tentativamente a un problema. Se plantea con el fin de explicar hechos o fenómenos que caracterizan o identifican al objeto de conocimiento.

<https://www.ecured.cu/Proyecto>

Una hipótesis científica es una proposición aceptable que ha sido formulada a través de la recolección de información y datos, aunque no esté confirmada, sirve para responder de forma alternativa a un problema con base científica

<https://es.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3tesis>

Es una proposición que establece Relaciones, entre los hechos; para otros es una posible solución al problema; otros más sustentan que la hipótesis no es más otra cosa que una relación entre las Variables, y por último, hay quienes afirman que es un Método de comprobación

https://www.ecured.cu/La_Hipotesis

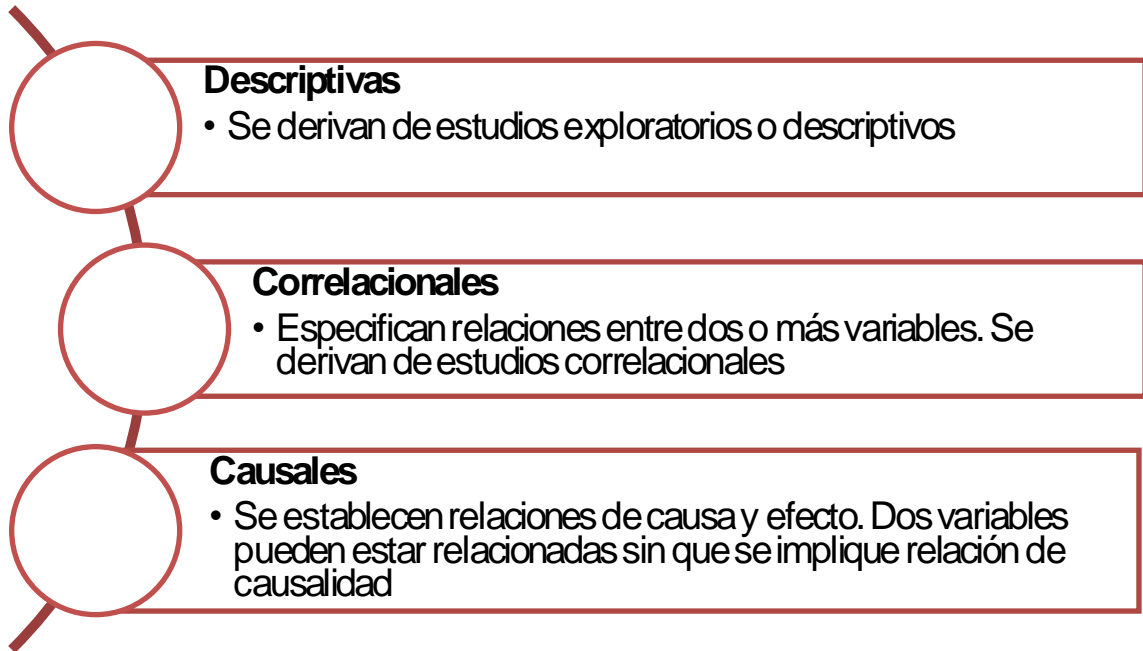
Tipos de Hipótesis

Las hipótesis que se formulan en la investigación son de tres tipos:

Hipótesis Descriptivas que involucran una sola variable. Se caracterizan por señalar la presencia de ciertos hechos o fenómenos en la población objeto de estudio.

Hipótesis descriptivas que relacionan dos o más variables en forma de asociación o covarianza. En este tipo de hipótesis un cambio o alteración en una o más Variables independientes va acompañado de un cambio proporcional, en sentido directo o inverso, en la Variable dependiente, pero la relación que se establece no es de casualidad. También reciben el nombre de hipótesis estadísticas.

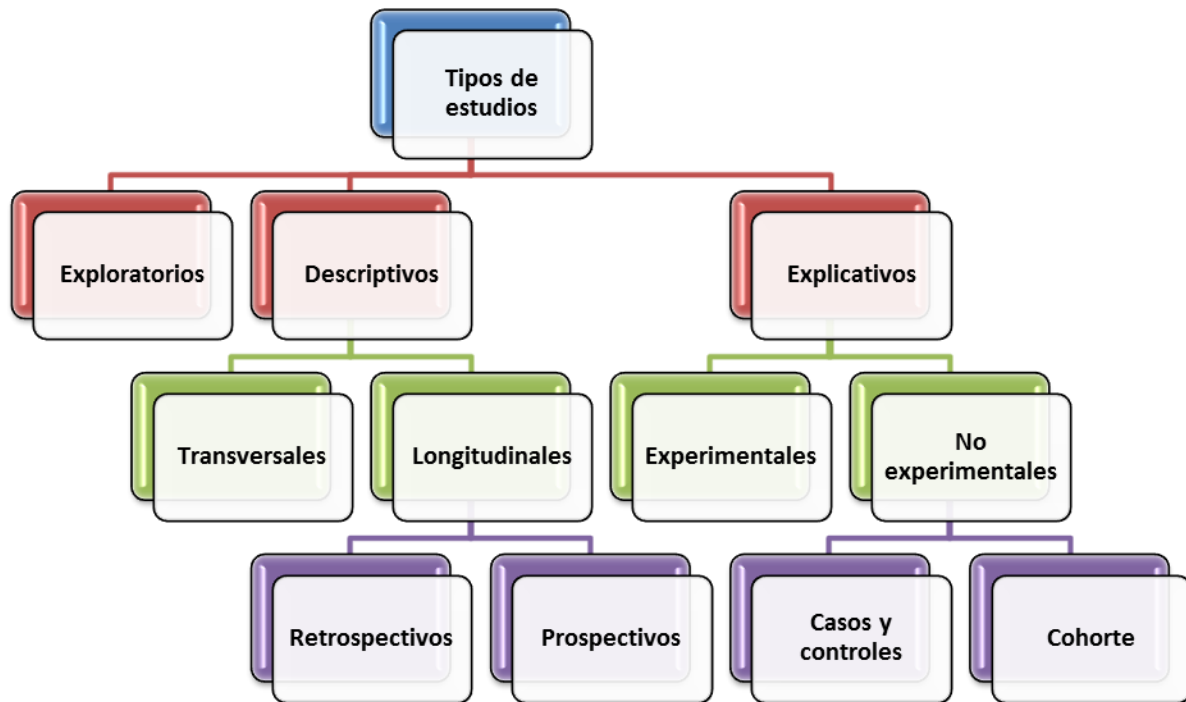
Hipótesis que relacionan dos o más variables en términos de dependencia. Estas hipótesis son de relación causal y permiten explicar y predecir, con determinados márgenes de error, los procesos sociales. Tales hipótesis, por las características mencionadas, adquieren especial importancia en el campo de la investigación social, ya que si un fenómeno es susceptible de explicarse y predecirse podrá entonces ser susceptible de controlarse.



Ejemplos de Hipótesis

- La historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un factor de riesgo de la neumonía asociada al ictus isquémico agudo
- Frecuencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan dos instituciones de tercer nivel en Cali, Colombia.
- En el tratamiento de las úlceras del pie diabético con Heberprot-P® se logrará la granulación y la cicatrización de las lesiones

Tipos de Estudios



Estudios exploratorios.

- Se abordan campos poco conocidos donde el problema, que sólo se vislumbra, necesita ser aclarado y delimitado.
- Suelen incluir amplias revisiones de literatura y consultas con especialistas.
- Los resultados de estos estudios incluyen generalmente la delimitación de uno o varios problemas científicos en el área que se investiga y que requieren de estudio posterior.

Estudios descriptivos.

- Se sitúan sobre una base de conocimientos más sólida que los exploratorios.
- En estos estudios el problema científico ha alcanzado cierto nivel de claridad pero aún se necesita información para poder llegar a establecer caminos que conduzcan al esclarecimiento de relaciones causales.
- El problema muchas veces es de naturaleza práctica, y su solución transita por el conocimiento de las causas, pero las hipótesis causales sólo pueden partir de la descripción completa y profunda del problema en cuestión.
- En el área de la investigación clínica son habituales los estudios que describen la frecuencia de presentación de las enfermedades, y de los diferentes cuadros clínicos y los que examinan la asociación de características clínicas con signos radiológicos, histopatológicos, bioquímicos, etc.

Estudios explicativos

- Parten de problemas bien identificados en los cuales es necesario el conocimiento de relaciones causa- efecto.
- En este tipo de estudios es imprescindible la formulación de hipótesis que, de una u otra forma, pretenden explicar las causas del problema o cuestiones íntimamente relacionadas con éstas.

Se reconocen dos tipos principales de estudios explicativos: los experimentales y los observacionales

Estudios experimentales

- En estos estudios el investigador utiliza la experimentación para someter a prueba sus hipótesis.
- En el área de la investigación clínica los estudios explicativos, experimentales por excelencia, son los llamados ensayos clínicos; estudios especialmente concebidos para la evaluación comparativa de procedimientos terapéuticos.

Estudios no experimentales u observacionales

- El investigador organiza la observación de datos de manera tal que le permita también verificar o refutar hipótesis.
- Los más conocidos son los especialmente dedicados a la identificación de factores de riesgo (factores predisponentes o contribuyentes en la aparición de enfermedades).
- Son estudios que se valen sólo de la observación pero conllevan un diseño muy riguroso.
- Entre éstos se sitúan como paradigmas los estudios de cohorte y los estudios de casos y controles.

En términos generales se supone que desde que se identifica un problema científico hasta que se encuentran las vías para su solución, la investigación alrededor del mismo pasa por una fase exploratoria, una descriptiva y una explicativa. Por tal motivo puede recomendarse que al abordar un tema de investigación, los investigadores se planteen en qué fase de su conocimiento se encuentran y tener en cuenta este planteamiento para determinar líneas y formas de acción.

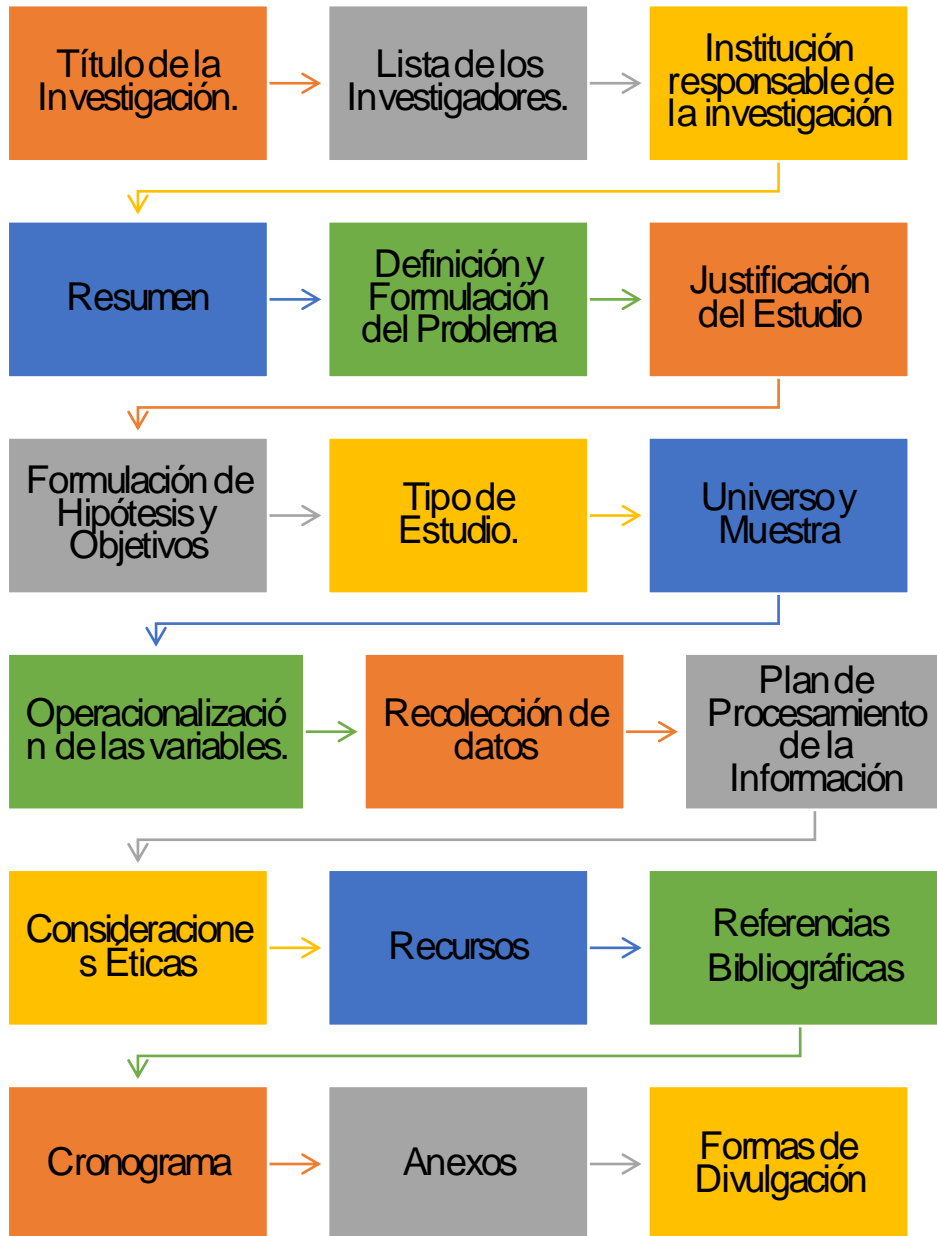
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bioestadistica/metodologia_de_la_investigacion_1998.pdf

Proyecto o Protocolo de investigación

- Es un plan, esquema o guía flexible para un estudio en una investigación científica.
- Se realiza durante la etapa de planificación de una investigación.

- Es el documento base del investigador, cuyas especificaciones le permiten orientar el proceso de ejecución del trabajo.

Partes del Proyecto o Protocolo de investigación



Título del proyecto. Debe ser claro y preciso, se debe corresponder con el problema científico y con el objetivo principal a estudiar.

Resumen. En él deben recogerse los elementos fundamentales que caracterizan el proyecto, el qué se quiere investigar, a dónde se quiere llegar, los métodos, los beneficios sociales y económicos del proyecto. Por lo general son cortos, se escribe en tiempo futuro, y deben contener entre 250 a 300 palabras como máximo.

Datos de identificación. En este acápite se especifica, el nombre del jefe del proyecto y de los otros investigadores

Objetivos de la investigación. Deben quedar claramente expresados, ser específicos, corresponder a las salidas del producto de la investigación que se pretenden alcanzar, desde un nuevo conocimiento hasta un proceso de innovación tecnológica.

Métodos. Se explican detalladamente todos los métodos y técnicas a utilizar en el proceso de la investigación, cuidando la lógica de la exposición

- **Diseño y técnicas de recolección de información.**

Aquí se debe condensar toda la información relacionada con el cómo va a realizar su trabajo objeto de estudio, qué parámetros van a utilizar si se apoyará en datos estadísticos, qué evaluará de toda la información RECUERDE QUE TODA INFORMACION no siempre le sirve para su trabajo. Debe seleccionar qué sirve de una entrevista, de un artículo de revista, de un comentario ya sea radial, textual o de otra índole.

Se debe citar la fuente al igual que las personas que van a proporcionar los datos y se detallaran los RECURSOS ya sean humanos o institucionales.

- **Población y muestra.**

Población o universo es cualquier conjunto de unidades o elementos como personas, fincas, municipios, empresas, claramente definidos para el que se calculan las estimaciones o se busca la información. Deben estar definidos las unidades, su contenido y extensión.

Cuando es imposible obtener datos de todo el universo es conveniente extraer una muestra, subconjunto del universo, que sea representativa (es aquella que posee calidad y tamaño apropiado para hacer mínimos los errores de muestreo). Si la inferencia estadística realiza generalizaciones sobre el comportamiento de una población estudiando solo una parte limitada de ella (muestra) entonces si la muestra (o las muestras) no es representativa la inferencia carecerá de valor científico.

En el proyecto se debe especificar el tamaño y tipo de muestreo a utilizar: Probabilístico (estratificado, simple al azar, de conglomerado, proporcional, polietápico, sistemático) o no probabilístico (Muestreo por conveniencia, Muestreo consecutivo, Muestreo por cuotas, Muestreo intencional o por juicio, Muestreo Discrecional, etc)

Ventajas e inconvenientes de los distintos tipos de muestreo probabilístico

CARACTERÍSTICAS		VENTAJAS	INCONVENIENTES
Aleatorio simple	Se selecciona una muestra de tamaño n de una población de N unidades, cada elemento tiene una probabilidad de inclusión igual y conocida de n/N .	Sencillo y de fácil comprensión. Cálculo rápido de medias y varianzas. Se basa en la teoría estadística, y por tanto existen paquetes informáticos para analizar los datos	Requiere que se posea de antemano un listado completo de toda la población. Cuando se trabaja con muestras pequeñas es posible que no represente a la población adecuadamente.
Sistemático	Conseguir un listado de los N elementos de la población Determinar tamaño muestral n . Definir un intervalo $k = N/n$. Elegir un número aleatorio, r , entre 1 y k ($r =$ arranque aleatorio). Seleccionar los elementos de la lista.	Fácil de aplicar. No siempre es necesario tener un listado de toda la población. Cuando la población está ordenada siguiendo una tendencia conocida, asegura una cobertura de unidades de todos los tipos.	Si la constante de muestreo está asociada con el fenómeno de interés, las estimaciones obtenidas a partir de la muestra pueden contener sesgo de selección
Estratificado	En ciertas ocasiones resultará conveniente estratificar la muestra según ciertas variables de interés. Para ello debemos conocer la composición estratificada de la población objetivo a	Tiende a asegurar que la muestra represente adecuadamente a la población en función de unas	Se ha de conocer la distribución en la población de las variables

- **Técnicas de análisis.**

Serán las técnicas estadísticas para evaluar la calidad de los datos. Comprobar las hipótesis u obtener conclusiones.

<https://www.ecured.cu/Proyecto>

Plan de análisis de los resultados. Este aspecto es fundamental en la preparación del documento del proyecto de investigación, se corresponde con el plan de análisis de los datos. Su planteamiento tiene que coincidir con el de los objetivos y de las hipótesis. Debe incluir, los métodos y modelos de análisis de los datos, y los paquetes de análisis estadísticos.

Cronograma. Es el esquema viable y coherente del desarrollo en función del tiempo, de la movilidad de todos los requisitos del proyecto: físicos, materiales, humanos y de cualquier otro tipo en la medida en que sean necesario. Debe comprender los aspectos siguientes:

- a) Forma detallada y cronológica de expresar las secuencias de actividades que corresponden a la fase de ejecución del proyecto.
- b) Precisar en detalle las previsiones de la cronología estimada, a fin de coordinar mejor la adquisición de materiales y equipos, la prestación de servicios por terceros, y la realización directa de tareas que permiten poner en marcha el proyecto.
- c) Tener en cuenta la secuencia obligada de las tareas a ejecutar y de los responsables de su ejecución.

Anexos: Incluye todos los materiales que puedan servir para aclarar el contenido del proyecto, por ejemplo, los cuestionarios o las guías de entrevistas a utilizar, mapas epidemiológicos, etc

1. Realice el análisis crítico de los artículos científicos teniendo en cuenta las siguientes preguntas:

- a) Valorar el título y de ser necesario sugiera uno o complete el mismo
- b) Valorar la estructura del resumen.
- c) ¿La introducción hace referencia desde lo internacional, nacional hasta el lugar del estudio? ¿Está acotada?
- d) ¿Considera que está justificado correctamente el estudio?
- e) A partir de la necesidad del estudio y considerando el objetivo proponga un problema científico.
- f) El objetivo está presente en diferentes partes del artículo. Haga una valoración.
- g) Proponga una hipótesis científica.
- h) Caracterice el tipo de estudio empleado.
- i) Mencione las variables de estudio, población y muestra.
- j) Valore las técnicas y procedimientos aplicados
- k) Valore las normas Vancouver, acotación y actualidad en las referencias.

Experiencia en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical y el carcinoma in situ con radiocirugía

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(2)112-120 <http://scielo.sld.cu>

Yarine Fajardo Tornés; Dalgis Lau Serranoll; Fernando Pérez Ramírez

IMáster en Atención Integral a la Mujer. Máster en Enfermedades Infecciosas.

Especialista de I y II Grados en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Hospital Provincial universitario "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo. Granma, Cuba.

II Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Hospital Provincial universitario "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVOS: Exponer los resultados de un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal, de 1 437 pacientes con neoplasia intraepitelial cervical y carcinoma in situ tratadas con radiocirugía en la consulta de patología de cuello del Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, en el quinquenio 2004-2009.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal, de 1 437 pacientes que se les realizó cono por asa diatérmica, donde se estudiaron como variables, la edad, el diagnóstico preoperatorio, las complicaciones transoperatorias y posoperatorias, la calidad del tejido extirpado y la radicalidad del proceder, se utilizó como método estadístico para el procesamiento de los datos el método de los porcentajes.

RESULTADOS: Las pacientes con edades comprendidas entre 35 y 45 años resultaron el grupo donde un mayor número de conizaciones se realizó la NIC II, constituyó el diagnóstico preoperatorio más frecuente, las complicaciones transoperatorias y posoperatorias fueron mínimas, la calidad del tejido extirpado 113 para la interpretación anatomopatológica fue buena en más de un 95 % de los casos, los bordes de sección comprometidos no superaron el 2 %.

CONCLUSIONES: El cono realizado por radiocirugía en el tratamiento de la NIC y el CIS, es un proceder eficaz y seguro.

Palabras clave: Neoplasia intraepitelial cervical, conización de cuello por asa diatérmica, radiocirugía.

INTRODUCCIÓN

Desde 1968, en nuestro país existe el Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino, que propone una pesquisa a de las mujeres entre 25 y 60 años en busca de citologías que sugieran la presencia de lesiones premalignas. No obstante continúa siendo el cáncer cérvicouterino una de las tres primeras causas de muerte por cáncer en nuestro país.¹

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y el carcinoma in situ (CIS) preceden el cáncer invasor del cuello uterino y continúan siendo un serio problema a nivel mundial. En Estados Unidos de Norteamérica durante el 2003, se diagnosticaron aproximadamente 600 000 casos;² en nuestro país, cada año se incrementa el número de pacientes con el diagnóstico histológico de NIC grado I, II y III. (Informe nacional sobre el Programa Nacional de Pesquisa de Cáncer de Cuello.

Soporte digital. Disponible en la oficina del PAMI, Granma; 2008). Solo en la región del Cauto de la provincia Granma durante el 2009 se incrementaron en 108 casos en comparación al año anterior. (Resumen estadístico de la consulta de patología de cuello de Bayamo. Soporte digital. Disponible en la Vice dirección materno-Infantil del Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes; 2009).

Atendiendo al incremento de las lesiones de alto grado en pacientes cada vez más jóvenes, incluso en muchos casos sin iniciar la paridad, se han desarrollado técnicas quirúrgicas sobre el cuello uterino que permitan preservar la fertilidad y que tengan el mínimo de complicaciones para la paciente.

El uso de la radiocirugía para el tratamiento de estas lesiones tienen a Bovie y Cushing como los pioneros, ya que desde el 1920 estos habían creado los generadores electroquímicos, que más tarde fueron modificados por Miller y Todd en 1938.

La escisión por radiocirugía desarrollada en la actualidad fue introducida por Cartier en 1980, y Prendiville en 1989 tiene el mérito de ser el primero en usar un asa grande para la extirpación de una zona de transformación.³

Hoy se reservan para casos excepcionales la cirugía convencional o conización con bisturí descrita por Espane en 1815, Sirems en 1861 y Stumdorf en el 1916, debido al alto número de complicaciones que en ocasiones se presentaban durante su realización o como secuelas de estas.⁴

La radiocirugía emplea equipos que suministran una corriente de muy alta frecuencia, corte no traumático y coagulación para tejidos blandos sin producir daños a los tejidos periféricos, de ahí la ventaja que tiene su uso en pacientes portadoras de NIC, pues permite con ellos reseca tejidos y estudiarlos histológicamente con rapidez, poco riesgo para la paciente, sin afectación en la esfera reproductiva y psicológica, muy económica por lo escaso del número de recursos que se emplean. Este proceder se realiza de forma ambulatoria en las consultas de patología de cuello y previo a este se estudia la paciente con hemograma, coagulograma, serología y exudado vaginal, puede o no utilizar anestesia local y en un período aproximado de 6 sem se logra la cicatrización del cuello.

La radiocirugía está formalmente contraindicada en las pacientes que usan marcapaso, durante el primer y tercer trimestre del embarazo y en cuellos con atrofia relevante.

Con este estudio se pretende evaluar si el cono realizado ambulatoriamente por radiocirugía es un proceder eficaz y sin riesgos, en el tratamiento de las lesiones preinvasoras del cuello uterino.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de 1 437 pacientes las que se les realizó un cono por radiocirugía con el diagnóstico histológico de NIC y CIS desde el 1ro de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2009 en la consulta de patología de cuello del Hospital Provincial Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, Granma.

Delimitación de variables explicativas

Edad, diagnóstico preoperatorio, complicaciones transoperatorias, complicaciones posoperatorias, calidad en el tejido extirpado, grado de resección de la lesión. Los resultados fueron procesados por la técnica de los porcentajes.

Para determinar la calidad del tejido extirpado utilizamos la clasificación vigente en Anatomía Patológica para el estudio del cérvix posradiocirugía. (Estudio anatomopatológico de las muestras tomadas por radiocirugía. Material en soporte digital disponible en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes; 1999).

Buena: una línea estrecha de carbonización en las márgenes, que se caracteriza por separación del epitelio, las modificaciones no deben exceder de 0,01-0,28 mm, con una media de 0,12 mm.

Regular: efecto citopático relevante, pequeños fragmentos permiten a grosso modo llegar a emitir diagnóstico.

Malo: efecto citopático severo de la radiocirugía que impide emitir diagnóstico.

Estudio neuroepidemiológico en la comunidad urbana de Piedecuesta Santander

Gustavo Pradilla, Boris Eduardo Vesga, Luis Alfonso Díaz, Neyla Ximena Pinto, Claudia Liliana Sanabria, Berta Paola Baldovino, Luis Carlos Núñez, Patricio López-Jaramillo · Bucaramanga

RESUMEN

Introducción: las enfermedades neurológicas (EN) son una importante causa de morbilidad, mortalidad, incapacidad, deterioro en la calidad de vida y ausentismo laboral. Por ello son entidades que ocasionan una alta demanda de recursos por concepto de atención médica e invalidez.

Objetivo: determinar la prevalencia de las EN más comunes en la práctica médica como son: migraña, enfermedad cerebrovascular, enfermedad extrapiramidal, neuropatía periférica, retardo mental, epilepsia, demencia y secuelas de trauma craneoencefálico. Identificar los factores de riesgo para retardo del neurodesarrollo (RND).

Material y método: estudio poblacional, descriptivo de corte transversal, realizado en el municipio de Piedecuesta, ubicado a 30 minutos de la ciudad de Bucaramanga. Como instrumento se aplicó el protocolo de neuroepidemiología de la OMS modificado. El trabajo de campo se inició con un mapeo del área, sensibilización de la comunidad y aplicación de las encuestas casa a casa. Los casos sospechosos de padecer EN se evaluaron por el médico neurólogo. La información fue procesada en una base de datos en el paquete estadístico Epi Info 6,04d y se realizó un análisis de tipo descriptivo determinando prevalencias en personas por mil habitantes con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC). Los valores OR y p fueron calculados mediante la prueba de Mantel y Haenzel para datos pareados, se modelaron dos regresiones logísticas condicionales de efectos fijos.

Resultados: de los 1.586 encuestados, 389 fueron sospechosos de padecer EN; adicionalmente, se evaluaron como control 34 sujetos no sospechosos. En 329 casos fue confirmada la sospecha de EN. Las enfermedades en orden de prevalencia por mil habitantes fueron migraña 194,2 (IC: 193,2-195,2), demencias en mayores de 50 años 42,7 (IC: 42,2-43,2), neuropatía periférica 19,6 (IC: 18,6-20,5), secuelas de trauma craneoencefálico 17,7 (IC: 16,7-18,6), retardo del neurodesarrollo 12,0 (IC: 11,0-13,0), enfermedades extrapiramidales 9,5 (IC: 8,5-10,4), epilepsia 8,8 (IC: 7,9- 9,8) y enfermedad cerebrovascular 5,7 (IC: 4,7-6,7). Dentro del estudio de factores de riesgo para RND, se identificaron 17 casos, que fueron comparados con 63 controles pareados por edad; se detectó asociación con el hecho de referir el haber "nacido morado" ($p=0,048$); el mayor número de hermanos ($p=0,079$) y la menor edad materna ($p=0,095$) hacen como posibles factores de riesgo, pero dado el bajo poder de la

muestra estudiada no se descarta su asociación. (Acta Med Colomb 2002; 27: 407-420).

Palabras clave: demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad extrapiramidal, epidemiología, epilepsia, migraña, neurología, neuropatía periférica, retardo del neurodesarrollo, trauma craneoencefálico.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neurológicas (EN) son la principal causa de mortalidad e invalidez en el ámbito mundial. En los países en vía de desarrollo no existe una información completa sobre su presencia, debido a que las fuentes de obtención de datos son las estadísticas de instituciones de salud y se presume que un porcentaje de personas no recurre al Sistema General de Seguridad Social en Salud, debido a que se automedican o consultan a legos (1). La existencia de una información válida a partir de grandes núcleos poblacionales es importante para la identificación de enfermedades y el reconocimiento de factores de riesgo, permitiendo asignar recursos de manera adecuada para iniciar programas de prevención y control (2).

En la década de los ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró un protocolo para estudiar la prevalencia de las principales enfermedades neurológicas (migraña, enfermedad cerebrovascular, epilepsia, enfermedad extrapiramidal, neuropatías periféricas y retardo del neurodesarrollo), teniendo en cuenta que pudiera ser aplicado en países en vía de desarrollo, donde los recursos técnicos y económicos son escasos, garantizando además que los resultados fuesen comparables entre las diferentes comunidades (3, 4).

El primer estudio realizado con la metodología de la OMS en nuestro país, se llevó a cabo en el municipio de Girón (Santander) por el Grupo de Neuroepidemiología de la Universidad Industrial de Santander (UIS) (1). Otros proyectos fueron los de El Hato (Santander) (5), Simaña (Cesar) (6), Suratá (Santander) (7), Jamundí (Valle) (8), Distracción (Guajira) (9) y Juan de Acosta (Atlántico) (10).

Los anteriores estudios, realizados entre 1983-1992, se agrupan en la Tabla 1 (11, 12). El Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO) (13), realizado entre 1995-1997 (donde fue incluida una parte de muestra en el departamento de Santander) (14-16) y el municipio de Piedecuesta (17) involucró la evaluación de 9.324 personas.

En la Tabla 1 se encuentran detallados los resultados relevantes de esta investigación, la cual es la más grande hecha en el país y que incluyó además la evaluación del impacto de las secuelas que dejan las lesiones traumáticas del sistema nervioso central y el estudio acerca de las demencias.

El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de las enfermedades neurológicas más importantes desde el punto de vista de salud pública (epilepsia, migraña, enfermedad cerebrovascular, enfermedad extrapiramidal, neuropatía periférica, retardo del neurodesarrollo, demencias y secuelas de trauma

craneoencefálico) en la población urbana de Piedecuesta e identificar los factores de riesgo para retardo del neurodesarrollo, especialmente los antecedentes familiares, perinatales, traumáticos y patológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se realizó un estudio poblacional descriptivo de corte transversal, para determinar la prevalencia de las siguientes enfermedades neurológicas: migraña, enfermedad cerebrovascular, epilepsia, retardo del neurodesarrollo, enfermedad extrapiramidal, neuropatías periféricas, secuelas de trauma craneoencefálico y demencia. También se llevó a cabo otro estudio de tipo analítico donde se determinaron los factores de riesgo para retardo del neurodesarrollo.

Lugar de realización: Este proyecto se ejecutó en el municipio de Piedecuesta, departamento de Santander, ubicado en la zona metropolitana de la ciudad de Bucaramanga. Cuenta en su zona urbana con la infraestructura básica en servicios públicos y en el ámbito de salud tiene un hospital de primer nivel de complejidad y una red de centros de salud dependientes de la Alcaldía (18).

Según el censo de 1993 (19), la población proyectada por el Ministerio de Salud para 1999 (20) es de 91.551 personas, con ligero predominio de mujeres (51%), de localización en la zona urbana (80,8%) y un 17% de población entre cero y seis años de edad. El número de viviendas es de 16.588, con un promedio de habitantes por vivienda de 5,5 personas.

Muestra estudiada Tamaño de muestra: Para el cálculo del tamaño de muestra se emplearon los valores de prevalencia globales de EN determinados en el Estudio Neuroepidemiológico Nacional para Piedecuesta (17) (Tabla 1) a manera de prevalencia esperada. El tamaño de muestra se calculó utilizando el paquete estadístico Epi Info 6,04d (21), arrojando como valor de referencia 1.533 sujetos.

Proceso de selección de la muestra: Se tomó como unidad de muestreo las manzanas, sobre las cuales se seleccionó al azar un 4% mediante determinación de números aleatorios en el programa Epi Info 6,04d; posteriormente para completar la muestra hubo que seleccionar cuatro manzanas adicionales para compensar pérdidas. En cada manzana fueron visitadas todas las viviendas con el fin de obtener la participación en el estudio.

ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	COLOMBIA		SANTANDER	PIEDRECUESTA
	1983-1992 (11,12)	1995-1997 (13)	1995-1996 (14,15,16)	1995 (17)
Población evaluada	16.032	9.324	1.454	288
Migraña	100,6	71,2	199	205
Epilepsia	16	10,8	22,7	17,4
Enfermedad cerebrovascular	6,5	3,1	17,2	20,8
Neuropatía periférica	8,7	7,2	26,8	6,9
Enfermedad extrapiramidal	5,7	4,7	8,3	20,8
Retardo del neurodesarrollo	7,3	7,1	15,1	3,5
Demencia senil (> 50 años)	No evaluada	13,1	17,8	54,3
Secuelas trauma craneoencefálico	No evaluada	6,2	6,9	13,9

Criterios de inclusión y exclusión: Se estudiaron las personas que llevaban residiendo en forma continua en el municipio de Piedecuesta al menos un año al momento de la encuesta y que aceptaran participar en el proceso de tamizaje y en las evaluaciones subsiguientes.

No se tuvo ningún criterio de exclusión.

Instrumento para la evaluación: Se utilizó el Protocolo de Neuroepidemiología Colombiano (13), el cual es una evolución del protocolo original de la OMS diseñado en la década de los años ochenta (1,3, 4).

Este protocolo consta de las siguientes encuestas: volante informativo, formato de consentimiento informado, censo de vivienda, cuestionario de relación familiar, cuestionario de tamizaje (incluye el protocolo de la sociedad internacional de cefaleas [IHS] para migraña), cuestionario de tamizaje de secuelas de trauma craneoencefálico, examen mental abreviado para tamizaje de demencias en sujetos con edades de 50 años y mayores, examen neuropsicológico básico, escala de depresión de Yesavage, escala de Blessed para demencias, escala de Hachinski para demencias, escala de Barthel para enfermedad cerebrovascular, formas de evaluación clínica y diagnóstico.

Procedimiento: Este proyecto se realizó entre mayo y diciembre de 2001. Para identificar los posibles pacientes con EN, así como los que estaban libres de ellas, se utilizó la metodología del grupo de neuroepidemiología de la OMS (3, 4), la cual se basa en la realización de un censo, con posterior tamizaje por interrogatorio para detectar sospechosos, y finalmente la evaluación clínica por el especialista en neurología, con el fin de confirmar o descartar el diagnóstico.

Los casos de migraña se diagnosticaron mediante la combinación de las respuestas dadas en el cuestionario de tamizaje, excepto los casos sospechosos de migraña con aura, cefalea crónica diaria y cefalea postraumática que se enviaron a valoración neurológica.

Para la evaluación de los factores asociados con retardo en el neurodesarrollo se tomaron los casos detectados durante la encuesta poblacional, los cuales se compararon con menores seleccionados al azar entre aquéllos declarados sanos por el tamizaje, pareando en razón 1:3 según la edad más o menos un año.

Control de la calidad de la información: Para garantizar la calidad de la información obtenida se repitieron los cuestionarios de tamizaje en el 10% de los sujetos por parte de un encuestador diferente, se envió a valoración neurológica un 5% adicional de sujetos, seleccionados al azar entre quienes fueron negativos al tamizaje, se enmascaró al evaluador clínico ante la presencia de una persona sospechosa de padecer EN o perteneciente a los enviados con tamizaje negativo y se digitó por duplicado la información recolectada.

Plan de análisis estadístico: Fueron utilizados los paquetes estadísticos Epi Info 6,04d y Stata 7.0. Se hicieron mediciones de tipo descriptivo.

Dentro de las mediciones se emplearon parámetros de tendencia central y dispersión como promedio, mediana, desviación estándar y valores mínimos y máximos, según fuese el tipo de variable: nominal, ordinal, discreta o continua.

Se calculó la prevalencia de cada EN tomando como numerador el número de casos de la patología y como denominador el total de la población, expresándose en casos por mil habitantes; se establecieron los intervalos de confianza al 95%. La comparación de la presencia de EN por género se expresa como una razón de prevalencia (RP), la cual toma como numerador la prevalencia en mujeres y como denominador la prevalencia en varones. Para el análisis de sensibilidad y especificidad del instrumento aplicado para el tamizaje de demencias se utilizó el ajuste recomendado para el tipo de muestreo prospectivo (22).

Para el estudio analítico, los valores de odds ratio (OR) y p se calcularon ajustando por medio de la metodología de Mantel y Haenzel para datos pareados. Para controlar adicionalmente las posibles interacciones entre las variables con $p < 0,3$ en el análisis anterior, se modelaron dos regresiones logísticas condicionales de efectos fijos, la primera incluyendo todos los factores que pudiesen interactuar como causales, precipitantes o condicionantes de ser caso y otra por pasos excluyentes.

Aspectos éticos: Por las características del estudio está catalogado por el Ministerio de Salud de Colombia como de riesgo mínimo (23). Por el tipo de investigación, el consentimiento informado fue obtenido sin formularse por escrito en los sujetos iguales o mayores de siete años, en los menores se solicitó la autorización por escrito de un adulto (padre o acudiente).

Hipertensión arterial en el joven: factores de riesgo

Rev Med Uruguay 2000; 16: 24-30

Dres. José Mayo Nápoles¹, Rafael Pila Pérez², Pedro Hernández Mandado³, Rafael Pila Peláez¹, Carmen Guerra Rodríguez⁴

Institución: Hospital Docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.

1. Especialista de 1er. grado en Medicina Interna. Hospital "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.
2. Especialista de 2do. grado en Medicina Interna. Hospital "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey. Profesor Titular.
3. Especialista de 1er. grado en Psiquiatría. Hospital "René Vallejo". Camagüey.

RESUMEN

Se realizó un estudio caso-control a un grupo de 100 pacientes de 18-30 años con hipertensión arterial esencial, que asistieron al Hospital Provincial "Manuel Ascunce Domenech" de la ciudad de Camagüey (Cuba), en el período comprendido entre junio de 1996 y mayo de 1998. Se tomó aleatoriamente un control por cada caso incidente para evaluar la presencia de algunos factores de riesgo en los mismos.

Se empleó un modelo de encuestas y los datos se procesaron por microcomputadora con el programa EpiInfo 6. Realizamos análisis univariados para determinar distribuciones de frecuencias; bivariado para determinar riesgo (odds ratio), intervalos de confianza y la probabilidad asociada. A través del análisis estratificado evaluamos los antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial en el primer grado de consanguinidad.

Se comprobó que la hipertensión arterial fue más frecuente en jóvenes de 26 años y más, y en el sexo femenino. Predominaron en la población de estudio la raza blanca, procedencia urbana, grado de escolaridad preuniversitario, ocupación estudiante, los nuevos casos, la fase clínica 1, los normopesos y la hipertensión arterial moderada (estadio 2).

98% de los pacientes hipertensos no presentaban afectación de los órganos diana. El antecedente patológico familiar de hipertensión y cardiopatía isquémica resultaron factores de riesgo en la enfermedad. En este estudio el hábito de fumar, la ingestión de café y el alcohol no se comportaron como factores de riesgo.

Palabras clave: Hipertensión – epidemiología, Adolescencia, Estudios de casos y controles

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro-vascular e insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía(1).

La HTA está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico. La prevalencia está en aumento asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos. De los numerosos estudios, el realizado en Framingham demostró la asociación de la HTA con otras afecciones como la obesidad. Vol. 16 Nº 1 Mayo dad, diabetes mellitus, ingestión de alcohol y tabaquismo (2,3).

La prevalencia estimada en nuestro país está alrededor de los 2 millones de hipertensos y la incidencia de 0,4% anual, según reporta la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba (4).

La HTA esencial es considerada de origen multifactorial, en la que se encuentran involucradas la herencia, factores ambientales, hemodinámicos y humorales entre otros.

Actualmente se ha postulado la importancia de los factores genéticos de la HTA esencial, demostrándose en varios estudios (5,6) que el antecedente familiar de HTA está fuertemente asociado al desarrollo de esta enfermedad.

La Primera Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de Cuba evidenció que del total de hipertensos detectados sólo 60,8% eran conocidos; esto se debe fundamentalmente a que la HTA esencial suele ser una enfermedad asintomática y sólo ofrece síntomas como expresión de un profundo daño de algunos de sus órganos diana(1).

Al avanzar la edad y sumarse además factores de riesgo, el hipertenso puede sufrir no sólo complicaciones cardiovasculares sino también renales, cerebrales o de arterias periféricas, que podrían haberse evitado, aumentando así el promedio de vida y la calidad de la misma, por lo que el diagnóstico de la HTA en edades tempranas y su adecuado tratamiento y seguimiento constituyen los pilares fundamentales en los que se sustenta la disminución de la morbimortalidad en las décadas más avanzadas de la vida.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriormente expuestos y considerando además que en nuestro país no se han realizado estudios que aborden específicamente los factores de riesgo que son capaces de influir en el comportamiento de la HTA en el paciente de 18-30 años, es que decidimos realizar esta investigación.

MATERIALES Y MÉTODOS

El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes de 18-30 años de ambos sexos (n=100) ingresados en el Hospital "Manuel Ascunce Domenech" (Camagüey, Cuba) con diagnóstico de HTA en el período de junio de 1996 a mayo de 1998.

Para confeccionar la muestra se visitó al Departamento de Estadística con el objetivo de obtener los casos incidentes de pacientes con HTA diagnosticados clínicamente e

ingresados en las salas de medicina interna con HTA leve y moderada, excluyéndose aquellos pacientes ingresados en las salas de terapia por complicaciones, en sala de nefrología y los pacientes admitidos por HTA secundaria conocida.

Se realizó una selección aleatoria de un individuo control por cada caso incidente de HTA. Los casos controles procedían del consultorio número 13 del médico de la familia, perteneciente al Policlínico Centro del municipio Camagüey, que reunían los siguientes requisitos:

* Edad comprendida entre 18 y 30 años.

* Estar libre de enfermedad conocida.

La clasificación de fondo de ojo (FO) se realizó de acuerdo con los grados de Keith - Wagener - Barker(7); la clasificación según fase clínica fue la orientada por la Organización Mundial de la Salud(8) y la clasificación de la HTA se realizó según el 6º Reporte of Joint National Committee in Detection, Evaluation and Treatment of HBP de Estados Unidos (1997) para adultos de 18 años o más(9).

La determinación del estado ponderal se realizó mediante el índice de masa corporal (IMC): $IMC = \text{Peso en Kg} / \text{Talla en m}^2$ utilizando la escala de interpretación según Licea y colaboradores(10).

A cada sujeto de la población de estudio (casos y controles) se les aplicó una encuesta que recoge:

- Características generales del paciente: edad, sexo, ocupación, color de la piel, procedencia, grado de escolaridad.
- Antecedentes patológicos familiares, estado actual de salud, incluyendo la presencia de factores predisponentes a la HTA como litiasis renal, glomerulonefritis, pielonefritis, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, dislipidemia.
- Hábitos tóxicos: café, tabaco, alcohol.
- Examen físico, exámenes complementarios, diagnóstico de HTA.
- Tiempo de evolución y fase clínica.
- Etiología de la HTA.

Los datos fueron procesados en microcomputadora IBM compatible con paquetes de programas estadísticos EpiInfo 6 y analizados de acuerdo con las etapas que a continuación se describen:

Análisis univariado: descripción por medio de frecuencias simples y tanto por ciento las características del grupo estudiado.

Análisis bivariado: por medio de tablas de contingencia se obtuvieron las medias de asociación simple para la evaluación de factores de riesgo a través de la razón de productos cruzados (odds ratio), los intervalos de confianza y la probabilidad asociada estimados al 95% de confiabilidad.

Se consideró:

- Paciente hipertenso: a los pacientes con tensión arterial igual o mayor de 140/90 mmHg en tres tomas fortuitas.

- Se consideran también hipertensos a los que referían serlo, estén tomando medicamentos hipotensores y tengan la presión normal(11).
- Casos nuevos: el que entra a la investigación en la primera ocasión que pide atención médica.
- Tiempo de evolución de la HTA: se determinó a partir de su diagnóstico.
- Se consideró fumador al que practica este hábito diariamente desde hace un año como mínimo y fuma 20 cigarrillos diarios.
- Café: el que toma cuatro o más tazas diarias (120 ml).
- Alcohol: el que practica este hábito desde hace más de un año ingiriendo diariamente 240 ml de alcohol o su equivalente.

CONCLUSIONES

1. La HTA fue más frecuente en jóvenes de 26 y más años, en el sexo femenino, blancos, de procedencia urbana, grado de escolaridad preuniversitario y ocupación estudiantes.
2. En nuestro estudio predominaron los casos nuevos y la fase clínica 1, los normopesos y la HTA moderada (estadio II).
3. 98% de los pacientes hipertensos no presentaban afectación de órganos diana.
4. Los factores de riesgo que más influyeron en la aparición de HTA fueron: antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica.
5. En este estudio no constituyeron factores de riesgo para el desarrollo de la HTA: el hábito de fumar, ingesta de café y el consumo de alcohol.
6. La razón de productos cruzados (riesgo) de padecer HTA fue 7,70 veces mayor si presentaban familiares hipertensos y de 3,09 veces mayor si presentaban familiares con cardiopatía isquémica.
7. Se encontró un riesgo de 4,68 veces mayor de padecer la enfermedad si el padre es hipertenso; 3,45 veces si la madre es hipertensa y 3,35 veces mayor si ambos padres lo son.

Estudio de cohorte sobre el impacto del diagnóstico de displasia cervical e infección por virus del papiloma humano en la función sexual de mujeres en un hospital de segundo nivel en Bogotá, Colombia

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 4 • Octubre-Diciembre 2010 • (303-309)

Marcela Celis-Amórtegui, M.D.*, Jorge Aldas-Gracia, M.D.** ,Fé Félix Andrés Toro-Moreno, M.D.***

Médica Gineco-obstetra, Epidemióloga Clínica, Universidad El Bosque.

Coordinadora Unidad de Colposcopia y Patología del TGI, Hospital de

Suba nivel II. Docente, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

Bogotá (Colombia). Correo electrónico: Imamortegui@yahoo.com ,

lcelis@uniandes.edu.co

** Médico Psiquiatra. Epidemiólogo Clínico. Profesor Asistente, Facultad

de Medicina, Universidad El Bosque. Bogotá (Colombia).

*** Médico Gineco-obstetra. Epidemiólogo Clínico. Profesor Asistente,

Facultad de Medicina, Universidad El Bosque. Bogotá (Colombia) Félix Andrés Toro-Moreno, M.D.***

RESUMEN

Introducción y objetivo: el Virus del Papiloma Humano (VPH) ha cobrado importancia gracias al advenimiento de técnicas de detección molecular que permiten su identificación antes de causar lesión en el epitelio cervical. El hecho de que esta enfermedad sea factor necesario para desarrollar cáncer de cérvix hace que ser portadora del VPH tenga además la connotación de verse expuesta al riesgo de cáncer. El objetivo de este estudio es determinar el impacto que tiene el diagnóstico de VPH, con o sin displasia, en la función sexual de las mujeres.

Materiales y métodos: estudio de cohorte en el que se evaluó la función sexual femenina mediante el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CSFQ-F®), por sus siglas en inglés), se incluyeron 134 mujeres, 71 con VPH y 63 sin VPH. La encuesta se implementó al ingreso al estudio y 6 semanas después.

Se realizó análisis descriptivo de variables, bivariado y multivariado para las variables de interés.

Resultados: el riesgo relativo de disfunción sexual en las mujeres con VPH y/o displasia cervical es de 4,4 (IC95% 1,617; 11,972). La disfunción se documentó desde la primera encuesta. No se encontraron diferencias significativas en la función sexual entre la primera y segunda encuesta. La t de Student pareada para cambio entre la primera y segunda encuesta no encontró diferencias significativas.

Conclusiones: la infección por VPH se identifica como factor de riesgo para disfunción sexual femenina pero se necesitan estudios complementarios para confirmar esta asociación.

Palabras clave: infección por VPH, displasia cervical, disfunción sexual.

INTRODUCCIÓN

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común en la mujer. En cifras, 291 millones de mujeres en el mundo son positivas para ADN de VPH por lo menos una vez en su vida y de ellas 105 millones tienen infección por VPH 16 ó 18, los dos tipos de VPH oncogénicos más frecuentemente asociados al desarrollo de cáncer de cuello uterino.¹ En la actualidad, se dispone de técnicas de detección molecular que permiten su identificación incluso antes de causar lesión cervical.² La mayoría de infecciones por VPH son transitorias, con una duración promedio de 8 a 12 meses; la prevalencia varía dependiendo del grupo de edad estudiado y es máxima alrededor del primer año después de iniciada la vida sexual.³⁻⁵ Un estudio adelantado en Bogotá (Colombia) en 1994 en mujeres entre 13 y 44 años mostró una prevalencia de ADN de VPH del 20 al 25% en menores de 25 años con citología normal y una prevalencia aún mayor en lesiones de alto y bajo grado en comparación con aquellas con citología normal.^{6,7}

La facilidad de acceso a la información a través de los medios y el papel protagónico del VPH en la génesis del cáncer de cervix⁸ hacen que para muchas de nuestras pacientes el hecho de saber que son portadoras de VPH tenga la connotación de “haber adquirido cáncer”. Esta situación puede ser el factor desencadenante para el desarrollo de una disfunción sexual. La infección por VPH puede inducir modificaciones en la forma en que la mujer percibe su sexualidad, generando sentimientos de culpabilidad o rechazo hacia la pareja.

A través de otros estudios, se sabe que la calidad de vida sexual se modifica en respuesta a factores tales como otras infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, herpes), a cánceres y a enfermedades crónicas.^{9,10} En la última década, el estudio de la función sexual femenina ha cobrado interés y diferentes grupos multidisciplinarios han orientado sus investigaciones a determinar el impacto que pueda tener la cirugía uroginecológica, otras condiciones médicas y factores psicosociales en la sexualidad femenina.¹¹⁻¹⁴ Estudios recientes han encaminado sus esfuerzos a aclarar este aspecto poco estudiado de los trastornos psicosociales asociados a la infección por VPH, pero la información existente es limitada.¹⁵⁻¹⁸

El objetivo de este estudio es determinar el impacto que tiene el comunicar el diagnóstico de infección por VPH y/o displasia cervical en la función sexual de las mujeres.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio de cohortes en el que se incluyeron mujeres entre 18 y 45 años con escolaridad básica, firma del consentimiento informado y facilidad de seguimiento, que asistían a la consulta externa del Hospital de Suba, centro de

segundo nivel de complejidad que atiende pacientes de nivel socioeconómico medio y bajo, mayormente pertenecientes al régimen de aseguramiento subsidiado de la región noroccidental de Bogotá. El grupo expuesto se tomó de las pacientes del servicio de colposcopia y patología del tracto genital inferior, remitidas por resultado de citología anormal y a quienes se les confirmó por histopatología la presencia de infección por VPH (lesión intraepitelial de bajo o alto grado sin carcinoma). El grupo de mujeres no expuestas se tomó del programa de citología con resultado negativo, a quienes se les indicó seguimiento citológico usual. Se excluyeron las mujeres tratadas previamente o en seguimiento por displasia cervical, antecedente de cáncer cervical u otra neoplasia, enfermedad crónica y/o mental y anomalías müllerianas. Igualmente, se excluyeron trabajadoras sexuales, reclusas en instituciones penitenciarias, mujeres que no tuvieran vida sexual activa en el año previo al estudio, aquellas con pérdida reciente de un familiar cercano, divorcio o pérdida laboral (menor de 1 año), embarazo al momento del estudio y condilomatosis vulvar.

A partir de una prueba piloto, se estimó una prevalencia de disfunción en el grupo expuesto de 0,6 y del 0,2 en el no expuesto. Con un poder del 80% y nivel de confianza del 95% y en 10% de pérdidas esperadas en el seguimiento, se calculó que se requerían 60 sujetos en cada grupo. Se realizó muestreo por conveniencia por afijación proporcional (cada 2 sujetos elegibles). Además, se aplicó el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual, CSFQ-F®, versión acortada, que es género específico y de autoaplicación. Este cuestionario discrimina las distintas fases de respuesta del ciclo sexual, tiene una alta confiabilidad test/retest, es capaz de discriminar pacientes con trastornos depresivos y es sensible a cambios bidireccionales en el tiempo. En la valoración inicial, hace referencia a la actividad sexual del mes inmediatamente anterior; en la visita de seguimiento, se evalúa el lapso de tiempo entre los dos cuestionarios.

El cuestionario fue validado en 2004 en Estados Unidos en inglés y español para la población hispana, en España y Latinoamérica. También ha sido validado en 36 idiomas y para distintos trastornos.14,19-21

El cuestionario consta de 14 preguntas y evalúa 5 dominios: placer, deseo/frecuencia, deseo/ interés, excitación y orgasmo. El puntaje total se obtiene sumando cada uno de los individuales. Los dominios o subescalas se estudian individualmente para determinar alteración pero sólo se considera el puntaje total para definir disfunción sexual. Un cambio de 0,5 en cada ítem o un cambio de 3 en el puntaje total es clínicamente significativo de mejoría o empeoramiento; por su parte, un valor igual o inferior a 41 es indicativo de disfunción sexual femenina.19,21,22 La primera encuesta se aplicó simultánea a la entrega del resultado de la histopatología y la segunda 6 semanas después. Se obtuvo permiso escrito de la autora del cuestionario, Dra. Anita Clayton, para su implementación.

Los registros de cada paciente fueron sistematizados en una base de datos de doble digitación en Excel® 2003, con copia en Access® 2003. Se consignaron los resultados

de las encuestas inicial y final y se documentó adicionalmente la edad, la paridad y el estado civil. Asimismo, fueron recodificadas las variables edad, número de hijos y estado civil. La recolección se completó entre febrero y julio de 2008.

La asociación entre infección VPH y la aparición de disfunción sexual se calculó mediante el riesgo relativo y su respectivo intervalo de confianza del 95%. El análisis se hizo con el paquete estadístico SPSS® versión 15.0 para Windows®.

CONCLUSIONES

La infección por VPH al parecer está asociada a un factor de riesgo para disfunción sexual femenina. No obstante, se necesitan nuevos estudios con períodos de seguimiento más prolongados e inclusión de otras variables y reclutamiento más temprano de pacientes para establecer diferencias significativas que puedan ser atribuidas al trastorno de adaptación al diagnóstico de VPH y/o displasia cervical. De confirmarse esta asociación, se podrían determinar nuevas estrategias y políticas de atención de las pacientes.

Terapia floral en el tratamiento de estudiantes de medicina con estrés Académico

*MSc. Annia Yolanda del Toro Añel, I Dra C. Marlen Gorguet Pí, I Dra María de los Ángeles González Castellanos, I MSc. Dora Lidia Arce Gómez, II y MSc. Silvia María Reinoso Ortega I
I Facultad de Medicina No. 2, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.
II Facultad de Medicina No. 1, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.*

RESUMEN

Se realizó un estudio experimental, de intervención terapéutica, en 25 estudiantes de primer año de medicina, pertenecientes a la Facultad No.2 de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, desde marzo hasta septiembre de 2012, con vistas a evaluar la efectividad de las esencias florales de Bach en el tratamiento del estrés académico. Entre las variables analizadas figuraron: nivel de estrés, estresores académicos, reacciones físicas, psicológicas y comportamentales. Se calcularon las frecuencias absoluta y relativa para variables cualitativas, la media y desviación estándar para las cuantitativas, así como la prueba T para los datos pareados con un nivel de significación de 0,05 ($p < 0,05$). La evolución favorable en la mayoría de los afectados puso de manifiesto la utilidad de la terapia floral para disminuir el estrés.

Palabras clave: terapia floral, estrés académico, agentes estresantes, estudiantes de medicina, Universidad de Ciencias Médicas.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el estrés constituye un problema a escala mundial. La vida moderna y el ritmo acelerado de la sociedad, así como los incesantes adelantos tecnológicos, los conflictos regionales, la contaminación medioambiental y otros factores estresantes son lesivos para el organismo y socavan la salud tanto física como mental del individuo. El alejamiento cada vez mayor del llamado estilo de vida natural deja huellas profundas y en ocasiones irremediables.¹

Se estima que entre 15 y 25 % de los estudiantes españoles sufren ansiedad ante los exámenes. Asimismo, personas con fobia social o trastornos de ansiedad generalizada, frecuentemente presentan problemas de ansiedad ante las evaluaciones.²

A lo largo de su historia académica, el estudiante debe enfrentarse a diversas evaluaciones donde se valoran sus conocimientos y/o habilidades para resolver tareas, que permiten calificar su aprendizaje, lo cual le provoca ansiedad. Estas respuestas de ansiedad consisten en pensamientos negativos, sensaciones de malestar físico y/o incapacidad para actuar correctamente donde llegan, incluso, a "quedarse en blanco" y dejan el examen sin completar, a pesar de tener los conocimientos y/o habilidades necesarias.³

La ansiedad que se produce en algunos alumnos se acompaña de una serie de reacciones emocionales negativas, que pueden inhibir la ejecución de las tareas de acuerdo con su potencial académico.⁴

Particularmente, el estrés académico se ubica entre los factores que inciden negativamente en el aprendizaje óptimo del estudiante de medicina, debido a que afecta su rendimiento. En estados de estrés, ansiedad y depresión son recomendadas con éxito las esencias florales como complemento de terapias para restablecer el equilibrio. Se aconseja su uso especialmente cuando hay emociones reprimidas, en estados de profunda tristeza y de choque, pues ayudan a fluir y expresar la emoción oculta o reprimida por la ansiedad u otras causas producidas por el exceso de estrés.

De hecho, la flor posee la cualidad de conformación electromagnética y lumínica armónica de sus partículas, que al entrar en contacto con un campo energético en desarmonía, es capaz de armonizarlo. Actúa a niveles subatómicos por intercambios de luz; además, equilibra y armoniza los flujos de energía de los campos energéticos a los que se les aplique su acción.

Edward Bach, creador de la terapia floral, también lo aclara desde otra perspectiva, así expresa: "La prevención y curación de la enfermedad se logrará descubriendo lo que falla en nosotros y erradicando ese defecto con el recto desarrollo de la virtud que lo ha de destruir. No combatiendo el mal, sino aportando tal cantidad de la virtud opuesta, que quedará barrido de nuestras naturalezas. Por tal motivo, la flor al incorporar al ser una cualidad armónica, desarrollará la virtud correspondiente, con la posibilidad de retirar la actitud en desequilibrio".⁵

Por todas las características de esta terapia, que se contraponen con los psicofármacos, se decidió su uso como tratamiento alternativo del estrés académico en adolescentes, lo que permitirá a los estudiantes afectados mejorar o eliminar los síntomas que acompañan este trastorno y modificar conductas negativas en su enfrentamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio experimental, de intervención terapéutica, en 25 estudiantes de primer año de medicina, perteneciente a la Facultad No.2 de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, a evaluar la efectividad de las esencias florales de Bach en el tratamiento del estrés académico.

Entre las variables de interés analizadas figuraron: nivel de estrés, situaciones generadoras de estrés académico (estresores), reacciones o síntomas físicos ante el estrés, reacciones o síntomas psicológicos ante el estrés, reacciones o síntomas comportamentales ante el estrés.

Para el estudio se emplearon los siguientes instrumentos: inventario Sisco Tridimensional del estrés académico, autocuestionario de Bornert, cuestionario de estrés de Holmes y Rahe.

A todos los estudiantes con estrés se les aplicó el remedio de rescate (Rescue Remedy), también denominado fórmula antiestrés de Bach con la combinación de 5 flores: Cherry plum, clematis, impatiens, rock rose y stard of bethehem. Mezcla con efectos tranquilizantes y equilibrantes en personas. Se administraron 4 gotas sublinguales, 4 veces al día por 21, administradas al despertar y antes de acostarse (autoadministrada), mientras que las otras dosis fueron suministradas por la investigadora en la consulta de terapia floral habilitada al efecto.

Se empleó el sistema estadístico SPSS versión 11.5. Se calcularon las frecuencias absoluta y relativa (porcentaje) como medidas de resumen para variables cualitativas, así como la media y la desviación estándar para las cuantitativas.

Para la comparación de los puntajes medios en los diferentes momentos evaluativos y las distintas variables evaluadas se empleó la prueba T para datos pareados con un nivel de significación del 0,05 ($p < 0,05$).

2. Relacione la columna A con la columna B

A	B
a) Objetivos	___ etapa del método científico, base del resto de los métodos empíricos: la medición y el experimento.
b) Protocolo de investigación	___ Ciencia que estudia el proceso de la investigación Científica para dirigir determinado proceso de manera eficiente para alcanzar los resultados deseados.
c) Observación Científica	___ guían la formas y los métodos para resolver el problema científico
d) Método Clínico	___ forma particular del método científico aplicado a las ciencias médicas
e) Metodología de la Investigación Científica	___ es la parte del artículo científico que expone la comparación de los resultados obtenidos con los de la literatura científica
f) Discusión	___ documento que establece los pasos para realizar una investigación científica.
	___ se circunscribe a examinar una población definida describiéndola a través de la medición de diversas características

3. Valore las siguientes referencias bibliográficas seleccionadas de diversos artículos.

1. Díaz Bernal Z, García Jordá D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública. 2011 [citado 10 Mar 2010];37(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
2. Álvarez-Díaz J. Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad. GacMédMéc: 2007;143(1)
3. Mederos L, García Jordá D. Creencias y actitudes populares relacionadas con la infertilidad. Memorias I Congreso Iberoamericano de Antropología Anthropos 2007.
4. La Antropología ante los desafíos del siglo XXI, marzo 2007 [CD-ROM]. La Habana: Universidad de La Habana, Sociedad Cubana de Antropología Biológica; 2007.
5. Rigol R. Obstetricia y Ginecología. Evaluación de la pareja infértil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
6. Wassink AMJ, van der Graaf Y, Olijhoek JK, VisserenFLJ. Metabolic syndrome and the risk of new vascular events and all-cause mortality in patients with coronary artery disease, cerebrovascular disease, peripheral arterial disease or abdominal aortic aneurysm. Eur Heart J. 2008;29:213--23.
7. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento/Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
8. Organización Mundial de la Salud. "¿Por qué Calidad de Vida?". Foro Mundial de Salud. Ginebra: OMS; 2003.
9. Cooper R, Kuh D, Cooper C, Gale C, Lawlor D, Matthews F, et al. Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review Age Ageing 2011;40(1):14-23. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es>
10. Knittle KP, De Gucht V, Hurkmans EJ, Viet TP, Peeters AJ, Karel H, Stan R. Self-Efficacy and Physical Activity Goal Achievement Predict Arthritis Pain and Quality of Life Among Patients with Rheumatoid Arthritis. ArthritisCare and Research. En: Al día: Noticias de Salud. 25 Ago 2011 [citado 16 Dic 2012] Disponible en: <http://aldia.sld.cu/aldia>
11. The Prince of Tides. Wikipedia. http://en.wikipedia.org/wiki/The_Prince_of_Tides [acceso 6 Abr 2012].



Metodología de la Investigación cualitativa

Hasta hace bien poco, la investigación estaba definida por un marco epistemológico que la delimitaba en términos exclusivamente cuantitativos. Pero en los últimos tiempos, los paradigmas dominantes de las Ciencias han entrado en crisis y, una de las consecuencias, ha sido la apertura hacia otras formas de ver y entender la realidad social y como consecuencia de esto, otras estrategias para estudiarla.

En la investigación científica, es posible desarrollar dos enfoques importantes:

Enfoque cualitativo

- Se entiende que la cantidad es parte de la cualidad, además de darse mayor atención a lo profundo de los resultados y no de su generalización

Enfoque cuantitativo

- Lo importante es la generalización o universalización de los resultados de la investigación.

Investigación cuantitativa

Pregunta fundamental:
¿Cuántos?

Objetivo: medición de
un problema

Resultados: Pruebas

Muestras:
generalmente grandes

Muestreo probabilístico

Diseños repetibles

Métodos de análisis
no flexibles

Investigación cualitativa

Pregunta fundamental:
¿Por qué?

Objetivo: profundizar en
la comprensión

Resultados:
Descubrimientos

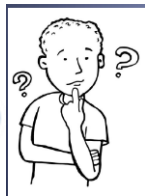
Muestras: generalmente
pequeñas

Muestreo no
probabilístico



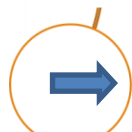
Diseños irrepetibles

Métodos de análisis
flexibles

Investigación Cualitativa



Para comprender algo "de verdad" tenemos que conocer no solos los hechos, sino también la es un tipo de investigación que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas profundas sobre lo que las personas piensan, sobre sus sentimientos, respecto a algún fenómeno de interés que se desea estudiar experiencia humana relativa a los hechos. Tiene que ver con significado, la forma en que las personas interpretan su experiencia y cómo usan esas interpretaciones para guiarse en la forma de vivir. Es un proceso interpretativo de indagación, que examina un problema humano o social.

-  La inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio.
-  La valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos.
-  Un proceso interactivo entre el investigador y los participantes, que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios.

Características principales:

- Es una amplia aproximación al estudio de los fenómenos sociales.
- Sus varios géneros son naturalistas e interpretativos
- Recurre a múltiples métodos de investigación.
- Es Interpretativa.
- Está asentada en la experiencia de las personas.
- Ser flexibles para poder indagar.

Podemos resumirlo en:

- Saber preguntar
- Saber escuchar
- No tener esquemas

También podemos mencionar los diferentes tipos de técnicas en la investigación cualitativa que pueden utilizarse:

Técnicas de investigación



Técnicas Conversacionales.

Entrevista:

Estructurada, Semi estructurada y A profundidad



Técnicas grupales : Grupo focal , Grupo nominal



Técnicas documentales Identificación, recogida y análisis de documentos



Técnicas observacionales: Observación participante y no participante



Otras técnicas: Técnica Delphi, Brainwriting(Lluvia de ideas escritas) , Brainstorming(tormenta de ideas) Philips 6/6, Role-playing , Juego de roles, Fórum comunitario, Impresiones de la Comunidad

Observación directa:

La observación directa de una situación o de tus sujetos de estudio puede realizarse a través de videos o de la observación directa a través de una cámara .Con la observación directa, SE HACEN observaciones de una situación, sin participar en ella, ni influenciarla.

Observación participante:

La observación participante consiste en la inmersión del investigador dentro de la comunidad o situación estudiada. Este método de recolección de datos tiende a consumir más tiempo, ya que tienes que participar completamente en la comunidad para saber si tus observaciones son válidas.

Entrevistas:

Es una plática en la que una persona hace a otra una serie de preguntas sobre un tema determinado. Se debe conocer el tema que se va a plantear, ya que de él se derivarán las preguntas. Que pueden ser estructuradas y semiestructuradas.

Entrevista Estructurada

Consiste en formular de manera estructurada, del mismo modo y en el mismo orden, una serie de preguntas preparadas de antemano a los participantes en la investigación.

Ejemplo:

Edad

Sexo

Ha sufrido usted algún tipo de violencia? Diga cuál

__Violencia Física

__Violencia Psicológica

__Ambas

Entrevistas semiestructuradas.

Las preguntas son definidas por el investigador a modo de guión y su formulación puede variar en función del desarrollo de la entrevista; puede profundizarse en cuestiones relevantes mediante la formulación de nuevas preguntas.

Ejemplo:

Es un tema difícil puede usted confiar en mí

- ¿Ha sufrido usted algún tipo de violencia?
- Algún golpe o siente miedo
- ¿Han sufrido violencia sus hijos?.....

Combina la formulación de preguntas abiertas y específicas, prevalece el carácter abierto de la entrevista, basándose en la orientación aportada por el propio entrevistado. La sutil dirección del investigador debe centrarse en formular aquellas preguntas que surjan de las propias respuestas del entrevistado. Esta entrevista permite abordar un número limitado de temas en mayor profundidad que las estructuradas y semiestructuradas

La Entrevista a Profundidad

RESUMEN

Propósito: Sondeo minucioso de las actitudes, creencias y emociones de los destinatarios.

Materiales que deben someterse a pruebas previas:

- Conceptos de mensajes
- Borradores de textos, incluso los que estén dirigidos a sujetos sensibles o emotivos.

Número ideal de entrevistados: De 10 a 25 como mínimo

Tiempo necesario:

- 3 semanas para preparar el cuestionario y organizar las entrevistas
- de 30 a 90 minutos por entrevista
- El número de días para las entrevistas varía según la disponibilidad de los entrevistados.
- De 5 a 10 días para analizar las entrevistas y preparar el informe.
- Total desde la planificación hasta la terminación del informe: de 4 a 6 semanas

Recursos necesarios:

- Esquema de la conversación o cuestionario
- Entrevistador preparado
- Sala de reuniones tranquila

- Grabadora y cintas

Ventajas:

- Ofrece la oportunidad de sondear a cada entrevistado a fondo
- Se puede obtener información preliminar sobre sujetos sensibles o emotivos
- Buen método para entrevistar a personas con las cuales sea difícil ponerse en contacto.

Desventajas:

- La preparación, las entrevistas y el análisis de los resultados llevan mucho tiempo.
- La información cualitativa que se obtenga no debe usarse para hacer generalizaciones

Grupo Focal

Propósito: Obtener información sobre las percepciones, creencias y lenguaje de los destinatarios en las primeras etapas de la elaboración de mensajes y materiales.

Materiales que deben someterse a pruebas previas:

- Conceptos de mensajes que se difundirán por los medios masivos, lemas.
- Logotipos y bosquejos de ilustraciones gráficas.

Número ideal de entrevistados:

- De 8 a 12 por grupo.
- 4 grupos como mínimo.

Tiempo necesario:

- Unas 2 semanas para organizar los grupos y conseguir personas que estén dispuestas a ser entrevistadas.
- 90 minutos por grupo.
- 2 días para las entrevistas.
- De 5 a 10 días para analizar las entrevistas y preparar el informe.
- Total desde la planificación hasta la terminación del informe: de 3 a 4 semanas.

Recursos necesarios:

- Esquema de la conversación o cuestionario

- Moderador preparado

Grupo Nominal

El proceso del grupo nominal es un método para evaluar la percepción comunitaria de los problemas, en una forma que supera muchos de los problemas de la desigualdad en la representación de opiniones. El método consiste en una serie de procedimientos que se realizan con grupos pequeños, para compensar la dinámica habitual de poder social que se observa en la mayoría de las reuniones de planificación. Quienes usen el método deberán tener en cuenta que su propósito es detectar y clasificar problemas, y no resolverlos.

Van de Ven y Delbecq describen su aplicación a la salud pública. Este método es más eficaz que la técnica Delphi y que el proceso del grupo de interacción, para extraer ideas y lograr que los integrantes del grupo participen por igual. Gilmore describe el método del siguiente modo:

1. Divida a los participantes en grupos de seis o siete.

Es importante que cada grupo no tenga más de siete integrantes para que haya una interacción apropiada. Los participantes deberán ser representativos de la comunidad en cuestión y conocerla bien.

2. Haga una sola pregunta al grupo.

Lo mejor es escribir la pregunta en una pizarra, un rotafolio o en hojas para repartir. Delbecq recalca que la pregunta debe formularse tras un examen de: a) el objetivo de la reunión; b) ejemplos de los tipos de aportes que se buscan; c) la formulación de otras preguntas y d) una prueba piloto de otras preguntas con un grupo de muestra. Un ejemplo del tipo de pregunta que el autor ha usado es: ¿Cuáles usted cree que son los principales problemas de salud que tiene en este momento?.

3. Pida a los integrantes de cada grupo pequeño que escriban la respuesta.

Se pueden distribuir hojas con la pregunta escrita en la parte superior, lo que proporcionará un punto de referencia fácil para los integrantes del grupo. Si eso no es posible, bastará con escribir la pregunta en una pizarra, rotafolio o transparencia para retroproyector. Aunque el tiempo que se necesite para concluir esta tarea dependerá de la pregunta que se haga, durará aproximadamente 15 minutos. Es importante que el grupo trabaje en absoluto silencio (de lo cual se responsabiliza al líder del grupo).

Eso permite a los integrantes del grupo reflexionar con cuidado, sentirse motivados al ver a los demás escribir diligentemente la respuesta y trabajar en un clima donde no tienen que competir ni tomar decisiones prematuras.

4. Pida que cada participante lea una respuesta, avanzando en círculo.

Primero, se pide a un participante que dé una sola respuesta; se pide lo mismo al siguiente participante y se prosigue de esta forma hasta que todos hayan dado una respuesta. A medida que se van leyendo las mismas, el líder del grupo las escribe en la pizarra o en el rotafolio y asigna un número a cada una (1, 2, 3, etc.). Se repite el mismo proceso hasta que se haya tomado nota de todas las contribuciones. Con este procedimiento, cada integrante del grupo puede participar plenamente. En esta etapa no se permiten comentarios sobre la forma, el formato o el significado de ninguna de las respuestas.

5. Aclare el significado de las respuestas.

Tómese tiempo para preguntar si cada respuesta se entiende claramente. Dé tiempo a los participantes para que expliquen lo que quieren decir con una respuesta, la lógica que la sustenta e incluso, su importancia relativa.

Sin embargo, no es un momento oportuno para argumentar y presionar: el líder del grupo debe conducir la conversación de manera tal que sólo se efectúen aclaraciones.

6. Haga una votación preliminar.

Se pide a los participantes que elijan un número determinado de elementos que consideren más importantes de la lista original de respuestas que figura en la pizarra o rotafolio (por ejemplo, de las 20 respuestas originales, cada participante debe seleccionar y clasificar 7). Para eso se escribe cada elemento seleccionado en una tarjeta y se ordenan las tarjetas según su importancia (en el ejemplo que se ha dado, se asignarían siete puntos al elemento más importante y uno al menos importante). Delbecq y colegas señalan que, por lo general, los integrantes de los grupos pueden asignar prioridad solamente a un total de cinco a nueve elementos con cierto grado de confiabilidad. Se pide a los participantes que coloquen el número del elementos junto con la respuesta, en la esquina superior izquierda de la tarjeta. Cuando todos los participantes terminen de hacerlo con las siete respuestas que hayan seleccionado, se les pide que clasifiquen las tarjetas, colocando el número de orden de cada una en la esquina inferior derecha y subrayándolo. Después, el líder del grupo escribe en la pizarra o en el rotafolio el número de orden asignado por cada participante a la respuesta seleccionada y suma los votos, después que todos los participantes hayan señalado los números de orden. La respuesta con el total numérico mayor representa el principal problema prioritario. Normalmente, el proceso concluye aquí, pero se puede prolongar con los pasos siguientes, a fin de garantizar su exactitud.

7. Examine el resultado de la votación preliminar.

Es importante examinar las diversas explicaciones relacionadas con las características de la votación. Podría ser útil conversar acerca de las respuestas que recibieron muchos votos y las que recibieron pocos. También podría ser útil volver a explicar el significado de cada respuesta, a fin de cerciorarse de que todos los participantes comprendan claramente.

8. Haga una votación final.

Para este paso pueden utilizarse dos procedimientos: a) igual que en la votación preliminar, seleccione un número determinado de respuestas 'más importantes' y después ordénelas según su importancia, o b) seleccione un número determinado de respuestas más importantes y asígneles un puntaje.

Por ejemplo, si se han seleccionado siete elementos importantes, se podría asignar a cada uno un puntaje en una escala de cero (sin importancia) a 10 (muy importante). Este procedimiento permite averiguar la magnitud real de la diferencia entre los elementos más importantes.

9. Calcule el total de votos.

Como posiblemente haya varios grupos de seis o siete integrantes cada uno que están pasando por este proceso (por ejemplo, podría haber 12 grupos trabajando simultáneamente o con distintos intervalos), es importante calcular el total de votos. Primero, se disponen las respuestas de todos los grupos en distintas categorías sobre la base de su similitud (si es posible) y después se suman los números de orden o los puntajes de cada categoría. Por ejemplo, si tres respuestas del grupo uno, dos del grupo dos y cuatro del grupo tres, están relacionadas con los problemas de salud, vinculados a la infestación por roedores, se calcula el total correspondiente a las nueve respuestas (sumando los números de orden o los puntajes) y el resultado se indica en la categoría "Problemas de salud relacionados con la infestación por roedores". Al calcular los votos de cada categoría, se pueden ir escribiendo los totales en orden descendente. La categoría con el número mayor, tendrá prioridad máxima.

Álvarez González A. Investigación Cualitativa. Selección de lecturas. La Habana: Ed Ciencias médicas ECIMED, 2007; 103 p

Tipos de diseños en las Investigaciones cualitativas:

- Etnográfica.
- Investigación fenomenológica.
- Investigación-acción.
- Teoría fundamentada.
- Estudio de casos.
- Biográfico.



Estudio Etnográfico:

Proceso heurístico que intenta describir e interpretar, de manera detallada, profunda y analítica las actividades creencias o procesos cotidianos desde la perspectiva de los miembros del grupo, llevándose a cabo en el medio natural donde ocurren y buscando enmarcar los datos en un sistema cultural y social más amplio.

Es el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de las personas.

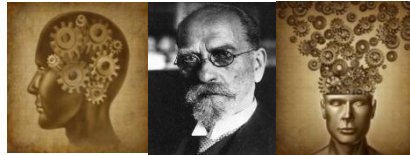
Características principales de estudios etnográficos

- Es una unidad social concreta, persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado.
- Recolección de datos a través de la observación y entrevistas.
- Descripción muy detallada y consideración naturalista
- Utilización de informantes
- Visión desde la perspectiva del participante/investigador
- Aunque la etnografía no hace énfasis en un proceso paso a paso se puede distinguir un principio y un final
- La Interpretación de la información es un momento clave de la investigación etnográfica ya que exige la revisión una y otra vez de la información recopilada, con el propósito de ir descubriendo el significado de un evento o situación.

Las Técnicas más utilizadas en el estudio Etnográfico son: Observación directa, Observación participante, entrevista estructurada y semiestructuradas

Ejemplos de estudios etnográficos:

- Una familia, una escuela, una clase, un claustro de profesores, son algunos ejemplos de unidades sociales educativas que pueden describirse etnográficamente.
- Estudios sobre la mutilación femenina en países del continente africano. (culturas extrañas)
- Estudios etnográficos de Frank Boas, en EE.UU y del científico inglés Bronislaw Malinowsky (1884-1942), la meta era captar el punto de vista del indígena, su posición ante la vida, comprender su visión del mundo.
- Los estudios de la cultura japonesa llevados a cabo por Ruth Benedict
- Alrededor de los 60, los estudios acerca de la cultura mexicana y puertorriqueña, de Oscar Lewis
- En la actualidad descubre y atiende a los fenómenos: los inmigrantes, los conflictos étnicos y raciales, las bandas juveniles y los barrios marginados.



Diseño Fenomenológico

Es la investigación sistemática de la subjetividad. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo, interpretando. Es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad. Lo cotidiano, en sentido fenomenológico, es la experiencia no conceptualizada o categorizada.

La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana.

La investigación fenomenológica es el estudio científico - humano de los fenómenos.

Etapas Descriptivas de la investigación:

El objetivo de esta etapa es lograr una descripción del fenómeno de estudio, lo más completa y no prejudicialmente posible, que refleje la realidad vivida por las personas, su mundo, su situación en la forma más auténtica. Consta de tres pasos:

- Elección de la técnica o procedimiento. Aquí se pretende lograr la descripción lo más exacta posible utilizando varios procedimientos:
- La observación directa o participativa, en los eventos vivos (se toman notas, recogiendo datos, entre otros), pero siempre tratando de no alterarlos con la presencia del investigador.

- La entrevista coloquial o dialógica: con los sujetos de estudio con anterioridad a esta etapa; se deben de estructurar en partes esenciales para obtener la máxima participación de los entrevistados y lograr la mayor profundidad de lo vivido por el sujeto.

Un ejemplo de este tipo de investigación ocurre cuando deseamos conocer el estado de opinión de los enfermos ingresados en una sala de cualquier hospital acerca del tratamiento que se les da a ellos y a sus acompañantes por parte del personal médico y enfermero.

Ejemplo de la Investigación Fenomenológica:

Los temas correspondientes a la fenomenología son los considerados fundamentales para las experiencias de vida de los seres humanos, por ejemplo:

- El significado de la salud / estrés.
- La experiencia del duelo.
- La calidad de vida con una enfermedad crónica.

Técnica que se utilizan en esta investigación:

La encuesta o el cuestionario deben ser parcialmente estructurados, abiertos y flexibles, de tal manera que se adapte a la singularidad de cada sujeto en particular.

El autorreportaje se lleva a cabo a partir de una guía que señale las áreas o preguntas fundamentales a ser tratadas. Estos procedimientos no son excluyentes, sino que más bien se integran a la práctica.

La aplicación de la técnica o procedimiento seleccionado toma en cuenta lo siguiente: que nuestra percepción aprende estructuras significativas; generalmente vemos lo que esperamos ver; los datos son casi siempre para una u otra hipótesis; nunca observamos todo lo que podríamos haber observado, y la observación es siempre selectiva y siempre hay una correlación funcional entre la teoría y los datos: las teorías influyen en la determinación de los datos, tanto como éstos en el establecimiento de las teorías.



Diseño Investigación- Acción:

Es una forma de investigación llevada a cabo por parte de los investigadores sobre sus propias prácticas, pretende realizar un análisis y comprensión de la realidad social para transformarla en beneficio de los propios individuos de una comunidad o grupo.

La investigación acción es participativa e innovadora porque integra tres elementos básicos: Investigación, educación-aprendizaje, acción.

A través de ella, la comunidad puede aprender a conocer científicamente su realidad y cómo transformarla, de esta manera se apropia de los instrumentos de la ciencia.

El proceso de investigación se realiza con una óptica desde adentro y desde abajo pues involucra a toda la comunidad en el proyecto de investigación, con lo cual puede beneficiar a sus miembros directa e indirectamente.

Técnicas que utiliza para la recolección de los datos: Grupos focales, Grupos de discusión, entrevistas, etc.



Teorías

Ejemplo estudios de suicidio

Diseño Teoría Fundamentada

Es una metodología general para desarrollar teoría que está fundamentada en una recogida y análisis sistemático de datos. Al igual que otros métodos cualitativos, las fuentes de datos son las entrevistas y las observaciones de campo, así como los documentos de todo tipo (diarios, cartas, autobiografías, biografías, periódicos y otros materiales) y las grabaciones audiovisuales. La principal diferencia que existe entre este método y otros cualitativos reside en su énfasis en la generación de una teoría. La principal diferencia que existe entre este método y otros cualitativos reside en su énfasis en la generación de una teoría. A través del proceso de teorización el investigador descubre o manipula categorías abstractas y relaciones entre ellas, utilizando esta teoría para desarrollar o confirmar las explicaciones del cómo y por qué de los fenómenos

Características de la Teoría Fundamentada

- La característica principal de esta investigación es el desarrollo de una nueva teoría a partir de la recolección y análisis de datos sobre un fenómeno. Este va más allá del fenomenológico porque las explicaciones que emergen son

genuinamente nuevos conocimientos y son usados para desarrollar nuevas teorías sobre el fenómeno.

- Se utilizan varias técnicas de recolección de datos en la teoría fundamentada, particularmente entrevistas y observaciones, aunque la revisión bibliográfica y el análisis documental relevante dan una importante contribución.
- Una característica de la teoría fundamentada es la simultánea recolección y análisis de datos usando un proceso de conocimiento como constante análisis comparativo. En este proceso los datos se transcriben y examinan inmediatamente.
- Una nueva teoría inicia su concepción como reconocimiento de nuevas ideas y temas que emergen sobre lo que las personas han dicho o de eventos que han sido observados.
- La característica principal de esta investigación es el desarrollo de una nueva teoría a partir de la recolección y análisis de datos sobre un fenómeno. Este va más allá del fenomenológico porque las explicaciones que emergen son genuinamente nuevos conocimientos y son usados para desarrollar nuevas teorías sobre el fenómeno.

Se utilizan varias técnicas de recolección de datos en la teoría fundamentada, particularmente entrevistas y observaciones, aunque la revisión bibliográfica y el análisis documental relevante dan una importante contribución.

Diseño de casos



La investigación del estudio de casos es una de esas investigaciones que puede aplicarse en el ámbito cualitativo y cuantitativo. La investigación de estudio de casos es usada para describir una entidad que forma una unidad simple, tal como una persona, una organización o una institución. Algunas investigaciones de este tipo describen una serie de casos.

Como diseño de investigación, el estudio de casos asevera ofertar una enriquecida y profunda información, no ofertada usualmente por otros métodos.

Por la posibilidad de capturar muchas variables, el caso de estudio se puede identificar cómo un conjunto de circunstancias que pueden producir juntas una manifestación particular. Es un método de investigación altamente versátil y emplea cualquiera de los métodos de recolección de datos.

Uno de los aspectos más críticos de la investigación de casos es que el que se encuentra bajo estudio no es necesariamente representativo de casos similares y por consiguiente los resultados de la investigación no son generalizables. El propósito del estudio de casos es describir el caso en particular con el máximo de detalles.

Ejemplo:

Investigación que tuvo por objeto el conocer cómo una persona que obtuvo un puntaje bajo en la Escala de Estilos de Afrontamiento (EEA) de Lazarus y Folkman (1984) ha logrado sobrevivir durante 13 años después de haber recibido un diagnóstico positivo del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).



Combinación de métodos

Cuando un estudio incluye métodos cuantitativos y cualitativos, los investigadores pueden usar resultados cualitativos para comprender mejor los resultados cuantitativos y para aumentar la validez del estudio en general.

Los métodos cualitativos pueden ayudar a los investigadores a explicar resultados cuantitativos porque permiten a los participantes del estudio decir por qué piensan o actúan de cierta manera y describir los factores sociales y económicos que influyen en sus decisiones.

La utilización de varios métodos nos permite la triangulación metodológica, que no es más que utilizar múltiples métodos.

Para estudiar un problema se pueden tener en cuenta además las siguientes:

- Triangulación de datos
 - Triangulación del investigador
 - Triangulación Teórica
- Triangulación de datos

Triangulación de datos: Es necesario que los métodos utilizados durante la observación o interpretación del fenómeno sean de corte cualitativo para que éstos sean equiparables.

Esta triangulación consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los diferentes métodos.

Triangulación de investigadores: En la triangulación de investigadores la observación o análisis del fenómeno es llevado a cabo por diferentes personas. Para dar mayor fortaleza a los hallazgos suelen utilizarse personas provenientes de diferentes disciplinas.

Triangulación de teorías: Durante la conceptualización del trabajo de investigación cualitativa suele definirse de antemano la teoría con la cual se analizarán e interpretarán los hallazgos.

Se establecen diferentes teorías para observar un fenómeno con el fin de producir un entendimiento de cómo diferentes suposiciones y premisas afectan los hallazgos e interpretaciones de un mismo grupo de datos o información.

1. Realice el análisis crítico de los artículos científicos teniendo en cuenta las siguientes preguntas:

- a) Valorar el título y de ser necesario sugiera uno o complete el mismo
- b) Valorar la estructura del resumen.
- c) ¿La introducción hace referencia desde lo internacional, nacional hasta el lugar del estudio? ¿Está acotada?
- d) ¿Considera que está justificado correctamente el estudio?
- e) El objetivo está presente en diferentes partes del artículo. Haga una valoración.
- f) A partir de la necesidad del estudio y considerando el objetivo proponga las preguntas de investigación.
- g) Clasifique la investigación en cuantitativa-cualitativa o cualitativa
- h) Caracterice el diseño empleado.
- i) Mencione la población, la muestra y el tipo de muestreo. Valore las técnicas y procedimientos aplicados
- j) Valore las normas Vancouver, acotación y actualidad en las referencias.

El control del dengue desde la perspectiva de la Bioética

478 Rev. bioét. (Impr.). 2016; 24 (3): 478-87 <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243147>

Andréa Aparecida Romano de Souza Rodrigues , Rubens Bedrikow

RESUMEN

En esta investigación se estudió acciones, el control social y los dilemas bioéticos relacionados al control del dengue. Se ha utilizado metodología cualitativa – grupo focal y entrevistas. Concluimos que las acciones de salud pública para controlar el dengue deben seguir la bioética sanitaria. Los gerentes, trabajadores y usuarios deben priorizar políticas para el mayor número de personas, por el mayor tiempo posible, y que resulten en las mejores consecuencias para todos, no permitiendo que intereses particulares, corporativos o partidarios pongan en riesgo su compromiso ético. Creemos necesario construir nuevas modalidades de relación entre usuarios y gerentes, y también entre la Unión, los estados y las municipalidades, basadas en la bioética y la cogestión.

Palabras clave: Dengue. Bioética. Salud Pública.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo fue el de analizar las acciones de control del dengue desde la óptica de la bioética sanitaria. Los objetivos específicos remiten a: 1) analizar las acciones de control del dengue a partir de la opinión de consejeros municipales de salud; 2) analizar el control social en la lucha contra el dengue; y 3) conocer los principales dilemas bioéticos relacionados con el control de dicha enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Teniéndose en vista los objetivos propuestos, se optó por la metodología cualitativa, ya que se buscó detectar significados y opiniones. La investigación cualitativa se basa esencialmente en la observación y/o conversación, que fue el método utilizado, mediante la realización de un grupo focal y entrevistas (importante herramienta de recolección de datos) 15,16. En esta técnica, lo más importante es la interacción que se establece entre los participantes, posibilitando la diversificación y la profundización de los contenidos relacionados con el tema de interés, por medio del intercambio de las experiencias de las personas, sus opiniones, deseos e inquietudes.

En otras palabras, el valor del grupo focal se fundamenta en su capacidad de recoger informaciones, formar opiniones y actitudes por medio de la interacción de los participantes.

El grupo debe estar compuesto por un mínimo de 6 y un máximo de 15 personas, y los criterios para su composición deben ser compatibles con los objetivos del estudio; o sea, la muestra es intencional, pues se seleccionan los individuos más adecuados en lo que se refiere a la posibilidad de suministrar informaciones útiles para la investigación 18. Para la realización de los trabajos, es necesario un moderador, cuya función es proponer temas a los participantes, mantener el objetivo de la discusión, realizar resúmenes y recuperar el hilo del tema ante eventuales digresiones 18. Su presencia es vital para el trabajo, y su papel, imprescindible, pero su intervención debe ser discreta, a fin de permitir que surjan los contenidos sin un enfoque directivo que impida la libre manifestación de los participantes 18.

Se recomienda la presencia de un asistente, en la función de observador, relator de acontecimientos y eventuales intervenciones, en el sentido de facilitar el curso de los trabajos 19.

El grupo focal fue escogido para obtener la opinión de los consejeros municipales de salud representantes de los usuarios. Participaron en este grupo seis consejeros. La interacción entre investigadores y consejeros municipales de salud representantes de trabajadores y de la gestión se efectuó mediante entrevistas, ante la dificultad de reunir a estos informantes en un grupo focal. Las informaciones se obtuvieron con auxilio de un plan que contenía los puntos o tópicos previamente establecidos, de acuerdo con el tema de interés. Se realizaron dos entrevistas, una con el representante de los trabajadores y otra con representante de la gestión.

Los investigadores ejercieron las funciones de moderador y observador del grupo focal y de reintervistadores en las ocasiones en que se realizaron las entrevistas.

El documento de consentimiento libre e informado –aprobado por el Comité de Ética en Investigación– fue leído y explicado a todos los participantes de la investigación antes de la realización del grupo focal y de las entrevistas. Tanto el grupo focal como las entrevistas fueron grabados. Después de la transcripción de las declaraciones, se procedió a su análisis de acuerdo con tres ejes temáticos definidos por los investigadores: 1) Acciones de control del dengue; 2) Control social en la lucha contra el dengue; 3) Aspectos bioéticos en el control del dengue.

Percepción sobre la prestación de servicios de atención a la infertilidad desde una mirada antropológica

Revista Cubana de Salud Pública

Recibido: 20 de junio de 2012.

Aprobado: 25 de abril de 2013.

Perception on the rendering of service to care for infertility from an anthropological viewpoint

Zoe Díaz Bernal. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.

Dirección electrónica: zoe.diaz@infomed.sld.cu, zoe@ensap.sld.cu

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

La Habana - La Habana - Cuba

E-mail: ecimed@infomed.sld.cu

Acompañe los números de esta revista en su lector de RSS

SciELO - Scientific Electronic Library Online

Av. Onze de Junho, 269 - Vila Clementino 04041-050 São Paulo SP - Brazil

Tel.: (55 11) 5083-3639/59 E-mail: scielo@scielo.org

CAPES BVS FAP BIREME FAPESP CNPQ

Acceso Abierto Lea a Declaración de Acceso abierto

RESUMEN

Introducción: algunas investigaciones han dado cuenta de una especie de «frialdad médica» vista en la atención a la infertilidad por parte de los prestadores de salud y percibida por parte de los usuarios de estos servicios.

Objetivo: conocer la percepción de usuarios y prestadores de salud, sobre la gestión y prestación de atención a la infertilidad en tres servicios en La Habana.

Métodos: estudio descriptivo realizado entre abril de 2007 y marzo de 2010. Se empleó un abordaje de tipo cualitativo que responde al diseño de Teoría Fundamentada. La población objeto de estudio se estructuró en dos grupos: las parejas infértiles atendidas en servicios seleccionados y sus prestadores de salud.

Resultados: se describieron cuatro categorías inductivas: la atención a la infertilidad por el sistema de salud; la organización, funcionamiento y satisfacción con los servicios de atención; la relación usuarios(as) prestadores, y el tránsito de los usuarios/as por los servicios de atención a la infertilidad. Se corroboraron debilidades para la atención a la infertilidad: insuficiente capacidad resolutoria y necesidad de establecer funciones, normas y algoritmos en cada nivel de atención, para la mejora de sus procesos e insuficiente pensamiento médico-social, que parte de la ideología médico-hegemónica.

Conclusiones: existen limitaciones en recursos materiales y profesionales, es insuficiente la organización e integración de los servicios, lo que provoca fallas en la gestión y continuidad de la atención; se produce descentralización ejecutiva de la normativa y resulta insuficiente el tratamiento a las personas y a las parejas desde sus condicionamientos socioculturales.

Palabras clave: atención a la infertilidad, percepción de usuarios y prestadores de salud, relación médico-paciente, satisfacción de usuarios y prestadores de salud.

ABSTRACT

Introduction: some research works have reported a sort of "medical coldness" observed in the care for infertility by health care providers and perceived by medical service users.

Objective: to find out the perception of users and of health care providers on the management and provision of care for infertility in three medical services of Havana.

Methods: descriptive study conducted from April 2007 to March 2010. A qualitative-type approach was used to respond to the design of founded theory. The target population was divided into two groups: fertile couples assisted in selected services and their health care providers.

Results: four inductive categories were described: care for infertility by the health care system; the organization and functioning of and satisfaction with the infertility care services, relationships of users and service providers, and the transit of users through the services of care for infertility. Some weaknesses in infertility care services were confirmed such as the poor resolution capacity and the need of establishing functions, standards and algorithms in each level of care in order to improve their processes, and lack of adequate social and medical thinking resulting from the hegemonic medical ideology.

Conclusions: there are some constraints in material and professional resources; the organization and integration of services are poor leading to failures in management and continuity of care; executive decentralization of standards and the treatment given to persons and couples, taking their sociocultural conditions into account, is not enough.

Keywords: care for infertility, perception by users and health care providers, physician-patient relationship, satisfaction of users and health care providers.

INTRODUCCIÓN

El talante inesperado de la infertilidad añade dificultades tanto para los(as) prestadores(as) de salud encargados de tratarla, como para las personas infértiles que frente a estos se convierten en sus pacientes.^{1,2} El impacto de su diagnóstico y tratamiento sobre las personas, parejas y familias; la frecuente separación, temporal o definitiva de los usuarios de los servicios de atención y el valor significativo de la condición infecunda vivenciada, de la que han dado cuenta investigaciones recientemente realizadas en el contexto cubano, nos movilizó hacia el abordaje antropológico de la atención a la infertilidad como espacio donde probablemente radiquen explicaciones relevantes para la deconstrucción de propiedades identificadas para la infertilidad, entendidas como intrínsecas a esta.¹⁻¹⁰

La atención a la infertilidad en Cuba ha transitado estadios no siempre deseados, pero que han tenido como rasgo común, la gratuidad de los diagnósticos, de los tratamientos y de la propia atención médica.¹

No es la medicina científica vista en el sistema médico propio de la cultura occidental, el único modelo de prestación de atención al que acuden las parejas infértiles cubanas. El Modelo Curativo Alternativo Subordinado (MCAS),¹¹ inclusivo de las prácticas "tradicionales" complementa dicho panorama.¹²⁻¹⁴ Una investigación realizada en 2007, arroja que el método alternativo más conocido y empleado es el uso del jarabe o miel de güira, que varía en su constitución según criterio de quien los prepara. Esa misma investigación aporta, que las parejas infértiles que recurren a métodos alternativos, no lo conversaron con sus médicos por considerar que no tenían efectos adversos y no lo merecía.¹⁴

En los últimos 20 años se han registrado notables progresos en la valoración y tratamientos para la infertilidad.¹⁵ El esquema jerárquico de estos últimos indica, en primer lugar, el empleo de tratamientos farmacológicos o quirúrgicos para luego decidir la utilización de las técnicas de reproducción asistida (TRA) o sugerir la adopción.¹⁶ La "biologización" de la procreación es resultado de un intenso proceso de "medicalización" que se intensifica en los procesos de infertilidad, y su efecto cultural es la "uniformización" de la procreación y su reducción a lo biológico. Las parejas con problemas de infertilidad acuden al médico para conseguir la procreación, y los tratamientos refuerzan su carácter biológico, porque en el contexto clínico, lo que se busca es hacer que se produzcan óvulos suficientes, que el semen contenga suficiente cantidad de espermatozoides de buena calidad, que dos gametos fundan su núcleo y que el embrión se implante en el útero.¹⁷

Los individuos infértiles suelen argumentar que la atención que les ofrecen los proveedores de salud se posiciona en una especie de "frialdad médica", que se dirige básicamente a la atención de una enfermedad y deja fuera al dúo humano que vivencia un padecimiento, la atención se centra casi exclusivamente en los aspectos biológicos del problema y no establece balance entre estos y otros aspectos de índole social.^{12, 18-20} El paradigma central del Modelo Médico-Hegemónico (MMH) demerita el peso que tienen en sí datos como los sociales, y los reduce a mera información o a un determinante psicológico individual.²¹

El propósito de esta investigación es conocer la percepción de usuarios y prestadores de salud, sobre la gestión y prestación de atención a la infertilidad, en tres servicios de la capital cubana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizaron entrevistas y observación participante en 27 parejas atendidas en los servicios de infertilidad de tres hospitales ginecobstétricos de La Habana; observación participante de consultas y áreas de espera de dichos servicios y entrevista a cuatro

prestadores de salud, dos médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, y dos Licenciadas en Biología.

Los hospitales ginecobstétricos se seleccionaron teniendo en cuenta el tipo de población que atendían, con la finalidad de contar con una mayor diversidad en cuanto al ambiente socioeconómico de procedencia de las y los usuarios. Los nombres de los hospitales se mantuvieron en el anonimato según la confidencialidad garantizada en el consentimiento informado.

Se incluyeron las parejas que tenían tres o más años de relación, que no era la primera vez que asistían al servicio, que acudieron al mismo en el período del trabajo de campo en presencia de la investigadora y que aceptaron participar de manera desinteresada previo su consentimiento. A todas las personas se les comunicó el interés de recabar información relacionada con su experiencia vivida en su vínculo con los servicios de atención a la infertilidad y sus percepciones en relación con la gerencia y prestación de los mismos.

El número de entrevistas a las parejas infértiles y de observaciones, se definieron según el criterio de "saturación teórica o de categorías". Para la observación se utilizó la técnica de "observación participante abierta",²² que se realizó en consultas y salas de espera. Estas áreas se observaron durante el horario en que transcurrieron las consultas, durante 32 h respectivamente, para cada servicio.

Con la finalidad de conocer lo establecido a nivel institucional y las normativas en relación con la atención a la infertilidad, se revisaron documentos esenciales y el Proyecto de Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil.^{1,23,24}

Se utilizó la triangulación a través del empleo de diversas fuentes de información, de varios métodos para recabar los datos y el análisis cruzado entre dos investigadoras.^{22,25,26}

Para el análisis de la información se empleó el método cualitativo de análisis detallado de los datos, denominado "Teoría fundamentada".²² El análisis de la información se realizó a nivel individual y de conjunto, a través de la articulación de los enfoques emic y etic. El enfoque emic es aquel por el que el investigador analiza el lenguaje o la conducta ajena mediante el perspectiva y en los términos de sus actores. Sus unidades de análisis no se predicen sino se descubren. El enfoque etic es aquel por el que el investigador analiza el lenguaje o la conducta de otros bajo la perspectiva de su ciencia, y por lo tanto, de su cultura. Este suele ser su punto de partida y es externo a lo analizado.²⁷

Características sociales y estado de salud de un asentamiento rural

Rev Hum Med vol. 16 no.1 Ciudad de Camaguey ene.-abr. 2016

Social characteristics and Health Status in a country area

José Eduardo Vera Rodríguez, I Nereida Rojo Pérez, II Irene Sofía Quiñones Varela III

I. Máster en Trabajo Social y Comunitario. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología. Carretera central Oeste. Camagüey. Cuba. CP 70200. jevr@finlay.cmw.sld.cu

II. Doctora en Ciencias de la Salud. Socióloga Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública La Habana. Dirección de Ciencia y Técnica. Perla 56 entre 100 y Boyeros. La Habana. Cuba. CP 29 000 nereida.rojo@infomed.sld.cu

III. Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista en 2do grado de Psicología de la Salud. Profesora Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología. Carretera Central Oeste. Camagüey. Cuba. CP 70100 iqvarela@finlay.cmw.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo en el asentamiento rural "El León" de la provincia de Camagüey. Se utilizó el método etnográfico y la evaluación del Análisis de la Situación de Salud en el periodo 2010-2015 con el objetivo de describir las características sociales y en especial el estado de salud de esta población, conjuntamente con profesionales de enfermería comunitaria. Se crearon instrumentos validados por expertos. Se aplicaron técnicas como los grupos focales y observación participante, entrevistas estructuradas y en profundidad a informantes clave. Finalmente se triangularon sus resultados con los obtenidos en el Análisis de la Situación de Salud. Se evidenció: falta de sentido de pertenencia de los pobladores, indisciplinas sociales que perjudican la comunidad y su salud, deterioro de las relaciones interpersonales, sistema eco-cultural deficiente, y se identificó la necesidad de iniciar acciones comunitarias que provoquen el cambio y modifiquen el estado de salud comunitaria.

Palabras clave: Estado de Salud, Desarrollo de la Comunidad, Enfermería en Salud Comunitaria, Agentes Comunitarios de Salud.

ABSTRACT

A quantitative-qualitative study was carried out in the country area 'El León' of Camagüey province. Both ethnographic method and evaluation of health situation analysis were used for describing social characteristics, including the health status of the population. Instruments were created and validated by experts. Techniques were applied, such as the focal groups, participating observation, structured and in depth interviews performed to key informants. The results of the study were triangulated with those which were achieved in the analysis of health situation. It was proved: inhabitants showed a lack of sense of identification with the community, deterioration of

interpersonal relationships, poor cultural eco-system and emerged the necessity of initiating actions in the Community that provoke changes and modify the status of communal health.

Keyword: Health Status, Community Development, Community Health Nursing, Community Health Workers.

INTRODUCCIÓN

En la historia del trabajo comunitario de enfermería se encuentra el hecho que las personas y comunidades se han dotado de distintos instrumentos con el fin de poder cuidar su salud y aliviar sus dolencias. Dichos instrumentos han sido fruto de la interrelación de condiciones propias de cada momento histórico y dan lugar a diferentes modos de atender la salud de las poblaciones.

Las condiciones se asientan en tres elementos básicos: en la consideración humana de cada cultura, en el nivel de desarrollo del conocimiento científico y en la situación económica del momento y dependiendo de la manera en que se integren darán lugar a un tipo de atención: caritativa o de beneficencia, organizada e integral, biologicista o salubrista, individual y comunitaria, responsable o participativa.^{1,2}

En el capitalismo los gobiernos comienzan a establecer servicios organizados de sanidad e higiene pública. Sus objetivos estaban orientados a la protección de la salud de la población mediante acciones dirigidas a la higiene ambiental y la colectividad. Algunos autores sitúan en esta época los orígenes de la salud pública.³

La concepción de enfermería como profesión y más concretamente de la "enfermera para la salud" como la denominó Florence Nightingale, fue paralelo al desarrollo de la salud pública en los servicios sanitarios comunitarios.⁴ Desde fines del siglo XIX y ya en el XX, los resultados de los avances sociales y científicos señalados dan lugar a servicios de atención a la salud organizados por los gobiernos e imbuidos en una concepción preventivista, cuyas actividades fundamentales estuvieron basadas en el saneamiento del medio, vacunaciones y exámenes masivos, así como en el uso de antibióticos.⁵

Los orígenes de los cuidados de salud en Cuba pueden situarse en la época precolombina, pues fue en los asentamientos aborígenes donde los behiques, eran los encargados de ofrecer cuidados a los dolientes y transmitir sus experiencias a los sucesores escogidos.⁶

Luego de finalizada la conquista, en la época de la colonia, generalmente asumen los cuidados de los enfermos las negras esclavas, que de forma empírica y con conocimientos adquiridos por generaciones precedentes, asumían la responsabilidad de mantener del cuidado de la dotación y viabilizar el alumbramiento tanto de las esclavas como de las demás mujeres, lo cual se correspondía con su cultura y condiciones de vida, protagonismo comúnmente poco reconocido.

Cuando aparecen las primeras órdenes religiosas dio inicio a la asistencia de enfermería en hospitales de las congregaciones. Entre estas se funda la orden Hijas de la Caridad, dedicadas a los cuidados de salud de los pobres, enfermos y abandonados, pues la asistencia médica y la labor de enfermería tenía carácter privado.⁷

La primera escuela de enfermeras de Cuba fue fundada en 1899. El 3 de octubre del propio año, se publica en la Gaceta Oficial el Reglamento General para la Organización de los Servicios Sanitarios Municipales, que comprendía las Casas de Socorro, se crea la Junta Central de Beneficencia, y la comisión de Fiebre Amarilla presidida por Carlos J. Finlay.⁸

Para esta etapa, en Camagüey, proliferan los consultorios privados y más tarde, a partir de 1935, toman auge las organizaciones mutualistas, entre las que destaca la Colonia Española, en 1944 la Clínica Agramonte, hoy Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña.⁹

En 1959 el cambio social que promovió el triunfo de la Revolución Cubana, no solo permitió la formación de los recursos humanos y de las instalaciones, sino la transformación de la práctica de la profesión. Se produce además el desarrollo de la enfermería como profesión con conocimientos específicos y áreas de actuación adecuadas a las necesidades de la población y muy especialmente a los niños y su familia.¹⁰

La enfermería comunitaria en Cuba se caracteriza por la aplicación de los conocimientos de enfermería con el fin de aumentar el nivel de salud de la población mediante la participación de ésta y dentro de un equipo conformado por enfermeros, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, en función de la promoción, prevención y rehabilitación, movilizandolos recursos individuales y de la comunidad para ayudar a ésta a alcanzar mejores índices de salud.¹¹

En los años 80 se crea el consultorio del médico y la enfermera (o) de la familia, ejerciendo su profesión en la comunidad.¹² En esta etapa aparecen los primeros contactos con los pobladores con un enfoque más social y cultural, efectivo en el ejercicio comunitario.

Los enfermeros (as) que laboran en áreas rurales dirigen su atención a acciones sociales de contenidos específicos, sobre todo psicosociales, de desarrollo personal y salud, pero aún a criterio de esos autores están carentes de aportes de otras disciplinas (Psicología de la Salud, Sociología y Antropología) de modo que se fortalezca y consolide su accionar comunitario.

Trabajar en las comunidades, requiere que la enfermera (o) de salud comunitaria demuestre el más alto grado de profesionalismo, confiabilidad, responsabilidad, dedicación y experiencia siguiendo el plan de cuidados y el mayor nivel de calidad del mismo.¹³

La enfermería en salud comunitaria es la síntesis y aplicación de un amplio espectro de conocimientos y técnicas científicas de promoción, restauración y conservación de la

salud comunitaria. El sujeto primario de la asistencia es la comunidad y los grupos dentro de ella.¹⁴

La enfermería comunitaria es aquella que desarrolla una visión integral de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de salud y la rehabilitación, teniendo como misión extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas, permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia, con sus saberes y cultura y la medicina científica.¹⁵

La noción de trabajo comunitario de enfermería se ha modificado en los últimos tiempos en el contexto latinoamericano como resultado de los cambios económicos, políticos, sociales y culturales producidos en el mundo en general y en la región en particular, hecho que ha generado transformaciones en las comunidades rurales, percibidas en estos tiempos como un fenómeno complejo y diverso que requiere de nuevas interpretaciones por parte de la sociología rural.¹⁶

La participación ciudadana también es un elemento básico para el trabajo comunitario de enfermería y del desarrollo comunitario donde los pobladores son consultados e informados de las intervenciones sociales a ejecutarse.¹⁷

La promoción de la salud; dimensión coherente con el trabajo comunitario y función del profesional de enfermería comunitaria se define como "un proceso de capacitación de la población para que incremente su control sobre su salud y de esta forma la mejore".¹⁸

En todos estos conceptos hay coincidencia en los fines del desarrollo comunitario y en sus principales características: participativo, educativo, técnico, unitario, de liderazgo y en el accionar de los niveles micro y macro social.

La definición que más se adecua al contenido de este estudio y a la realidad cubana actual, es la que considera que el desarrollo de la comunidad se define por las siguientes características básicas: Es una técnica o práctica social, que se apoya en el conocimiento científico de lo social; su objetivo fundamental se dirige a la promoción del hombre, movilizándolo recursos humanos e institucionales, mediante la participación activa y democrática de la población en el estudio, programación y ejecución de los diferentes programas comunitarios; no es una acción sobre la comunidad, sino una acción de la comunidad, donde la población toma decisiones y asume sus consecuencias.¹⁹

El trabajo comunitario de enfermería plantea como premisa fundamental que el ser humano está situado en el espacio natural y social que ejercen sobre él una influencia determinante durante toda su vida y en el tiempo que lo provee, de un pasado histórico que lo enriquece y le proporciona una identidad, además su sentido de futuro donde se plasman anhelos, proyecciones y aspiraciones, desarrollando así un sentido de pertenencia e identidad.

Esta dimensión sociocultural es significativa para el estudio del trabajo comunitario sobre todo para distinguir las creencias, costumbres y tradiciones que orientan a la vida cotidiana de la población; y sin embargo, es evidente la insuficiencia de marcos

referenciales y metodológicos que apoyen de forma real la intervención de los profesionales en las comunidades teniendo en cuenta estos elementos de la cultura.²⁰ Otro aspecto a considerar para mayor efectividad del trabajo comunitario de enfermería es la capacidad de liderazgo de sus profesionales. El liderazgo debe ser concebido como el arte de influir en la gente para que trabaje con entusiasmo e inspiración en el logro de los objetivos y metas que han decidido alcanzar. La influencia, como la capacidad de lograr que los seguidores hagan lo que se espera que hagan. Esta influencia también se logra a través del ejercicio de la autoridad, como capacidad de conseguir que la gente haga voluntariamente lo que esperas que haga debido a tu influencia personal. El entusiasmo, como fuerza de inspiración, distintiva del liderazgo.²¹

El médico y el profesional de enfermería que laboran en la comunidad forman parte del grupo básico de trabajo, sin embargo, los autores justifican el protagonismo del profesional de enfermería en la investigación por considerar que es quien mayor contacto establece con los pobladores, en cierta medida conoce la historia de la comunidad, su estructura organizativa, sus aspectos geográficos y sociales, sus inquietudes y necesidades, tanto en el consultorio como durante el trabajo de terreno.

Los profesionales de enfermería establecen los primeros vínculos con los habitantes de la comunidad reconocidos por los mismos como informantes claves; estos vínculos permiten generar condiciones de confianza y compromiso necesarios para la puesta en marcha de cualquier proyecto conjunto. En las condiciones actuales, las transformaciones del sector han elevado el protagonismo de los profesionales de enfermería, los cuales ocupan cargos de dirección a todos los niveles y han demostrado su capacidad y eficiencia en la conducción de programas tanto urbanos como rurales.

El presente trabajo tiene el propósito de realizar un estudio cuali-cuantitativo en la Comunidad Rural "El León" de la provincia de Camagüey con el objetivo de describir las características sociales y de salud de esta población, conjuntamente con profesionales de enfermería comunitaria. Se utilizó el método etnográfico y la evaluación del Análisis de la Situación de Salud en el periodo 2010-2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

La comunidad rural "El León" pertenece al distrito de salud Ignacio Agramonte del área de salud del policlínico Tula Aguilera (Oeste), con ubicación geográfica: Camino de Palomino Km 12 ½, limitando al norte con la comunidad Algarrobo, al sur con la comunidad Ernesto Lucas, al este con la comunidad Santa Rosa y al oeste con la ciudad de Camagüey.

La comunidad formada por una población de 1017 habitantes, formada por núcleos pequeños y dispersos en cuestión esta basada en la agricultura y la ganadería e impregnada por la cultura campesina en la que se ha desarrollado un modo peculiar de identificación de sus miembros con el espacio geográfico y social.

El trabajo empírico exploratorio denota que esta comunidad carece en general de sentido de pertenencia, se encuentra deteriorada la convivencia familiar por pobreza material y social y existe un incremento de las demandas de los servicios de la tercera edad, lo que ha traído como consecuencia que la inserción de los servicios de salud comunitarios haya presentado dificultades para su ejecución.

Debido a esta situación psicosocial que la distingue del resto de otras comunidades rurales surge la motivación de esta investigación con el objetivo de describir las características sociales y del estado de salud de la comunidad rural "El León" en el periodo 2010- 2015, a través de un diagnóstico etnográfico y la valoración de los aspectos significativos del Análisis de la Situación de Salud. Se busca no solo el diagnóstico de las características de la comunidad sino profundizar en la identificación de necesidades específicas que justifiquen la implementación de acciones lideradas por el profesional de enfermería, para potenciar el trabajo comunitario buscando cambios sustanciales en la comunidad, lo que permitirá la transformación comunitaria y el desarrollo del asentamiento rural.

Se realizó un estudio etnográfico como método de recopilación descriptivo de datos con una amplia combinación de técnicas y fuentes, de ellas se especifica: grupos focales, entrevistas a profundidad, entrevista estructurada abierta, semiestructurada y la observación participante y dentro del método cuantitativo: entrevista estructurada cerrada, así como los elementos más significativos del Análisis de la Situación de Salud.

Se realizó una triangulación teórica y metodológica; de técnicas, instrumentos y fuentes en correspondencia a la metodología cualitativa y cuantitativa según el momento de la investigación.

Los datos cuantitativos fueron procesados utilizando estadística descriptiva e inferencial. Antes de aplicar los Instrumentos creados se procedió a realizar su validación mediante criterios de expertos. Para ello se utilizó un método colorimétrico diseñado por el Dr. François Régnier, llamado Ábaco de Régnier.²² Este es un método original de consulta a expertos, cuyo propósito es interrogarlos y tratar sus respuestas a partir de una escala de colores.

Este método ha sido empleado en varias esferas del saber, al igual que en muchas otras investigaciones. En el caso de su vinculación a la aplicación del criterio de expertos, permite obtener respuestas con mayor objetividad y menos viciadas por elementos subjetivos, inherentes a los métodos cualitativos.

Se aplicó para el muestreo el programa EPIDAT, el universo de estudio se conformó por 742 miembros de la comunidad. La determinación de la muestra recomendó utilizar $n=150$, para un 0.02 de error y 95 % de confiabilidad.

Cáncer de próstata con metástasis en el peroné. Presentación de un caso.

Dr. Horacio Suárez Monzón ⁽¹⁾, Ms. C. Rolando Delgado Figueredo, ⁽²⁾ Dr. Santiago Palacio Pérez ⁽³⁾.

¹Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor. ²Máster en Administración.

Profesor Asis- tante ³Especialista I Grado en Urología. Profesor Instructor, Hospital Provincial "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 70 años de edad, que tras haber sufrido un traumatismo en el miembro inferior izquierdo y cumplir con el tratamiento indicado, presentó nuevos signos y síntomas que lo llevaron a acudir a la consulta de Ortopedia y Traumatología. Con los exámenes y tratamiento iniciales no se obtuvo mejoría, por lo que se decidió optar por el tratamiento quirúrgico. Pudo observarse entonces la presencia de una lesión osteolítica de aproximadamente 5 cm de longitud y se tomaron las muestras pertinentes para realizar biopsias del músculo y del hueso, cuyos resultados no llevaron a un diagnóstico definitivo. El resultado de nuevos exámenes requirió de la interconsulta con el Servicio de Urología, para llegar al diagnóstico de adenocarcinoma prostático. La revisión de la literatura nacional e internacional no reportó ningún caso similar; la localización atípica de la metástasis es lo que condujo a la preparación del caso para su conocimiento y difusión, por lo que puede aportar a la experiencia de los profesionales especializados en ortopedia o urología.

Palabras clave: Neoplasias de la próstata; neoplasias primarias desconocidas/ (diag) (compl); Fíbula

ABSTRACT

The case of a 70 years old patient of masculine sex is presented. After having suffered a traumatism in the left inferior limb and having fulfilled the suitable treatment, the patient presented new signs and symptoms that led him to the department of Orthopedics and Traumatology. With the initial exams and treatment no improvement was obtained, thus doctors decided to opt for the surgical treatment. It could be observed the presence of an osteolytic lesion of approximately 5 cm and the pertinent samples were taken to carry out biopsies of the muscle and the bone. Results didn't lead to a definitive diagnosis. The result of new exams required an inter-consult with the Service of Urology, to obtain the diagnosis of prostatic adenocarcinoma. The revision of the national and international literature didn't report any similar case; the atypical localization of the metastasis is what led to the preparation of the case for its

knowledge and diffusion, for what it can contribute to the experience of professionals specialized in orthopedics or urology.

Key words: Prostatic neoplasms; neoplasms unknown primary/ (diag) (compl); Fíbula

INTRODUCCIÓN

Las metástasis óseas constituyen la causa más frecuente de malignidad en el esqueleto. Pueden ser silentes o producir síntomas como dolor, tumefacción, deformidad, compresión de las estructuras vecinas o fracturas patológicas (1). Los tumores que con más frecuencia metastatizan en el hueso son los carcinomas de mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides y vejiga (2,3). También pueden producir metástasis ósea, entre otros, el linfosarcoma y la enfermedad de Hodgkin. La vía de difusión suele ser hemática y la invasión por contigüidad. (4)

Las metástasis óseas del carcinoma prostático pueden contener componentes osteoblásticos y osteolíticos (5). La pelvis ósea y las vértebras lumbares son las estructuras que se afectan con mayor frecuencia, aunque también se pueden producir metástasis en vértebras dorsales, costillas, cráneo y huesos largos. (6)

El carcinoma localizado de próstata es típicamente asintomático (7). En correspondencia con el aumento de la extensión del tumor, aparecen síntomas como: disuria, hematuria, polaquiuria, dificultad para iniciar la micción, pérdida de peso, anemia y dolor óseo secundario a metástasis óseas, siendo este último, en muchas ocasiones, el primer síntoma en aparecer. (8)

El diagnóstico de carcinoma de próstata se realiza habitualmente en estadios avanzados, pues en muchas ocasiones son los síntomas secundarios a metástasis los primeros en aparecer. (9-11)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 70 años, con antecedentes de salud, que al ser atendido en consulta, refirió haber sido agredido por un animal (res) tres meses antes, lo que le produjo trauma a nivel de pierna y tobillo izquierdo. Debido a este incidente, recibió las primeras atenciones en el en su área de salud, donde se le diagnosticó contusión severa; además, se le indicó tratamiento médico (antiinflamatorio y analgésico) durante 1 mes. Sin embargo, aparecieron otras complicaciones: fiebre (más de 38 grados Celsius) y cambio de coloración del miembro afectado; por ello, el paciente acudió al Centro Provincial de Emergencia Médica (CEPEM) del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la provincia de Cienfuegos, en agosto de 2004.

Se le indicó radiografía del miembro afectado, así como estudio hematológico, cuyos resultados fueron: hemoglobina: 840 g/l; leucograma: 14 x 10 g/l.

El examen radiológico reportó un aumento difuso de la densidad ósea y zonas con osteolisis a nivel del peroné (Figura 1).



Figura 1. Aumento difuso de la densidad ósea y zonas con osteolisis a nivel del peroné.

Esto, acompañado de la disminución de la hemoglobina y el aumento de los leucocitos, se interpretó como un proceso séptico y/o oncoproliferativo, por lo que se decidió su ingreso para tratamiento antibiótico parenteral y otros estudios.

Se mantuvo con tratamiento durante 7 días y al no producirse una regresión total de su lesión, se decidió llevar a cabo el tratamiento quirúrgico, que consistió en hacer una incisión en el miembro afectado. Pudo observarse la presencia de pus, del cual se tomaron muestras para cultivo; así como cambio de coloración muscular, por lo que también se tomó una muestra del músculo para biopsia. Al llegar al tejido óseo, en la parte externa del peroné, se constató la presencia de una lesión osteolítica de aproximadamente 5 cm de longitud, la cual fue legrada, y de la que se tomó muestra para biopsia ósea.

Se dejó drenaje por contravectura, con puntos de afrontamiento de la piel. El tratamiento descrito produjo mejoría.

A los 10 días se recibió el resultado de las biopsias. La muestra bacteriológica determinó un estafilococo áureo, la biopsia de músculo, un proceso inflamatorio difuso y la biopsia ósea evidenció la metástasis ósea de un adenocarcinoma pobremente diferenciado (Figura 2).



Figura 2. Aumento difuso de la densidad ósea y partes blandas a nivel del peroné en miembro inferior izquierdo después del acto quirúrgico.

En el ultrasonido abdominal no se encontraron lesiones en hígado, riñón y bazo. Pero el ultrasonido de próstata mostró un aumento difuso de la glándula. En los exámenes complementarios, pudo constatarse la presencia de anemia normocítica normocrómica, aumento de la fosfatasa alcalina y del antígeno prostático específico (PSA). Antes dichos hallazgos era necesaria la interconsulta con el Servicio de Urología y se realizaron entonces estudios específicos (ultrasonido

transrectal y biopsias) los que confirmaron el diagnóstico de adenocarcinoma prostático.

Se prescribió un tratamiento específico para este tipo de tumor (terapia antiandrogénica) y se siguió la evolución del paciente, citándolo a consulta con una frecuencia trimestral. Mediante las radiografías realizadas periódicamente, se comprobó la estabilidad en la evolución de la lesión, por la presencia de áreas de regeneración parcial (Figura 3).



Figura 3. Formación de zonas osteoblásticas en la periferia del tumor y relleno completo de la cavidad quirúrgica en el peroné, un año después de la intervención quirúrgica.

En abril de 2005 se decidió realizar la orquidectomía bilateral del paciente, comprobándose una evolución satisfactoria, sin recidiva ósea ni trastornos urinarios

Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor

Revista Cubana de Medicina General Integral

versión On-line ISSN 1561-3038

Rev Cubana Med Gen Integr vol.31 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2015

Dra. C. Patricia María Herrera Santí; Lic. Nayeli Martínez García; MSc. Cristobalina Navarrete Ribalta
Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el incremento de la población longeva impone un reto al sistema de salud: identificar factores que contribuyan a incrementar la calidad de vida de este grupo etario.

Objetivos: mostrar los resultados de una estrategia de intervención para mejorar los niveles de calidad de vida, en adultos mayores.

Métodos: investigación con diseño prospectivo longitudinal y métodos cualitativos y de investigación acción en una muestra de 20 adultos mayores de un universo de 36 que asistieron al Taller de Transformación Integral, en Alamar, Municipio Habana del Este, de septiembre 2009 a enero del 2010.

Resultados: se elevaron los niveles de calidad de vida en la mayoría de los adultos mayores estudiados, así como cambios importantes y favorables en la autoestima y en los estilos de vida con riesgo para la salud.

Conclusiones: se mostró la eficacia del programa de intervención y su factibilidad.

Palabras clave: adulto mayor; calidad de vida; autoestima; estilos de vida; intervención comunitaria; intervención comunitaria.

ABSTRACT

Introduction: The growing of aging population poses a challenge to the health system: identifying factors that contribute to increasing the quality of life for this age group.

Objectives: Show the results of an intervention strategy for improving levels of quality of life in older adults.

Methods: A prospective longitudinal research was conducted in a sample of 20 elderly in a universe of 36 who attended the Comprehensive Workshop on Transformation in Alamar, Habana del Este Municipality from September 2009 to January 2010.

Results: The levels of quality of life are elevated in most elderly studied, as well as important and positive self-esteem and lifestyle with health risk changes.

Conclusions: The effectiveness of the intervention program and its feasibility was shown.

Keywords: elderly; quality of life; self-esteem; lifestyles; community involvement; community intervention.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas demográficos actuales de mayor relevancia, tanto mundial como nacionalmente, es el envejecimiento poblacional. Es una realidad visible que impone retos al sistema de salud y que nos hace encaminar nuestro trabajo a identificar y trabajar con aquellos factores que posibiliten agregar más calidad de vida a estas personas que se encuentran en la tercera edad, etapa donde se hacen de por sí más vulnerables.

La calidad de la vida es un tema de mucha contemporaneidad y de gran interés y trascendencia para el hombre actual y futuro. Es un tema de investigación en el ámbito mundial, abordado desde los más variados enfoques y modelos teóricos existentes.^{1,2} La calidad de vida se define, en términos generales, como el bienestar, la felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a este cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.³ Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.⁴ Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.⁵ Este concepto aplicado a los adultos mayores es relativamente reciente y fue tomando importancia en las últimas décadas del Siglo XX, paralelamente al aumento de la esperanza de vida lograda.⁶

No se puede negar la importancia de aspectos como la funcionalidad física y los problemas de salud en la calidad de vida del adulto mayor;^{7,8} sin embargo, también son de gran importancia otros aspectos psicológicos que influyen en la misma, como la autoestima, teniendo en cuenta que una autoestima adecuada y un concepto positivo de sí mismo, potencia la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumenta su nivel de seguridad personal;⁹ y los estilos de vida, los cuales dependen de los hábitos, las percepciones de riesgo, costumbres, conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas. La adopción de un estilo de vida saludable tiene gran influencia en la calidad de vida y longevidad del ser humano.

La prioridad del estado cubano por la salud y bienestar de todos^{10,11} hace pertinente el desarrollo de intervenciones en aras de mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional por lo que se decidió la realización de este proyecto con el objetivo de crear un espacio en el cual los adultos mayores aprendan, se desarrollen, creen nuevas

relaciones sociales, dada la demostrada importancia de estas en la calidad de vida,¹² y se sientan motivados al llegar a esta edad, evitando que caigan en la ausencia de actividades que presenta por lo general el adulto mayor y en la carencia de expectativas que trae consigo la jubilación.¹³

Con esta intervención no solo se mejoraría la calidad de vida de un grupo de personas de la tercera edad, sino que también podría utilizarse este programa de intervención como una técnica validada en la comunidad e introducirse en las diferentes áreas de salud, casas comunitarias y casas de abuelos, lo que potencia el trabajo promocional en la problemática del envejecimiento poblacional y favorece la calidad de vida en estas edades, lo cual constituye uno de los principales retos para nuestro sistema de salud.

El objetivo de este estudio fue diseñar y evaluar una estrategia de intervención dirigida a la modificación del estilo de vida, la autoestima y la calidad de vida de los adultos mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación con un diseño prospectivo longitudinal, con métodos cualitativos y de investigación-acción en Alamar, municipio Habana del Este, de septiembre del 2009 a enero del 2010.

La muestra fue seleccionada de manera intencionada, no probabilística, siguiendo criterios de inclusión exclusión y quedó constituida por 20 adultos mayores de un universo de 36 que asistieron al Taller de Transformación Integral en el Barrio de la zona 1 de Alamar, después de lanzada una convocatoria especial para todos los interesados en participar en el programa. Se tomaron como criterios de inclusión: presentar un envejecimiento psicológico normal o sea, no tener trastornos psiquiátricos o afectación evidente de los procesos psíquicos visibles a la observación y estar de acuerdo en participar en la investigación. Como criterio de salida de la investigación, se consideró el no cumplir con más del 90 % de asistencia a las sesiones programadas.

El proceso de la investigación-acción contó con tres momentos:

Primer Momento: Evaluación inicial de las variables estudiadas de la siguiente manera:

Calidad de Vida: se evaluó con la prueba "Escala MGH de calidad de vida en el adulto mayor" elaborada y validada en Cuba, en el 2000, por los autores: Miriam Álvarez Pérez, Gema Quintero Danau y Héctor Bayarre (anexo 1). La prueba evalúa la calidad de vida a partir de tres dimensiones: Salud, Condiciones socio económicas y Satisfacción con la vida. Su calificación es cuantitativa y da como criterios de salida los siguientes:

Alta: de 119 a 134 puntos

Media: de 111 a 118 puntos

Baja: de 95 a 110 puntos

Muy baja: de 34 a 94 puntos

Autoestima: se evaluó con la prueba "Escala de Autoestima de Coopersmith" (anexo 2). Consiste en una Escala likert conformada por 25 ítems, donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa, permitiendo evaluar de manera cuantitativa la autoestima según los siguientes criterios:

Significativamente Alta: de 23 - 25 puntos

Media alta: de 17 - 22 puntos

Media: de 15 - 16 puntos

Media Baja: de 10 - 14 puntos

Significativamente baja: de 0 - 9 puntos

Estilo de Vida: cuestionario elaborado y validado en 2002 por González BI (anexo 3), el cual evalúa 7 áreas: condiciones físicas, hábitos alimentarios, hábitos tóxicos, sexualidad, autocuidado y cuidado médico, tiempo libre y estado emocionales. Su calificación es también cuantitativa y posibilita un diagnóstico de los estilos de vida de la siguiente manera.

Saludable: puntuación de (+32) a (+ 26)

Con riesgo: puntuación de (+ 25) a (+18)

Poco saludable: puntuación de (+17) a (0)

Nada saludable: puntuación de (-1) a (-32)

Segundo Momento: Estrategia de Intervención

Se realizó una intervención educativa con diversos tipos de actividades que se relacionan a continuación.

1- Ejercicios de preparación física general, de bajo impacto, con poca o mínima intensidad, para mejorar el estado físico del adulto mayor.

2- Ejercicios de relajación. Método abreviado de relajación de Shutz y ejercicios respiratorios.

3- Dinámicas grupales para modificación de actitudes y debate de aspectos relacionados con autoestima, calidad de vida, estilos de vida.

4- Bailoterapia: utilizando música para bailar con el objetivo de crear un ambiente alegre y relajado y ayudar a la desinhibición grupal.

5- Técnica el buen consejo, en la cual los participantes deberán poner en papelitos una frase alentadora o algo positivo de la sesión y se leerán al final. Facilita la formación de habilidades en comunicación positiva.

6- Charlas educativas: incrementar conocimientos sobre estilos de vida saludables, características de la autovaloración adecuada, importancia del adulto mayor en la familia y la sociedad, y otros que favorezcan modificación de la autoestima, del estilo de vida y la calidad de vida.

7- Automasajes: favorece la activación de la circulación sanguínea y el alivio de dolores y tensiones musculares, consiste en frotar las manos y masajear desde los hombros hacia la nuca suavemente. Luego por todo el cuero cabelludo y masajear la frente presionando con el dedo del medio el punto medio entre las cejas, frotar las manos y

colocarlas en sus rodillas deslizándose suavemente hacia los tobillos y luego subir lentamente hacia las rodillas.

El proceso de intervención contó de 12 sesiones de 2 horas de duración, con una frecuencia semanal.

Tercer Momento: Reevaluación de las variables estudiadas inicialmente

Una vez concluido el proceso de intervención. Se realizó esta reevaluación con los mismos instrumentos aplicados inabsolutas y relativas.

Inicialmente y que fueron explicados en el momento 1.

Para el análisis de los resultados se utilizaron técnicas de la estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas.

2. Lea el Resumen del siguiente artículo y diga:

- a) Clasifique la investigación
- b)Cuál es el objetivo del estudio
- c)Cuál fue la muestra seleccionada

The cinema as a tool in teaching Psychiatry

Pablo Hernández Figaredo, I Frankel Peña García

I. Doctor en Psiquiatría, Especialista de Primer y Segundo Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar, Máster en Psiquiatría Social. Universidad de Ciencias Médicas, Vice-Decanato de la Facultad de Medicina. Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70 700. Camagüey. Cuba. pاهر@finlay.cmw.sld.cu.

II. Doctor en Medicina. Universidad de Ciencias Médicas. Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70 700. Camagüey. Cuba. francoaleman2000@yahoo.es.

ABSTRACT

A qualitative research was carried out in three sub-groups of medical students at Carlos J. Finlay University in order to test the usefulness of films as a teaching aid for the 5th year subject of Psychiatry. The sample was composed of 43 students, both male and female, from different nationalities whose individual interviews were recorded in order to analyze personal criteria after watching a series of movies previously chosen since the plot deals with serious mental disorders. These were screened once a week. Their subject matter coincided with the objectives set according to the class content, always after the introductory lecture and workshop class, and before the corresponding seminar. The most outstanding results show that all students expressed positive views with regard to the activity, and suggested to maintain this initiative in the rest of Psychiatry rotations. All of them considered that this activity allowed them to enrich their general culture. Most expressed that it was easy for them to identify symptoms, syndromes and causal situations used in films and that there is a close relationship

between the weekly contents and selected films. In addition some suggestions regarding the activity were collected. Taking into account the obtained results, the use of cinema as a teaching aid in Psychiatry can be considered as very positive in the studied group.

Keywords: psychiatry, medical education, cinema.

3. Seleccione la respuesta correcta:

a. Diseño etnográfico.

_____ Es el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. Intenta describir e interpretar, las actividades creencias o procesos cotidianos desde la perspectiva de los miembros del grupo.

_____ Este método pretende realizar un análisis y comprensión de la realidad social para transformarla en beneficio de los propios individuos de una comunidad o grupo. Combina la investigación social, el trabajo educativo y la acción.

_____ Es un diseño que tiene una dinámica participativa e innovadora en el cual el diálogo entre el investigador y la comunidad es una herramienta vital.

b. Fenomenológico

_____ A través de este método se pretende mostrar el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia.

_____ Su papel fundamental es fortalecer la toma de conciencia en la gente sobre sus propias habilidades y recursos, así como su apoyo para movilizarse y organizarse.

_____ Es la investigación sistemática de la subjetividad. Intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando.

c. Investigación acción

_____ Es una metodología para describir estudios de culturas y personas. Las personas bajo investigación tienen algo en común: geografía, religión, tribu.

_____ En este tipo de investigación el investigador debe adecuarse a la forma de hablar y la asignación del conocimiento del informante, sin imponer condiciones preconcebidas en la interacción.

_____ Se concibe una participación orgánica, constante, creciente, y auténticamente representativa. Los mismos interesados jerarquizan sus problemas y desarrollan acciones para resolverlos.

d. Teoría fundamentada

_____ Estudia los fenómenos a profundidad, sin llegar a una teoría para desarrollar o confirmar las explicaciones del cómo y por qué de los fenómenos

_____ La característica principal de esta investigación es el desarrollo de una nueva teoría a partir de la recolección y análisis de datos sobre un fenómeno.

_____ Es muy importante de este tipo de investigación cualitativa los estudios sobre la percepción de riesgos para una enfermedad en una comunidad.

e. Estudio de casos

_____ Es un estudio riguroso, sistemático donde los participantes tienen la titularidad crítico-reflexiva del proceso y los resultados.

_____ Es una propuesta metodológica que permite resolverlos problemas diarios inmediatos, con actividades grupales, críticas y transformadoras.

_____ Es un método para explorar fenómenos en su contexto, cómo un examen completo o intenso de una faceta o cuestión. Su objetivo real es la particularización, no la generalización.

4. Enlace la columna A con los elementos de la columna B

Columna A	Columna B
1- Fenomenológico	___ Carácter transformador, acción participativa que conduce al cambio social de un grupo de individuos.
2- Estudio de casos	___ Conocer significados que los sujetos dan a una experiencia, trata de ver las cosas desde el punto de vista de los otros.
3- Investigación- Acción	___ A partir de la recolección de datos se genera una nueva teoría basada en la información obtenida.
4- Estudio de casos	___ Utiliza cualquier método de recolección de datos para lograr los máximos detalles de lo estudiado, no es similar a otros por lo que no se pueden generalizar los resultados
5- Fenomenológico	___ Informa sobre costumbres, modos de vida, cultura ,líderes, alimentación de un grupo de personas

5. Identifique el tipo de investigación (cuantitativa, cualitativa, cuanti-cualitativa) según la naturaleza de la información que se brinda a partir de un problema científico que se quiere responder

a) Se utilizó el muestreo probabilístico y se aplicó un cuestionario, cuyas variables se plasmaron en una base de datos para resumir y graficar la información.

b) Aunque existen múltiples diseños, cualquier diseño suele ser único y no puede ser repetido con exactitud, lo que significa que carece de la capacidad de ser copiado. _____

- c) Se comparan los niveles de hemoglobina de los lactantes de dos municipios diferentes con medida de tendencia central y posteriormente se realizó un grupo focal. _____.
- d) Se analizaron las tasas de mortalidad por suicidio en las provincias de Cuba y la razón hombre mujer en cada provincia. _____
- e) Se aplicó un cuestionario para conocer el riesgo de infarto del miocardio, el cuestionario solo recoge variables cualitativas dicotómicas.

- f) En una investigación sobre uso de drogas en jóvenes y adolescentes se aplicó un grupo focal y la técnica de entrevista a profundidad a partir del muestro en bola de nieve. _____.
- g) Para conocerla efectividad de un microbicida vaginal se calculó que las mujeres que usan el microbicida tiene una menor probabilidad de enfermarse que las que no usan. Los investigadores además entrevistaron a profundidad a las mujeres, a sus parejas. _____.

6. Complete los espacios en blanco

- a. El cuestionario como instrumento apoya a la _____ como método de investigación.
- b. La _____ constituye un método de investigación para obtener información.
- c. Para delimitar el problema y redactar nuestra introducción es indispensable la _____.
- d. El informe final de una investigación, entre sus aspectos, contempla: _____, _____, y _____ entre otros
- e. El _____ puede ser estructurado o no estructurado.
- f. Toda insuficiencia que requiere del método científico para darle solución se denomina _____
- g. _____ constituye una etapa del método científico
- h. Hasta 250 palabras el _____ contempla introducción, objetivo, diseño metodológico y resultados
- i. _____ constituye la primera etapa del método científico.
- j. La _____ es indispensable para el planteamiento del problema y la introducción del informe final
- k. Se dice del _____ que constituye la guía de la investigación
- l. En una investigación un método, técnica o procedimiento para la obtención de la información es: _____

7. Enlace la columna A con la columna B

1- Casos y controles	_____ Es un diseño observacional analítico en el cual los sujetos son seleccionados sobre la base de la presencia o no de una enfermedad buscando factores de riesgo o características de interés.
2- Experimental	_____ Su finalidad es valorar en personas sanas la relación entre el factor en estudio y la aparición de la enfermedad comparando ambos grupos
3- Descriptivo transversal	_____ Estos que describen características del grupo de elementos estudiados, sin realizar comparaciones con otros grupos y se miden las variables de forma simultánea en un momento dado.
4- Cohorte	_____ Estudio para comparar grupos de pacientes o personas sanas seleccionadas aleatoriamente que difieren solo en el tratamiento, procedimiento o tecnología que están siendo evaluados
5- Descriptivo longitudinal	_____ Estudios que describen características del grupo de elementos y se miden las variables a largo de un tiempo que puede ser continuo o periódico
	_____ Estudios que incursionan en una temática poco conocida.

8. Valore las siguientes Referencias Bibliográficas. Haga una propuesta en caso que usted considere que le falten elementos según el estilo Vancouver:

1. Therapeutic radiopharmaceutical Guidelines Group. Radiopharmaceuticals for the palliation of painful bone metastases [Monografía en Internet].
2. Toronto (ON): Cancer Care Ontario (CCO); 2004 [Citado: 8 de julio de 2006]. 36 pp. Disponible en: <http://www.guideline.gov/summary>.
3. Fuentes M. Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Sanitaria. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T, editores. Perspectiva de género en salud. Madrid: Minerva; 2001.
4. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/pregnancy>.
5. Knittle KP, De Gucht V, Hurkmans EJ, Vliet TP, Peeters AJ, Karel H, Stan R. Self-Efficacy and Physical Activity Goal Achievement Predict Arthritis Pain and Quality of Life Among Patients with Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care and Research. En: Al día: Noticias de Salud. 25 Ago 2011 [citado 16 Dic 2012] Disponible en: <http://aldia.sld.cu/aldia/?s=Actividad>

6. Microbiología clínica en la infección vaginal. Apuntes para el manejo de la infección vaginal [sitio en Internet]. [citado 4 Dic 2008]. Disponible en: <http://www.microbiologiadinica.com/vaginal.htm>.
7. National Institute of Child Health and Human Development. ¿Qué es la vaginitis? [sitio en Internet]. 2004 [citado 4 Dic 2008]. Disponible en: <http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/vagtoc.htm>.
8. Actividad sexual y parto pretérmino. En: Colectivo de autores, editores. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p.96-7.
9. García, M., & Madriaza, P.(2005a). Lineamientos para la intervención en violencia escolar en Chile. *Revista Persona y Sociedad*, 19(1), 135-154.
10. Debarbieux, E.(1996). *La violence en Milieu Scolaire. 1. État des Lieux*. Paris: ESF. Defensor del Pueblo.(1999).
11. *Informe del Defensor del Pueblo sobre Violencia Escolar*. Madrid: Autor. Dubet, F., & Martuccelli, D.(1998).
12. *En la escuela: sociología de la experiencia escolar*. Buenos Aires: Losada. García, M., & Madriaza, P. (2004).
13. Clamores juveniles y su relación con la violencia escolar: conflicto y aspiración por recrear un orden social. *Revista Persona y Sociedad*, 18(1), 31-50.
14. García, M., & Madriaza, P.(2005b). Sentido y propósito de la violencia escolar. Análisis estructural del discurso de estudiantes agresivos del nivel socio económico alto. *Revista de Psicología*, 14(1), 41-60.
15. García, M., & Madriaza, P.(2005c). Sentido y sin sentido de la violencia escolar. Análisis cualitativo del discurso de estudiantes chilenos. *Psyche*, 14(1), 165-180.
16. García, M., & Madriaza, P. (2005d). La imagen herida y el drama del reconocimiento. Estudio cualitativo de los determinantes del cambio de la violencia escolar en Chile. *Revista Estudios Pedagógicos*, 31(2), 27-41.