

# WAXAPA

Año 7. Número 13. Julio-Diciembre 2015



Revista del Área Académica de Ciencias de la Salud.  
Universidad Autónoma de Nayarit.

# WAXAPA

---

**WAXAPA**, Año 7, No. 13, Jul-Dic 2015, Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura “Amado Nervo”, Tepic, Nayarit, México. C.P. 63155. Correo electrónico: [revistawaxapauan@uan.edu.mx](mailto:revistawaxapauan@uan.edu.mx), Director/Editor Dr. en C. Rogelio A Fernández Argüelles. Número de reserva de derechos al uso exclusivo 04-2014-032713273800-102 otorgada por el INDAUTOR. ISSN 2007-0950. Impresa en el Taller de Artes Gráficas de la UAN. Ciudad de la Cultura “Amado Nervo” C.P. 63190. Tepic, Nayarit, México.

Los contenidos firmados son responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes, siempre y cuando se cite la fuente y no sea con fines de lucro.

---

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

## Comité Editorial

### Presidente

**CP. Juan López Salazar**

Rector

### Vocales

**Dr. Cecilio Oswaldo Flores Soto**

Secretario General

**Mtro. Jorge Ignacio Peña González**

Secretario de Docencia

**Lic. José Ricardo Chávez González**

Secretario de Educación Media Superior

**Dr. Rubén Bugarín Montoya**

Secretario de Investigación y Posgrado

**Ing. Arturo Sánchez Valdés**

Secretario de Servicios Académicos

**CP. Marcela Luna López**

Secretaria de Finanzas y Administración

**Lic. Edgar Raymundo González Sandoval**

Secretario de Vinculación y Extensión

**MC. María Raquel Moya García**

Coordinadora del Área de Ciencias de la Salud

**Sara Bertha Lara Castañeda**

Dirección Editorial

# WAXAPA

---

## Comité Editorial

**María A. Arbesú (Cuba)**  
**Esperanza Barrera (México)**  
**Germán E. Berrios (Perú)**  
**Helena L. Coelho (Brasil)**  
**Jaime de las Heras (España)**  
**Núria Homedes (EEUU)**  
**Enrique E. Huitzil (México)**  
**Álvaro Margolis (Uruguay)**  
**María de J. Medina (México)**  
**Julián Pérez (Cuba)**  
**Ma. Esther Vaillard (México)**  
**Carlos A. Viesca (México)**

## Directorio Revista

**Rogelio A. Fernández**  
Director/Editor

**Martha E. Cancino**  
Editora Ejecutiva

**Karla Olivares**  
Coeditora

**Edwin E. Contreras**  
Asistente de Edición

## Editores Asociados

**Alfredo Díaz**  
Historia y Filosofía de la Salud

**Carlos S. Ron**  
Clínica, Terapéutica y Farmacología

**Saúl H. Aguilar**  
Salud Pública y Sistemas de Salud

**Norberto Vibanco**  
Biomedicina

**Jaime F. Gutiérrez**  
Educación en Salud

# EDITORIAL

A mediados del pasado siglo tuvo lugar uno de los inventos tecnológicos que han impactado todas las esferas de la humanidad y han modificado y definido los estilos de vida; se trata de la aparición de las primeras computadoras, las cuales se desarrollaron de manera muy rápida, creando la necesidad de una nueva ciencia: la Informática,.



Entre las aristas de la existencia humana que se han visto influidas, determinadas o beneficiadas por esta joven ciencia no podía quedar excluida la salud del individuo y de la colectividad. Su inserción en cada una de sus áreas, ha dado origen a términos propios como Informática Médica y eSalud (eHealth), entre otros, que explican su alcance y campos de acción.

En el contexto mexicano, la Informática Médica es definida por la Asociación Mexicana de Informática Médica (AMIM) como “la aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación dentro del Sector Salud, desde procesos de gestión hasta herramientas de diagnóstico asistido de forma remota”<sup>4</sup>.

Existen otros términos de carácter global que la Informática Médica y la eSalud han logrado incorporar de manera satisfactoria y que son una de sus fortalezas. Por citar algunos a los que la OPS12 hace referencia:

eLearning (incluida la formación o aprendizaje a distancia): consiste en la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación al aprendizaje.

Educación continua en tecnologías de la información y la comunicación: desarrollo de cursos o programas de salud profesionales que facilitan habilidades en tecnologías de la información y la comunicación de aplicación en la salud. Estos incluyen la publicación electrónica, el acceso abierto, la alfabetización digital y el uso de las redes sociales.

Estandarización e interoperabilidad: hace referencia a la comunicación entre diferentes tecnologías y aplicaciones de software para el intercambio y uso de datos en forma eficaz, precisa y sólida. Esto requiere del uso de estándares o definiciones con especificaciones técnicas para hacer viable la gestión integrada de los sistemas de salud en todos los niveles. La interoperabilidad es de vital importancia para la comunicación dentro del sistema, porque permitiría el uso de cualquier dispositivo o del recurso que se disponga.

La inserción de la informática en los planes de estudio de las carreras universitarias del área de la salud no es asunto de contemporaneidad, debe ser una respuesta a la demanda social de profesionales educados para brindar servicios de la más alta calidad.

# CONTENIDO

Página

---

## ***Artículos Originales***

- 1 Consumo de alcohol y su significado: perspectiva de la mujer adolescente.
- 11 Enfermedad médica: una mirada hacia el bien mercantil en salud
- 20 Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993.

## ***Comunicaciones Breves***

- 31 Secreto médico: ¿informar o callar?
- 35 Uso del placebo en el paciente hipocondriaco: implicaciones éticas.
- 39 Cáncer de mama en el hombre y factores socioculturales
- 43 Instrucciones para los autores

## Consumo de alcohol y su significado: perspectiva de la mujer adolescente.

Ana Gabriela Ruiz Peñaloza<sup>1</sup>, Verónica Margarita Hernández Rodríguez<sup>2</sup>, Alicia Álvarez Aguirre<sup>2</sup>.

---

---

### Resumen

**Antecedentes:** El consumo de bebidas alcohólicas por mujeres se ha elevado. **Objetivo:** Describir el significado que otorga la mujer adolescente al consumo de alcohol. **Métodos:** Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico y alcance descriptivo realizado en dos escuelas secundarias. Se estudiaron 41 adolescentes, seleccionados por conveniencia. Los datos se obtuvieron a través de la pregunta generadora planteada en grupos focales. La información se analizó con técnica de análisis de contenido para detectar las categorías que originan el significado del consumo de alcohol. **Resultados:** Se detectan dos categorías para el análisis: contexto familiar (problemas familiares derivados y comunicación inefectiva) e influencia del medio ambiente (curiosidad, influencia de pares y empoderamiento). **Conclusiones:** Las intervenciones para mejorar el alcoholismo en mujeres deben tener a la familia y al medio ambiente como aspectos a transformar. **Palabras clave:** Consumo de alcohol, mujer adolescente.

### Abstrac

**Background:** The consumption of alcoholic beverages by women has increased in the country. **Objective:** Describe the meaning that give adolescent women to alcohol consumption. **Methods:** Qualitative research with phenomenological approach and descriptive scope conducted in two high schools, private schools and other public. The study group was formed by 41 adolescents, convenience sample. Data collection was obtained through generating question raised in focus groups. The information was analyzed with content analysis technique to detect the categories that originate the meaning of alcohol consumption in women. **Results:** Two categories for analysis are detected: family context (derived family problems and ineffective communication) and environmental influences (curiosity, peer influence and empowerment). **Conclusions:** Interventions to improve alcoholism in women should have family and environment as issues to transform. **Keywords:** Alcohol, adolescent women.

---

(1) Estudiante de la licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.  
(1) Docente de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

**Fecha de recepción:** Enero de 2015. **Fecha de aceptación:** Octubre de 2015.

Correspondencia: Verónica Margarita Hernández Rodríguez  
Misión de San Rafael N°13. Col. Las Misiones. C.P.76030  
Correo Electronico: covetojo@yahoo.com

## Introducción

Diversas investigaciones han planteado el consumo de alcohol como problema de salud pública, debido a que se relaciona directamente con la estadística de muertes prevenibles (un millón de jóvenes mueren cada año)<sup>1</sup>. En el continente Americano, México ocupa el tercer lugar, con un 85.9% (más de 32 millones) del total de la población entre los 12 y 65 años, de estos 19.1 millones son hombres y 13.3 son mujeres<sup>2</sup>, ubicando los mayores índices en la Zona Centro Occidente (Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato, Coahuila, Chihuahua y Durango) del país<sup>3,4</sup>. Con respecto al género, del 2002 al 2011 se registra un aumento en los hombres de 8.3% a 10.8%; y en las mujeres se triplicó al pasar de 0.6% a 1.8%<sup>5</sup>; en los años setenta por cada 10 hombres una mujer bebía, en los ochentas tres de cada 10, en los noventas cinco de cada 10 y para el 2000 cinco de cada ocho<sup>6</sup>.

En el caso particular del estado de Querétaro los Centros de Integración Juvenil [CIJ] atendieron 18,070, de estos 5,835 fueron por alcohol como droga de inicio, 86.2% hombres y 13.8 mujeres, 32.1% tenía entre 5 y 14 años de edad, y 26.5% entre 15 y 19. Casi la mitad (47.6%) iniciaron el uso del alcohol entre la edad de 15 a 19 años; 51.8% reportaron uso semanal y 26.0% reportaron una frecuencia de uso entre 1 a 3 veces por mes<sup>7</sup>.

A este respecto y a sabiendas que la etapa adolescente es un periodo evolutivo en el que se generan procesos de maduración (biológica, psíquica y social)<sup>8</sup>, y en el que

se busca la autonomía e individualidad<sup>9</sup>, el adolescente tiende a vivir, como parte natural de su crecimiento, situaciones que le da la sensación de ser adultos, esto, sumado a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas y estilos de vida modernos, los hace propensos a adquirir conductas de riesgo, entendiendo a estas, como: acciones activas o pasivas que involucran peligro para el bienestar y que acarrearán directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo<sup>10</sup>.

En este sentido los factores de riesgo engloban las características personales, el contexto social y ambiental que incrementan la posibilidad del uso y abuso de sustancias; en tanto que los protectores inhiben, reducen o atenúan dicha probabilidad<sup>11</sup>. En la adolescencia se detectan comportamientos inadecuados como: el consumo de alcohol, tabaco u/ otras drogas, que inician con un consumo esporádico, hasta hacerse un hábito o una dependencia y así acarrear o caen en la delincuencia, deserción escolar y el inicio de vida sexual activa a edad temprana<sup>10</sup>.

De esta forma se plantea que este consumo de drogas se vincula con el proceso propio de crecimiento: la exploración de experiencias nuevas, la autoafirmación y el contacto con personas fuera del ámbito familiar, de tal forma que este consumo puede ser visto como un fenómeno familiar, una enfermedad que genera comportamientos agresivos y destructivos del adicto, no solo contra sí mismo, sino contra los demás miembros de la familia y del entorno social. En



algunos otros casos no genera violencia pero sí conflictos, ya que elimina las responsabilidades de los miembros de la familia con su vida y actividades cotidianas, pues despierta una dinámica dañina con todos los miembros de la familia, <todos se enferman> unos consumiendo y otros tratando de evitar que consuma<sup>12</sup>.

Sin embargo, a pesar de las consecuencias directas que pueden sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, sanciones penales, un estado de la alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber. Se observa un estado de alteración psico-biológica, con signos y síntoma a la privación del alcohol, hecho que conduce al adolescente a la ingestión de bebidas alcohólicas en cantidades mayores para lograr su alivio, desarrollando tolerancia y dependencia en este consumo<sup>13</sup>.

Con respecto a la mujer adolescente numerosas investigaciones concuerdan en que el proceso de maduración se alcanza de forma más temprana en esta, que en el varón<sup>14</sup>. Así, desde una perspectiva de género y tomando el marco referencial que se vive en ciertas ciudades de México, donde aún se observa a la mujer como un recurso para explotar, un objeto de abuso, que por su naturaleza es débil y altruista<sup>15</sup>; y donde la lucha por el cambio en esta concepción ha tomado cada vez más fuerza, extrapolar las vivencias de la mujer, la adolescente actual es la que “ahora toma la iniciativa para invitar a los muchachos al cine o utilizan palabra

altisonantes para hablar, no solamente entre ellas, sino también cuando se dirigen a los muchachos; asimismo, consumen bebidas alcohólicas al mismo ritmo que los varones, incluso en forma más acentuada”<sup>14</sup>.

En este sentido es importante identificar e interpretar los significados y experiencias de los adolescentes sobre el fenómeno de las drogas, ya que son personas que se encuentran expuestos a cierto nivel de estrés, además de que se encuentran inmersos en una sociedad permisiva, ante aquellas drogas socialmente aceptadas, el alcohol y el tabaco<sup>16</sup>. Conjuntamente, este conocimiento, permitirá comprender las normas impuestas entre sus iguales, ya que tienden a “reafirmarse en las reglas que rigen su comportamiento lingüístico”<sup>5</sup> y así poder establecer estrategias congruentes con esta semiología de ese contexto social particular.

Hay que tener en cuenta que el individuo otorga y reconoce el significado de sus vivencias a través de la percepción que tiene de las mismas. Lo anterior se deriva de la influencia que tiene el ser humano con respecto a su historia social y de vida, el modo de ver las situaciones, la actitud propia, los conceptos ligados al lenguaje, los valores, normas culturales y estilos de pensamiento y de vida<sup>15</sup>.

La interacción social que se da entre los individuos, se establece y modifica por medio de un proceso interpretativo de la situación en la que se encuentra y la dirección de su acción. Así, el significado corresponde al valor que cada persona otorga a las cosas, su construcción implica vivencias familiares, experiencias de vida, cultura personal y social.

De esta manera el consumo de sustancias se ha vinculado a vivencias de tipo familiar y de carácter social y/o religioso, así, el primer factor de impacto que influye para desarrollar esta conducta es el núcleo familiar, seguido por el de las amistades que son las que determinan la cantidad de consumo; variables que al estar directamente relacionadas, influyen en el consumo de bebidas alcohólicas, y que en un futuro predisponen al adolescente a combinar esta sustancia con otras drogas<sup>4</sup>. Es en este sentido, dónde radica la importancia de comprender el significado que se otorga a este consumo.

Lo expuesto anteriormente permite plantear como objetivo de la investigación el describir el significado que otorga la mujer adolescente al consumo de bebidas alcohólicas.

Partiendo del supuesto de que el significado que la mujer adolescente otorga al consumo de alcohol, es un comportamiento que le permite enfrentar los problemas de la vida misma.

## Métodos

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, con un diseño fenomenológico y de alcance descriptivo. En la investigación cualitativa el objeto de estudio son los sujetos y la especificidad del objetivo de la investigación viene dada por el problema, describiendo el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes han tenido dicha experiencia<sup>17</sup>. Así, la fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, percibidos por el hombre<sup>18</sup>.

La muestra se conformó por 41 mujeres adolescentes (18 de una secundaria privada y 23 de una secundaria pública), del estado de Querétaro, México. El muestreo fue por conveniencia, una vez que se tuvo la autorización por el director de cada secundaria y de los padres de familia para efectuar el estudio, se invitó a todas las adolescentes, incluyendo sólo a las que cubrieran los criterios de inclusión. Siendo estos el de encontrarse debidamente inscritas al momento de la recolección de información y entregar el consentimiento debidamente firmado por su padre, madre o tutor, así como el asentimiento de su libre participación en la investigación. En ambos se estipulaba la libre participación sin retribución de ningún tipo, así como la confidencialidad de su persona y su derecho a poder retirar de la misma en el momento que así lo desearan, todo bajo el marco legal y ético contemplado en la Ley General de Salud en materia de investigación.

La recolección de los datos se logró a través del manejo de grupos focales a quienes se les lanzaba la pregunta generadora ¿Qué significa para ti el consumo de bebidas alcohólicas? y/o ¿qué significado puede tener el consumo de bebidas alcohólicas?, esta última se dirigía a la población participante que no consume alcohol. Las sesiones fueron grabadas con fines de evitar pérdida de información y tuvieron una duración que osciló entre los 30 y 40 minutos. Con respecto a la confiabilidad del estudio se aplicó el criterio de triangulación de datos en sus dos vertientes, la externa e interna: la primera a través de la comparación de los resultados obtenidos con autores reconocidos sobre el tema; la segunda:

se realizará a través de las respuestas del mismo participante.

Para el análisis de información primeramente se transcribieron las entrevistas y se procesaron mediante la técnica de contenido, se leyeron y releeron las transcripciones hasta tener comprensión de las hablas que las participantes referían, se ubicaron los tópicos principales, dando paso a la elaboración de un listado de ideas más comunes y contrarias, las cuales fueron asociadas a términos científicos para poder obtener las categorías y así obtener los significados que la mujer adolescente le otorga al consumo de alcohol, todo lo anterior se realizó en computadora usando el programa de Word. En el caso de los datos sociodemográficos (edad y grado que estaban cursando), se realizó por medios cuantitativos, a través de la estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes, procesados en el programa SPSS versión 20.

## Resultados y discusión

Se realizaron un total de 9 grupos focales, 3 en la secundaria privada y 6 en la pública. Con respecto a los datos sociodemográficos de las 41 participantes, los porcentajes elevados con respecto a la edad se ubican en adolescentes de 14 y 12 años, 29,3% y 26,8% respectivamente; el grado con mayor participación fue el primero con 48,8%, seguido del tercer año con 29,3%; para el consumo de alcohol se reporta que 56,1% (23) consumen bebidas alcohólicas y 43,9% (18) no realiza esta práctica (tabla 1).

Variable		Secundaria Privada		Secundaria Pública		Totales	
		f	%	f	%	f	%
Edad	11	0	0	3	13	3	7,3
	12	0	0	11	48	11	26,8
	13	8	44	1	4	9	22
	14	5	28	7	31	12	29,3
	15	5	28	1	4	6	14,6
Grado	1º	6	33,3	14	61	20	48,8
	2º	6	33,3	3	13	9	22
	3º	6	33,3	6	26	12	29,3
Consumo de alcohol	Sí	11	61	12	52,2	23	56,1
	No	7	30	11	47,0	18	43,9

Figura 1. Significado que tiene para la mujer adolescente el consumo de bebidas alcohólicas, 2014.

Por medio del análisis de contenido se logró identificar que el significado que se construye alrededor del consumo de alcohol se relaciona con los motivos que pueden originar o influir en el desarrollo de esta conducta, tal como lo expone Martínez <sup>15</sup> desde la perspectiva fenomenológica. Es así que se presentan dos categorías que dan sentido y significado a este acto, siendo estas: contexto familiar e influencia

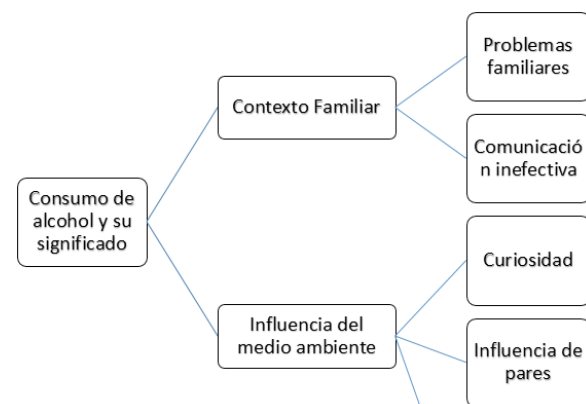


Figura 1. Significado que tiene para la mujer adolescente el consumo de bebidas alcohólicas, 2014.

del medio ambiente. En la primera se ubica el consumo de alcohol como una conducta de respuesta ante problemas familiares que se derivan de la relación entre sus miembros y comunicación inefectiva entre los integrantes de la familia, resultados que concuerdan con argumentos referidos previamente por Bolaños, Mello, Ferriani y Silva<sup>10</sup>; empero en la segunda se detecta la curiosidad, el empoderamiento, y la influencia de pares que da respuesta necesidad de pertenencia que se origina en la etapa de adolescencia (figura 1), ubicando similitud con investigaciones previas<sup>8,9</sup>.

La primera categoría sobre el contexto familiar se retoma desde las investigaciones que han comprobado el consumo del adolescente con relación al consumo de sus padres, tíos, primos, entre otros<sup>4</sup>; aunado a que los problemas familiares (económicos, emocionales, preferencias entre sus miembros, comunicación) y la personalidad del adolescente, fricciona la relación que puede entablarse entre la adolescente con el resto de los integrantes, lo que potencialmente puede originar problemas tal como expone Ponce<sup>12</sup>. A continuación se exponen dos hablas donde se logra identificar la importancia del contexto familiar:

*“es una solución para olvidarse de problemas y salir de ellos, aunque sea por un momento” (E10, E28).*

*“para olvidar sus problemas, para olvidar discusiones o cualquier otro asunto” (E6, E33, E25).*

*“Por problemas familiares, por problemas en casa” (E8, E5).*

El contexto familiar puede fungir como factor protector cuando el adolescente vive con ambos padres, se tiene una buena relación con ellos, se brindan apoyo, hay implicación parental, un adecuado funcionamiento familiar, se corrige la conducta a través del afecto y el diálogo, además de que demuestran una alta aceptación e implicación a las actividades de sus hijos. En tanto que la poca unión familiar, la presencia de conflictos en casa, el consumo de alcohol en sus integrantes, el rechazo de las decisiones tomadas por los hijos, así como una conducta autoritaria y de imposición de los padres, donde no hay claras líneas de comunicación y no se permite la expresión de pensamientos o sentimientos impacta como factor de riesgo para el consumo de alcohol, tal como señalan el Instituto Nacional de Psiquiatría, et al.<sup>4</sup> y Fuentes, et al.<sup>19</sup>. Vertientes que fueron manifestadas así:

*“por los problemas que hay entre familias o discusiones así ajenas, entonces pues ya, uno lo hace porque no se puede hablar con nadie y pues ya, uno mejor toma” (E1, E12).*

*“a mi pues con mis papás veía que tomaban y me dio curiosidad” (E14, E18).*

Lo que permite vislumbrar como los problemas familiares y la comunicación inefectiva son condiciones del contexto familiar, para que la adolescente desarrolle el consumo de alcohol.

Con respecto a la segunda categoría influencia del medio ambiente, donde se incluye la curiosidad, influencia de pares

y empoderamiento, se puede mencionar que estas se vinculan directamente con el aspecto social que condiciona el consumo de alcohol. Del mismo modo que el contexto familiar, esta variable toma el papel de factor protector cuando reduce o atenúa la probabilidad del consumo de alcohol y la transición en el nivel de implicancia con las mismas, empero se ubica como factor de riesgo cuando incrementa la probabilidad de dicho consumo y la transición en el nivel de implicación con la misma, tal como refieren Morueta, Aguaded y Marín<sup>11</sup>. En seguida se exponen los testimonios que dan origen a la categoría influencia del medio ambiente, colocando primero a las que hacen referencia a la curiosidad:

*“sí, curiosidad, para saber a qué sabía”*  
(E10, E11, E17).

*“A veces es fácil abrir la botella y decir por qué no, si muchos lo hacen por qué yo no [...] Al principio nada más lo hice por curiosidad saber a qué sabe, porque luego tomaba así mi papá o mi hermano y se ponía así como muy happy, y uno se queda así pues que se sentirá no, de que es porque están tan felices, o sea que tiene eso que los haga así, por eso más que nada curiosidad, se divierten mucho [...] o será porque uno ve que muchos toman y eso atrae más”* (E9, E40).

*“Yo, fue porque estábamos en una fiesta de aquí de la secundaria y todos estaban tomando, entonces no sé, quería saber que se sentía y pues tomé”*  
(E7, E30).

Para ellas la necesidad de ser aceptadas

por la sociedad y en específico por sus pares, las induce a practicar el consumo de alcohol, situación que no es de extrañarse ya que muchas investigaciones desarrolladas en el ámbito de las adicciones, manifiesten la relación directa que existe entre el consumo y la influencia de pares<sup>3</sup>. Con respecto a esto se exponen las siguientes opiniones:

*“ah pues sólo fue por curiosidad pero pienso que las mujeres lo consumen para divertirse, salir de problemas emocionales o algo así...pues las mujeres a veces lo hacen para divertirse con sus amigos y para quedar bien”* (E5, E8).

*“este...para no quedar mal con las amistades”* (E11, E22, E41).

*“yo digo que más que nada es por querer llamar la atención, o sea, caerle bien a alguien o así”* (E4, E27).

*“por la influencia de los amigos porque sí, eh has de cuenta, si no tomas es porque no eres de nuestro grupito de amistades”* (E2, E35).

Las hablas anteriores refuerzan la fuerte necesidad que tiene la adolescente por pertenecer a cierto grupo, llevándola a imitar comportamientos, aunque sean de riesgo, en busca de su integración y aceptación, tal como señalan Hernández y Pires<sup>3</sup> y Bolaños, et.al<sup>10</sup>. En tanto que el empoderamiento se expone como elemento negativo del término, situándose como un antónimo al concepto original, ya que se retoma como una conducta que busca posicionar a la mujer como

igual al varón, acto comentado por Amaya y Prado<sup>14</sup>. En tanto a conducta se refiere, esta categoría se observa en los siguientes relatos:

*“Este, que la muchacha por tomar alcohol aparte de que se siente superior hace sentir menos a las demás y las otras se dejan llevar y se envician igual que ellas” (E3).*

*“Que quiere ser muy cool y cosas así” (E4, E38).*

*“Y sentirse así. Ahí yo soy la que más toma alcohol y me siento superior a ustedes” (E2).*

De esta manera el significado que la mujer adolescente otorga al consumo de bebidas alcohólicas, es el de una salida a problemas familiares donde la influencia de la comunidad social donde realiza sus actividades impacta en la modificación de su conducta, realizando todo aquello que sea un trámite o requisito para ingresar al grupo social que desea; sin discriminar o analizar el riesgo que esta implica para su salud física y mental.

Los resultados corroboran que el significado se construye de manera diferente entre cada grupo social, por lo que se consideran un reflejo de las prácticas sociales que estos llevan a cabo<sup>7</sup>, de su participación social con otros y de relaciones de poder<sup>9,14</sup>. De esta manera la adolescente desarrolla significados por los intereses y prácticas comunes, que incorpora a su forma de vida y su sistema de creencias.

## Conclusiones

Los resultados permiten mostrar el punto de vista de las adolescentes con respecto al consumo del alcohol, donde el contexto familiar y la influencia del medio ambiente son las categorías que se resaltan de acuerdo a la experiencia vivida y opinión de cada una de ellas. Debido a lo anterior se rechaza el supuesto de investigación presentando, ya que en este se expone el significado del consumo de alcohol por las mujeres adolescentes en función de los problemas de la vida, motivo que no fue expuesto por todas las participantes.

Asimismo es que los significados son individuales, esto es, cada persona lo construye en función a la etapa y situación que se encuentre viviendo. En este caso particular, para las adolescentes el hecho de consumir alcohol se engloba en diferentes términos de los que sobresale la curiosidad, influencia de pares y problemas familiares.

En tanto que las hablas de las adolescentes con respecto a la necesidad de pertenencia, remiten a sospechar, que sus prácticas se derivan de los estereotipos, socialmente marcados en la época actual, tal como lo relata Bauman<sup>20</sup>, en su libro tiempos líquidos, donde señala que la incertidumbre que vive el individuo de la posmodernidad, es tal que lo conduce a realizar actos que satisfacen las necesidades del otro, olvidando pensar y reflexionar en consecuencias que se podrían derivar de los mismos.

A este respecto y dado los resultados obtenidos, se hace necesario mencionar

que el trabajo que se debe elaborar para disminuir este problema de salud pública, se debe desarrollar bajo un enfoque multidisciplinario. Se debe vincular la institución educativa que tiene a las adolescentes inscritas a sus programas académicos, con programas de salud como los ofertados por la Secretaría de Salud del Estado, el Centro contra las Adicciones y la Universidad Autónoma de Querétaro. Debido a que diversos profesionistas desde su formación disciplinar puede intervenir de forma positiva en este sector poblacional.

Se consideran relevantes los resultados, sin embargo, no es prudente generalizarlos, ya que estos se modificarán, en función de la historia de vida, el contexto social, familiar y cultural donde se incorpore la mujer adolescente para desarrollar sus actividades. Se espera que este artículo permita su reproducción en otros contextos, para incorporar nuevos hallazgos que permitan disminuir el consumo de alcohol.

### Agradecimientos.

Nuestro especial agradecimiento a las mujeres adolescentes que participaron en la investigación, ya que sin sus contribuciones no hubiera sido posible esta documentación.

## Referencias

1. Tassano E. Alcoholismo, Adolescencia y Género. 2013 6 de junio [citado 2015 28 de abril]. En: Opiniones Dr. Eduardo Tassano Blog [Internet]. Disponible en: <http://eduardotassano-opiniones.blogspot.mx/2013/06/alcoholismo-adolescencia-y-genero.html>
2. Morales FG, Cabrera MJ, Pizeta L, Guerrero OV, Lazcano LMA y Meléndez JEV. El consumo de alcohol y frecuencia de factores de riesgo en alumnos de una preparatoria en ciudad Nezahualcoyotl en el 2012. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2012; 15 (2): 65- 71. Disponible en: <http://ojs.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/38905>
3. Hernández VMR, y Pires ZAS. Undergraduate students' motivations for the consumption of legal drugs. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2008 julho-agosto; 16 (especial): 572- 6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/11.pdf>
4. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Instituto Nacional de Salud Pública, y Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol. 1ª ed. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/ Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_ALCOHOL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf)
5. Serrano MJ. El rol de la variable sexo o género en sociolingüística: ¿diferencia, dominio o interacción?. *Boletín de Filología*, Tomo XLIII. 2008; 175– 192. Disponible en: <http://www.boletinfilologia.uchile.cl/index.php/BDF/article/viewFile/18049/18830>
6. Hernández RIV, Zamora AM, y Hernández MAC. Consumo de Alcohol en Mujeres Adolescentes. XX Verano de la Investigación Científica. Universidad Veracruzana. Disponible en: <http://www.uaq.mx/enfermeria/conferencias/UAQ-ENFERMERIA/4Carteles/CONSUMO%20DE%20ALCOHOL%20EN%20MUJERES%20ADOLESCENTES.pdf>
7. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, y Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), Informe 2010. México: Secretaría de Salud; 2013. Disponible en: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf\\_sisvea/informes\\_sisvea\\_2010.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2010.pdf)
8. Coleman JC, y Hendry LB. Psicología de la adolescencia. 4ª ed. España: Morata; 2003. Disponible en: [http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=94Od90KAzNYC&oi=fnd&pg=PA9&dq=caracter%20ADsticas+del+adolescente+%2B+maduraci%C3%B3n+biol%C3%B3gica,+psicol%C3%B3gica,+etc.&ots=IJuWOfvTm&sig=fleZm7a7p3VhDetizcEC\\_PqUMNE#v=onepage&q=caracter%20ADsticas%20del%20adolescente%20%2B%20maduraci%C3%B3n%20biol%C3%B3gica%2C%20psicol%C3%B3gica%2C%20etc.&f=false](http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=94Od90KAzNYC&oi=fnd&pg=PA9&dq=caracter%20ADsticas+del+adolescente+%2B+maduraci%C3%B3n+biol%C3%B3gica,+psicol%C3%B3gica,+etc.&ots=IJuWOfvTm&sig=fleZm7a7p3VhDetizcEC_PqUMNE#v=onepage&q=caracter%20ADsticas%20del%20adolescente%20%2B%20maduraci%C3%B3n%20biol%C3%B3gica%2C%20psicol%C3%B3gica%2C%20etc.&f=false)
9. Barbosa AG, Segura CAL, Garzón DM, y Parra CB. Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 2014; 32 (1): 53- 69. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n1/v32n1a05.pdf>
10. Bolaños GHL, Mello DF, Ferriani MGC, y Silva MAI. Perceptions of adolescents students on the consumption of drugs: a case study in Lima, Peru. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008 julho-agosto; 16 (especial): 551- 7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/08.pdf>

## Artículo original

11. Morueta RT, Aguaded JIG, y Marín IG. Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Health and Addictions/ Salud y Drogas*. 2009; 9 (2): 165-184. Disponible en: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6304/Factores\\_de\\_proteccion.pdf?equence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6304/Factores_de_proteccion.pdf?equence=2)
12. Ponce JA. Los estragos del alcoholismo en la familia y la sociedad. *Anudando*. 2007 mayo-junio; (edición especial): 13- 14. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43\\_estragsos.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_estragsos.pdf)
13. Wenger E. Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad. *Cognición y desarrollo humano*. España: Paidós; 2001. Disponible en: <http://cmap.javeriana.edu.co/servlet/SBReadResourceServlet?rid=1JP2KX093-1GX1ZY0-28S>
14. Amaya GJ, y Prado ME. ¿Qué hago si mi media naranja es toronja? Reimpresión, México: Trillas, 2012.
15. Martínez MM. *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. 1ª ed. México: Trillas, 2006.
16. Meza MAB, y Ferreira ARF. Experiencias y significados sobre el fenómeno de las drogas en estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 may-june; 19 (especial): 691-698. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/05.pdf>
17. Mari R, Bo RM, y Climent CI. Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista. *UT. Revista de Ciències de l'Educació*. 2010 juny; 113- 133. Disponible en: <http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny10/article07.pdf>
18. Ortecho MJ. Reseña de investigación cualitativa en ciencias sociales. Temas, problemas y aplicaciones. Aldo Merlino, coordinador. *Astrolabio Nueva Época, Revista del Centro de Estudios Avanzados- Unidad Ejecutora de CONICET- Universidad Nacional de Córdoba*. 2010; (5): 201- 208. Disponible en: <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/186/196>
19. Fuentes MC, Alarcón A, García F, y García E. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro el barrio. *Anales de psicología, Universidad de Murcia*. 2014; 1: 24. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/183491/173881>
20. Bauman Z. *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. 2ª ed. España: Ensayo Tus Quets, 2007.



## Enfermedad médica: una mirada hacia el bien mercantil en salud

Donovan Casas Patiño<sup>1,3</sup>, Alejandra Rodríguez Torres<sup>1</sup> Cristiane Costa da Cunha Oliveira<sup>2,3</sup>, Andréia Poschi Barbosa Torales<sup>2,3</sup>.

---

---

### Resumen

Este artículo presenta una reflexión crítica a la mirada médica hegemónica, que ha dado pie a la creación de un bien mercantil a través del padecer del otro, así se ha ido construyendo la “enfermedad mercantil”, donde los colectivos han sido sometidos sin autorización total a una manipulación de su permanencia en este planeta como portadores de un mal el cual se debe combatir. De esta manera, la ciencia médica reinante condiciona escenarios de reproducción perpetua de una medicina mercantil, y por otro lado, existe el sometimiento neoliberal de farmacéuticas transnacionales en contubernio con políticos de tinte demócrata que asiduos de mentiras y engaños, perpetúan una medicina sin autocrítica. **Palabras Clave:** Proceso salud enfermedad, medicina hegemónica, medicina curativa, política neoliberal.

### Abstract

This article presents a critique of the hegemonic medical gaze, which has led to the creation of a commodity through the suffering of others, it has been built so the “market disease” reflection, collective have undergone without full authorization handling of his stay on this planet as having an evil which must be fought, so on the one hand to the conditions prevailing medical science life scenarios of a commercial reproduction medicine, and on the other hand, there is the neoliberal subjugation of pharmaceutical transnational corporations, in collusion with Democratic politicians paint which regulars of lies and deceit perpetuate medicine without self-criticism. **Keywords:** Health disease process, Hegemonic Medicine, Curative Medicine, neoliberal policies.

---

(1) Centro Universitario Amecameca-Universidad Autónoma del Estado de México, México.

(2) Universidade UNIT-Tiradentes (Brasil-Campus Aracaju Farolandia).

(3) Cuerpo Académico: Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva.

**Fecha de recepción:** Noviembre de 2014. **Fecha de aceptación:** Julio de 2015.

Correspondencia: Donovan Casas Patiño  
Centro Universitario Amecameca-Universidad Autónoma del Estado de México, México.

## Introducción

La medicina occidental ha sometido al individuo a escenarios medicalizados mercantilistas: los denominados hospitales, clínicas y academias de medicina, donde se perpetúan, practican y repasan la llamada así ciencia. Estos eventos se ejecutan sobre individuos que son arrebatados de su individualidad y corporeidad, así sobre cuerpos inertes la enfermedad es lo que sorprende a nuevos aprendices de médico, enfermera, nutriólogo o actor del área de la salud. La enfermedad es cautiva de atención científica, encierro y eternidad, esta cosmovisión de origen cientista reconstruye al paso de las décadas nuevas y originales verdades de combate eminente contra la sensación del padecer, originado por el enemigo a vencer, la enfermedad.

Esto conlleva a que el individuo y el colectivo sean anulados de toda contracepción no positivista de combate a la enfermedad, todo ronda a merced de la enfermedad y la ciencia, se trata de capturar todos los momentos en que se infringe al cuerpo de su ente natural para crearle la necesidad de algo innecesario: emociones abatidas con antidepresivos, agotamiento físico secundario al vaivén del trabajo agobiante tratado con desestresores y con multivitamínicos, falta de apetito sexual tratado con vigorizantes energéticos de liberación prolongada, dolor del alma, rodilla, articulación, hueso o músculo mejorado con analgésicos de micro-dosis, niños y abuelos carentes de nutrimentos básicos por una mala alimentación manejados con suplementos alimenticios.

## Enfermando al cuerpo

El panorama del sentido común del padecer enfermedad en esta época, se observa dentro de toda una construcción cultural del medicamento como una necesidad; de esta manera, el combate a la enfermedad da como resultado fáctico el uso excesivo de medicamentos, exceso en uso de instalaciones y profesionales del área de la salud, que perpetúan la continuidad de **fármaco + prescripción (médica/televisiva/vecinos/amigos) = combate de la enfermedad** (Figura 1). Todo este concepto descriptivo simplifica décadas perpetuas de control y sometimiento del otro a través de una ciencia que controla las verdades absolutas del cuerpo humano, dentro de esta esfera cientista no hay cabida a la no enfermedad. Esta problematización existencial de los actores del área de la salud, deriva de la angustia en la ausencia de enfermedad en los cuerpos inertes, la enseñanza de la enfermedad es través de cuerpos enfermos, incapaces en muchas de las veces, de recobrar su equilibrio orgánico fisiológico. La construcción académica del cuerpo que padece dentro de lo anormal, cimienta dibujos con patrones coordinados que orillan a la creación de hipótesis diagnósticas elocuentes, creando el patrón idóneo del poder como ciencia en beneficio del que padece. La ciencia médica con sus áreas busca patrones anormales dentro del cuerpo para crear la epopeya más grande del bien mercantil asociado a la búsqueda de la ausencia de enfermedad, donde lo normal dogmatiza entre lo anormal.

En este mar de cura, diagnósticos y padeceres, el modelo médico hegemónico

curativo de la atención médica que hoy se enseña, se practica y perpetua, se vende como la llamada medicina de alta tecnología resolutoria, la cual es deficiente, mentirosa y costosa. El área de la salud se compone, con el paso de los días, de más estudios de gabinete y laboratorio, así se aprende a confirmar el padecer. Esta tecnología de punta ha desplazado años de continuo crecimiento de la relación médico paciente, donde ahora el aprendizaje médico en el área de la aptitud clínica se desarrolla a través de un software, el cual diagnostica, prescribe y da seguimiento a la patología de fondo; el actor del área de la salud sólo verifica que la máquina imprima correctamente los datos del paciente otorgando la verdad absoluta con su firma. Las computadoras simulan escenarios clínicos “reales”, donde el puntaje equivale a la resolución del problema; robots fungen como intermediarios de la cirugía, y las distancias se acortan a través de la telemedicina. Estos actos del área de la salud quedan a subvención de la tecnología médica, reproduciendo conductas de la necesidad exclusiva de tecnología en la búsqueda del padecer. El encuentro furtivo de la consulta médica, se entremezcla con la alta tecnología desde el expediente electrónico, justificándose así la necesidad imperiosa de una herramienta innecesaria en muchos de los casos: resonancia magnética, tomografía por positrones, ultrasonido, endoscopias, colonoscopias, mastografías, marcadores tumorales, inyecciones de hip-alérgicos intradérmicos, marcadores cardiacos, etc.

En esta furtiva carrera de mercadotecnia

y práctica de medicina carente de autocrítica, vale la pena cuestionarse, ¿por qué si se cuenta con todos los avances médicos en tecnología de punta, no se ha podido controlar por completo a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles –ECNT- (diabetes, cáncer, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica)?

### Las ECNT carecen de un tratamiento social

La última estimación de la OMS (Organización Mundial de la Salud) confirma que éstas representan la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales; 36 millones de muertes atribuidas a las ECNT<sup>1,2,3</sup>. De esto se desprende una pregunta, ¿se debe continuar con este modelo construido de bien mercantil en salud? La respuesta es clara y contundente, el modelo médico hegemónico curativo obedece a órdenes de capital mercantil en salud, que originan de la enfermedad un mercado capital de ganancia libre altruista y filantrópico. Las grandes

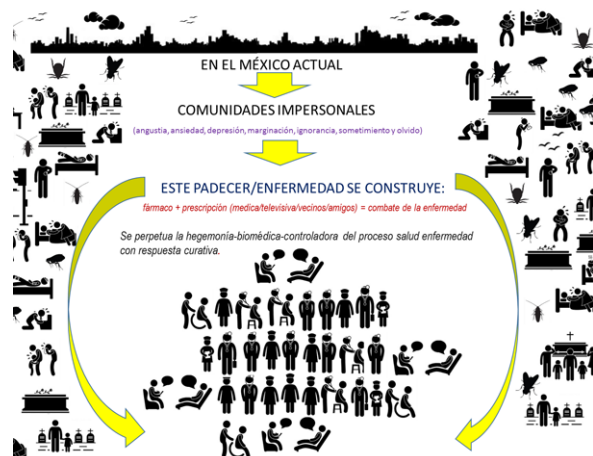


Figura 1. Modelo médico hegemónico bajo la influencia de intereses neoliberales, crean y perpetúan enfermedad. Fuente: elaboración propia

transnacionales farmacéuticas apoyan la alta investigación en salud, patentando y creando necesidades coaptadas de un cuerpo inerte secuestrado por la ciencia en beneficio del capital. ¿A dónde debe virar la ciencia médica?

Hegemonía biomédica.

Retomando el caso de las ECNT, actualmente el sobrepeso y obesidad se han agregado a esta lista convirtiendo estas patologías perniciosas un gran desafío para los sistemas de salud. Las ECNT se han estudiado de manera continua y se han asociado a factores de riesgo de desarrollo social: la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI (consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol)<sup>4</sup>, así de esta manera, las ECNT se deben entender desde un fondo de asociación social para su combate, y no sólo desde una praxis biomédica acotada resolutive y curativa.

Las ENT en México son parte cotidiana del día a día, donde la referencia de síntomas y signos de estas patologías determinan la continuación de un diagnóstico y tratamiento, que bajo la mirada del sistema hegemónico en salud ya sea privado o público, origina indicadores que a su vez, construyen datos económicos de cada enfermedad. En ese sentido cada patología de las ECNT debe tener un indicador económico de inversión a largo plazo, puesto que las ECNT son persistentes y además se ha construido alrededor de éstas la necesidad imperiosa de la atención médica y demás tecnologías para su combate y abatimiento. Es en

este punto donde las transnacionales en medicamentos y servicios pueden invertir cómodamente y sin restricciones de por medio, puesto que éticamente velan por las enfermedades que atacan a los colectivos. Qué mejor inversión a largo plazo que las complicaciones de las ECNT; qué mejor visión y misión que abatir sus complicaciones. En esta época de modernidad existe un perfil de rendimiento económico a través del proceso salud/enfermedad, es así que el entendimiento de las ECNT debe regirse a través fundamentos teóricos sociales que puedan no solo explicar estas condiciones generadas por el poder fáctico, sino denunciar y procurar acciones de práctica social que involucren a los colectivos del mundo. El eje central de búsqueda deberá ser el buen vivir como estado inalienable de la humanidad. Basta de firmas de convenios que se quedan en carpetas y foros internacionales, se debe iniciar un movimiento con práctica social orientado a abatimiento de las ECNT y sus complicaciones, que ahora son parte del marginamiento de un colectivo mundial.

Cabe mencionar que las ECNT en co-participación del eje hegemónico cientista, han motivado en los colectivos la dependencia a requerimientos farmacológicos, que en muchas de las veces se ha convertido en polifarmacia (utilización de más de cinco medicamentos). Un ejemplo de esta situación es que la diabetes costó 1, 974 millones de dólares<sup>5</sup> al país durante el 2000, y datos del 2013 reportan que superó los 7, 784 millones de dólares<sup>6</sup>. Con esto podemos darnos una idea de la magnitud desenfrenada en el uso de

medicamentos, estudios de gabinete, instalaciones médicas, consultas médicas, etc. Las ECNT son un indicador económico de interés farmacéutico de ganancia libre altruista y convicción ética, de mejorar el combate armado de las complicaciones de la ENT, a lo cual ningún discurso oficial en esta época de marginación social de ganancia reductible, podrá ser dirigido hacia la proclamación de la búsqueda de estilos de vida saludable.

Grandes inversiones y grandes rendimientos se reparten las grandes transaccionales productoras de medicamentos, las empresas **Novartis, Roche, Pfizer, Merck, Johnson & Johnson, Sanofi, GlaxoSmithKline y AstraZeneca**, compiten dentro de las bolsas de valores realizando rendimientos altos con baja posibilidad de riesgo <sup>7</sup>. Es tan fuerte su presencia en la economía mundial que la estadounidense Pfizer anunció que busca una fusión con la británica AstraZeneca y la suiza Novartis <sup>7</sup>, para asegurar así el monopolio farmacéutico de todo el mundo, a lo cual a pesar de conflictos de medio oriente con el estado Islámico, y tensión en relación con Ucrania y Rusia, el mercado farmacéutico con fuente de inversión se amplía para aquellos expertos en inversión sin riesgos de grandes capitales. Es tan amplio y seguro la inversión en medicamentos que **Pfizer**, líder en ventas mundiales de medicamentos, no quiere dejar hueco alguno en la posibilidad de más ventas o competencia. **Pfizer** ha realizado ofertas por **Ache Laboratorios Farmacéuticos brasileños**, en una subasta que podría valorar al grupo en más de 5,000 millones de dólares; revelaron especialistas cercanos

a las multinacionales <sup>8</sup>, la cual no se ha consolidado hasta la fecha por cuestiones de falta de acuerdos entre los propietarios donde algunos quieren continuar con cierto porcentaje de inversiones, lo que ha condicionado que no sea muy reductible por completo para **Pfizer**, puesto que hay más laboratorios brasileños que podrían ser de utilidad para distribuir sus medicamentos con otra marca filial, disminuyendo costos e inversión.

Es tan amplio y reductible el mercado de los medicamentos, que Samsung primer líder en producción de móviles no fijos y tecnología de telecomunicaciones, ha realizado una inversión de al menos 2,000 millones de dólares para la producción de fármacos de origen biotecnológico, incluido el segmento cada vez más importante de los biosimilares, que son versiones más baratas de medicamentos de origen biotecnológico de marca que han perdido la protección de patente. Samsung empresa de Corea del Sur, se propone convertir en una fuerza importante en la biotecnología, un sector que según las previsiones generará ventas por más de 220.000 millones de dólares en cinco años <sup>9</sup>, puesto que el mercado de la electrónica alcanzará su saturación en ventas a nivel mundial, con lo que pretende no perder la generación de millones de dólares diarios. Por si fuera poco la gran empresa Kodak lanza una campaña mundial re direccionado no al mundo fotográfico, sino al aseguramiento de la no falsificación (piratería) de medicamentos, asegurando que la patente no sea falsificada por ningún hueco legal <sup>10</sup>. Las ECNT de los colectivos son fuente vital para la economía mundial, **donde el no padecer una enfermedad**

## es un delito social.

La construcción del pensamiento biomédico curativo no conceptualiza la inexistencia de la enfermedad, puesto que detrás de esta ciencia existe un mercadeo inaudito de bien capital, de esta forma se perpetuará la enseñanza sobre cuerpos afluentes de enfermedad, clasificando diferentes y nuevos signos, síntomas y tratamientos, así lo patológico se hace presente dentro la vida misma, que con la prontitud de la existencia se arrebatada de tajo la salud de los cuerpos, y se hace manifiesto el desarrollo de una entrevista programada o esporádica a la silla del acusado del que padecerá algo llamado “**enfermedad mercantil**”.

La cosmovisión de colectivos e individuos que buscan por su propia cuenta el utópico buen vivir, son olvidados por el eje de control biopolítico educativo de la ciencia médica. Los cuerpos coaptados son sometidos al terror farmacológico, encerrados en cuartos de concentración médica atados a dietas, suministro de líquidos intravenosos e intervenciones corporales (sondas) en la búsqueda del equilibrio roto. El propio sistema no otorga la seguridad de un mundo positivo: la radiación solar, el cambio climático, alimentos transgénicos, el alza en los precios de alimentos, atmosferas podridas, agua potable contaminada con metales pesados y polimorfos, cárnicos atestados de hormonas y parásitos, transporte vial caótico, violencia con manifestación de homicidios a la alza, **crean y recrean el escenario inaudito de la epidemiología social**. De esta manera los colectivos del mundo padecerán la “enfermedad mercantil”, donde para radiación solar existen protectores, pantallas solares y revisiones

dermatológicas cada 6 meses; para evitar el consumo de alimentos transgénicos o cárnicos con hormonas se debe consumir alimentos orgánicos los cuales triplican precios; para atmosferas contaminadas oxígeno en capsulas; para aliviar el tiempo de traslado des-estresores con multivitamínicos; y para prevenir el ser presa de un acto violento: cámaras digitales de vigilancia continua, armas de fuego o alarmas. De esta manera un “estado en fuga” <sup>11</sup> inicia su cimentación dando como resultado innegable la gran estructura fáctica que delega la autoridad en agentes o instituciones privadas, condicionando de manera directa e indirecta un vacío de responsabilidad, el cual origina pérdida de legitimidad, soberanía, identidad, legitimidad y autoridad, un estado neoliberal mucho menos burocratizado, disminuyéndose así los costos del aparato administrativo, pero delegando la responsabilidad a empresas transnacionales, las que han originado la construcción de necesidades de consumo del acto mismo del vivir.

## Apelando por el buen vivir

En contraparte grandes revolucionarios de la Salud Pública, Higienistas, los de Salud Colectiva, los de Educación para la Salud, los Epidemiólogos Críticos (Edmundo Granda, Eduardo Menéndez, Asa Laurell, Arellano López, Jaime Breilh, Naomar Almeida Filho, Jairnilson Silva Paim, por mencionar algunos), levantan foros de debate, consulta y protesta contra esta aberrante situación mundial por ejemplo: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), donde la ciencia de la salud

no es solo curativa, es una corriente que levanta la voz de manera corrosiva y muchas de las veces contestataria. Estos actores son considerados muchas de las veces los hippies sociales de la década setentera, pero ahora esta historia ha ido mutando y muchos colectivos se han sumado detrás de un emblema creado por el inglés David Lloyd: la máscara de Guy Fawkes (Foto 1 y 2) la cual ha condicionado que el combate social a la salud, educación, economía, cambio climático, etc., continúe desde un modo local (Foto 3 y 4) a uno global (Foto 5 y 6) de características de persistencia clara y de sentido común, ahora las teorías complejas de estos actores son transdisciplinarias de acción en búsqueda de políticas públicas en salud con participación social (ABRASCO). Treinta y cinco años participando en políticas de inclusión social <sup>12</sup>, donde la comprensión de las partes involucradas repercute en la totalidad de los colectivos, así la cosmovisión en salud del poder curativo hegemónico debe transformarse hacia la búsqueda de estilos de vida saludable. Es momento que la ciencia médica hegemónica deje sus neutrinos, receptores de membrana, tratamientos genéticos, su marketing farmacéutico, por la creación de un mundo global del buen vivir, donde los sistemas básicos de los colectivos den cuenta clara del desarrollo social de una humanidad libre de enfermedad con la constante de salud como bien inalienable de derecho ciudadano de este mundo. ¿Acaso esto es pedir de más?, ¿Un mundo mejor?, ¿no dadas, no migajas, solo evitemos ser abstractos de esta realidad, acción y participación social, para un mundo

mejor;



Figura 2. Latin América Social Fórum: <http://latinamericasocialforum.blogspot.mx/2014/11/mexicanos-piden-liberacion-de-detenedos.html>



Figura 3. Marchan en Ciudad de México al grito de "Fuera Peña". EFE 2 diciembre del 2014. Juanita Ceballos. <http://www.telemundo.com/noticias/2014/12/02/marchan-en-ciudad-de-mexico-al-grito-de-fuera-pena>



Figura 4. Una manifestacion en contra de la reforma energetica recorre el centro de la capital de México. EFE 01 de septiembre del 2013. Sáshenka Gutierrez. [http://internacional.elpais.com/internacional/2013/09/01/album/1377990140\\_929941.html#1377990140\\_929941\\_1377990251](http://internacional.elpais.com/internacional/2013/09/01/album/1377990140_929941.html#1377990140_929941_1377990251)



Figura 4. Se manifiestan médicos y maestros contra reformas estructurales. PorticOnline 31 de julio del 2015. PorticOnline. <http://porticonline.mx/2015/07/31/se-manifiestan-medicos-y-maestros-contra-reformas-estructurales/>



Figura 5. Así fue la manifestación contra la reforma a la salud en Cali. ADN 29 de octubre del 2013. Santiago Saldarriaga. <http://diarioadn.co/cal/mi-ciudad/tambi%C3%A9n-en-cali-la-salud-est%C3%A1-en-paro-protestan-contra-reforma-1.82955>



Figura 6. Movilizaciones previas a gran marcha por la educación. Diario Uchile 20 de agosto del 2015. Héctor Areyuna. <http://radio.uchile.cl/2014/08/20/movilizacion-previas-a-gran-marcha-por-la-educacion>

## Conclusión

La reflexión crítica aquí presentada, muestra el vaivén cientista médico en desconocimiento de la parte fundamental en donde estamos insertos, que como actores del área ya sea social, económica, educativa o de salud, transcurrimos dentro de un paquete ofertado por las estructuras fácticas de poder sin crearnos una conciencia social de todos los fenómenos inauditos de los que estamos siendo **actores secundarios de un país de infamia**. Nuestra conciencia social de co-participación debe enfrentar los roles de poder con la cotidianidad de nuestros roles que desempeñamos, así nuestra resistencia al poder corrupto transformará conciencias. Basta crear en los colectivos una nueva forma de autocriticarse, no desde la caída constante de la autocompasión con barnices de masoquismo, sino en función de que estos conforman parte de un todo donde funcionan como sistemas abiertos, en el que su desenvolvimiento es parte de su pasado, presente y futuro; en donde todas las áreas de intervención político mundial, influyen de manera directa o indirecta en la búsqueda del buen vivir. Entender que no son colectivos de banderas, broches o líneas partidistas, es entender que son colectivos dentro de una región que comparten un mundo el cual necesita una nueva visión. Buscar de entre los escombros de los errores es iniciar una protesta mundial, que arranque de tajo las imprecisiones políticas y económicas del modelo neoliberal extractivista, y formemos la conciencia plena con resistencia; una ciencia médica no basada en la enfermedad, sino



cimentada en la búsqueda de estilos de vida saludables que encontrarán dentro de algunos años el buen vivir dentro de ciudades amigables y saludables.

Decir no a una prescripción médica innecesaria, es cortar de tajo el flujo de capital a empresas transnacionales de predominio del área de la salud, es la búsqueda de atmosferas saludables, seguridad pública apropiada y correcta, alimentos sanos con cero pesticidas o translocaciones genéticas, seguridad alimentaria garantizada en ambientes limpios y saludables, jornadas laborales apropiadas al ritmo circadiano del organismo humano, trabajo seguro, educación gratuita y de calidad, servicios médicos apegados a prevención y promoción de estilos de vida saludable, rentabilidad económica segura para una seguridad social de bien común, etc. La vida de los colectivos donde estamos insertos ha sido coaptada nuevamente por la perversión democrática del poder, esta democracia constituida en nuestros tiempos se ha erigido con el actor más temible del ser humano: la corrupción. No basta seguir en una ciencia médica acrítica no contestataria, somos parte del todo, partimos de entre ciencia y política, no continuemos detrás de la inmovilidad del escenario médico-social-económico-educativo de Academias o Consejos coaptados por el poder. Se debe iniciar con conciencia individual y colectiva una práctica social que hará temblar nuestro modo de vivir actual, arrojemos al vacío la **“enfermedad mercantil”** y retomemos la búsqueda del buen vivir de las generaciones por llegar.

**No hay conflictos de interés.**

## Referencias

1. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002; 288: 1775-1779.
2. Organización Mundial de la Salud. ENT Perfiles de países: estimaciones de mortalidad para cada país asociado a ENT. Washington Estados Unidos. 1ed. Editorial OMS; 2014.
3. González E, Gutiérrez C, Stevens G, Barraza M, Porras R, Carvalho N, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Pública Méx. 2007; 49 (suppl I): S37-S52.
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. Sección Reportajes, Cifras y Datos Mundiales, 2012 [cited 25 august 2015]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
5. Barcelo A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. Bull World Health Org. 2003; 81:19-27.
6. El Informador. MX- [Internet]. La diabetes cuesta e México 105 MMDP. c-2012 [cited 2015 august 3]. Available from: <http://www.informador.com.mx/mexico/2012/394429/6/la-diabetes-cuesta-a-mexico-105-mmdp.htm>
7. Forbes Staff [Internet]. Farmacéuticas impulsan bolsas europeas. Revista Forbes Sección Economía y Finanzas. c2014- [cited 2015 august 2]. Available from: <http://www.forbes.com.mx/farmaceticas-impulsan-bolsas-europeas/>
8. Forbes Staff [Internet]. Pfizer y otras farmacéuticas evalúan invertir en Brasil. Revista Forbes Sección Economía y Finanzas. c2013- [cited 2015 august 2]. Available from: <http://www.forbes.com.mx/pfizer-y-otras-farmaceticas-evaluan-ofertas-por-ache/>
9. La Tercera [Internet]. Samsung invierte en medicamentos después de superar al iPhone de Apple. La Tercera Sección Negocios. c2014- [cited 2015 august 1]. Available from: <http://www.latercera.com/noticia/negocios/bloomberg-news/2014/05/874-577786-9-samsung-invierte-en-medicamentos-despues-de-superar-al-iphone-de-apple.shtml>
10. Kodak [Internet]. Brand protection solutions: is your company's brand protection satrategy basic or leading edge? c-2015 [cited 2015 august 01]. Available from: [http://graphics.kodak.com/US/en/Product/Security\\_Authentication/Services/default.htm](http://graphics.kodak.com/US/en/Product/Security_Authentication/Services/default.htm)
11. Hibou B. De la privatizacion de las economías a la privatizacion de los Estados. 1era. ed., México, D.F: Fondo de Cultura Económica; 2013.
- 12.- Asociación Brasileña de Salud Colectiva. [Internet]. ABRASCO. c-2015 [cited 2015 august 03]. Available from: <http://www.iuhpeconference2016.com/espanhol/apresentacao/abrasco.php#topo>

## Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993.

M.SP Ana María Oviedo Zúñiga<sup>1</sup>, M.SP. Claudia Rodríguez García<sup>1</sup>, D. en Psic. Ana Olivia Ruíz Martínez<sup>1</sup>, M.A.H Ma. de Lourdes Vargas Santillán<sup>1</sup>.

---

---

### Resumen

**Antecedentes:** La salud perinatal es una prioridad a nivel internacional, para mejorar la salud materna. **Objetivo:** Identificar los cuidados que brinda el personal de enfermería en el control prenatal a gestantes que acuden a instituciones del Primer Nivel de Atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993. **Métodos:** Estudio descriptivo a 91 profesionales de enfermería que atienden a gestantes en consulta prenatal mediante un cuestionario diseñado para evaluar los cuidados proporcionados a la gestante según la NOM-007-SSA2-1993. **Resultados:** Los cuidados que se cumplen: aplicar ácido fólico y toxoide tetánico, promoción y orientación sobre planificación familiar; los incumplidos son: la exploración de la vagina, exploración de mamas, visita domiciliaria y maniobras de Leopold. **Conclusiones:** El personal de enfermería debe empeñarse en brindar todos los cuidados establecidos para garantizar la salud materna e infantil. **Palabras claves:** Control prenatal, cuidado de enfermería, primer nivel de atención

### Abstrac

**Background:** Perinatal health is a priority at the international level, to improve maternal health. **Objective:** To identify the care provided by the nurses in prenatal care to pregnant women attending institutions of primary care level in relation to the NOM-007-SSA2-1993. **Methods:** A descriptive study 91 nurses who attended pregnant women in institutions of primary care in prenatal consultation; using a questionnaire designed to assess care provided by staff to pregnant women according to NOM-007-SSA2-1993. **Results:** The care given out for compliance: provide folic acid and implementation of tetanus toxoid, promotion and family planning counseling; however less care are practiced vaginal examination, physical examination of the mammary glands, home visit and Leopold maneuvers. **Conclusions:** Nursing staff must endeavor to develop in providing all the care established to ensure maternal and child health. **Keywords:** Prenatal care, nursing care, first level of care

---

(1)Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

**Fecha de recepción:** Noviembre de 2014. **Fecha de aceptación:** Diciembre de 2015.

Correspondencia: M.SP Ana María Oviedo Zúñiga  
Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, Km 3.5 Camino Viejo a Jilotzingo, Valle Hermoso, Zumpango México CP 55600  
Tel. (01)5919174140. Correo Electronico: floresoviedo@msn.com

## Introducción

La Salud Perinatal se ha convertido en una prioridad a nivel internacional, para mejorar la salud materna manifiesta en las agendas de Desarrollo Social, Equidad de Género y Salud Pública y constituye uno de los Objetivos del Milenio (ODM) de la Organización de las Naciones Unidas, cuya meta es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y lograr el acceso universal a la atención materna por personal calificado.<sup>11</sup>

La Organización Mundial de Salud (OMS) desde 1996 consideró al personal profesional de enfermería como un elemento estratégico para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de los servicios de atención obstétrica.

En 1999, propone a los estados miembros, incluido México, fortalecer y potencializar el desarrollo de los servicios de enfermería y partería, creando modelos para la atención humanizada y de calidad en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo. En mayo del mismo año, la Organización Panamericana de Salud (OPS) estableció una serie de estrategias a fin de favorecer el ejercicio de la enfermería y partería de los países miembros.<sup>10, 11, 12</sup>

La Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud, diseñó un modelo de atención obstétrica centralizada en la mujer gestante y su familia, que tiene como propósito aprovechar el potencial de la enfermera obstetra y perinatal con el fin de mejorar la calidad de la atención de las mujeres embarazadas y disminuir la morbilidad y mortalidad materna y

perinatal.<sup>13</sup> Cuyos resultados de la atención de Enfermería fue exitosa de acuerdo al control de la morbilidad y mortalidad de la mujer atendida en el Hospital General de Cuautitlán Estado de México.

En contraste se sabe del exitoso Modelo innovador aplicado en el Estado de México, reconocida por la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) destacó la labor aplicada en la Maternidad de Atlacomulco, que ha brindado más de 35.000 atenciones de salud reproductiva y atendido más de 2.500 partos desde el 2010, bajo un enfoque de género, derechos e interculturalidad y con cero muertes maternas para el 2013.

“Cada muerte materna es una tragedia, cada muerte materna prevenible es inadmisibles”, aseveró la Directora de la OPS/OMS, Carissa F. Etienne reconoció el compromiso del personal de salud de la maternidad por su “visión, compromiso y arduo trabajo”.

El Estado de México ha reducido las muertes maternas alrededor de un 42% en los últimos 20 años. La entidad federativa, donde habita el 14% de la población mexicana, registró en 2010 una razón de mortalidad materna de 45.5 muertes por 100.000 nacidos vivos, 6 puntos por debajo del promedio nacional.

Entre las características que destacan el modelo de la Maternidad de Atlacomulco figuran su planta de personal compuesta por más de 70 enfermeras obstétricas y profesionales en enfermería, y su modelo de primer nivel de atención basado en el enfoque de atención primaria de la salud, el cual implica que el servicio fue

diseñado a partir de las necesidades culturales y sociales de las mujeres y sus familias, entre otras cosas.

Desde 2011, la OPS, oficina regional de la OMS para las Américas, trabaja junto a la Secretaría de Salud del Estado de México para mejorar la calidad del recurso humano y asegurar el acceso universal a servicios de maternidad. Ha capacitado a personal de salud de la maternidad, pero también del Estado con el fin de mejorar sus conocimientos en control prenatal, uso de tecnologías y manejo adecuado de las principales emergencias obstétricas, entre otros.<sup>8</sup>

Como evento natural, la maternidad debería estar libre de complicaciones y, por lo tanto, de muerte. Los fallecimientos derivados del embarazo, parto, puerperio y sus procesos de atención se consideran, en su mayoría, evitables con los recursos actuales. Sin embargo, cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas.<sup>7</sup>

El presente estudio pretende reconocer la función del primer nivel de atención para fortalecer el control prenatal con las acciones de consejería orientadas a diversas intervenciones durante el proceso gestacional. En este sentido, es necesario fortalecer las intervenciones destinadas a orientar, asesorar y educar a las mujeres para desarrollar autocuidado de la salud antes, durante y después del embarazo. Esta actividad concuerda con lo establecido por la OMS: “los profesionales especializados en esta área deberán promover el apoyo social, fungir como consejeros y educadores de las mujeres y sus familias y a las comunidades donde actúan, respecto al autocuidado reformulando las políticas públicas relacionadas con la salud de la

mujer y sus hijos”.

Una de las estrategias para velar la seguridad del embarazo es el Control Prenatal y que es definida como, “el conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza”.<sup>1</sup>

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, como se establece en la NOM-007-SSA2-1993 sin embargo cuando se aplica las intervenciones por el equipo de salud no especifica con claridad el papel del profesional de Enfermería en el cuidado del Control Prenatal, por ello la propuesta del objetivo del estudio es verificar los cuidados que brinda el personal de Enfermería en el Control Prenatal del Primer Nivel de Atención con base a la Norma Oficial Mexicana; el uso del enfoque de riesgo y la aplicación de cuidados eminentemente preventivos y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos, dichas decisiones deben ser basadas en el conocimiento del Profesional de Enfermería.

Es importante considerar que la detección oportuna del riesgo biológico incluye otros factores que contempla la Ciencia del Cuidado, brindar orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos

desde la gestación.<sup>4</sup> De este modo, con el Control Prenatal se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. La morbilidad Obstétrica hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir negativamente en la salud y el bienestar de madre e hijo. Los eventos de morbilidad más frecuentes son: Hemorragia, Infecciones, Preeclampsia y Trastornos Hipertensivos del Embarazo.<sup>4, 16</sup>

La mayoría de modelos de Control Prenatal no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa, algunos estudios consideran que éstos han sido deficientes, con consultas irregulares, larga espera y respuesta inadecuada en el cuidado de las mujeres.<sup>9</sup> A partir de los hallazgos sobre asociación entre mortalidad evitable en la infancia y calidad del Control Prenatal, se recomienda revisar la calidad de la atención en las instituciones que prestan servicios de salud a población materno-infantil. Sin embargo, la falta de evidencia no ha permitido identificar estrategias exitosas, lo cual podría considerarse una oportunidad para realizar investigación al respecto. De acuerdo con los resultados de un análisis, los expertos concluyeron que las mejoras en la calidad del Control Prenatal reducirían en 80% las muertes evitables. En contraste, un estudio de morbilidad materna severa en pacientes hospitalizadas, afiliadas al Control Prenatal: La atención al Control Prenatal adecuado y atención oportuna, mostró una incidencia de complicaciones extremas menor a 1.1% mientras que la morbilidad perinatal fue de 15% en embarazadas que no cuentan con adecuados servicios de salud.<sup>9</sup>

México reporta que el indicador de salud ha mejorado el promedio de consultas prenatales en instituciones públicas de salud. Mejorado asimismo indicadores tales como la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de 5 años y partos atendidos por personal calificado.<sup>9</sup>

La presente investigación tiene como **objetivo**: Identificar los cuidados que brinda el personal de Enfermería en el Control Prenatal a usuarias que acuden a instituciones del Primer Nivel de Atención en relación a la NOM-007-SSA2.

## Métodos

Estudio transversal y descriptivo; la población en estudio quedó constituida por 91 personal de enfermería del Primer Nivel de Atención de una Jurisdicción del Estado de México, que atendieron a pacientes embarazadas en la consulta del Control Prenatal, como criterios de inclusión solo se seleccionó al profesional de Enfermería que se encontraba brindando los cuidados del Control Prenatal en el momento del estudio y que la paciente atendida se encontrará en el segundo o tercer trimestre del embarazo.

El instrumento que se diseñó fue un cuestionario adaptada a la NOM-007-SSA2-1993. El instrumento se aplicó al personal de Enfermería cuyo requisito fue participar en los cuidados de la madre cuya edad gestacional se ubica en el segundo o tercer trimestre del embarazo y que fue atendida en Consulta Prenatal en instituciones del Primer Nivel de Atención. Los ítems están integrados por preguntas abiertas; mientras que las preguntas cerradas se maneja la Escala

## Artículo original

de Likert como nunca (0), algunas veces (1) y siempre (2). El cuidado del Control Prenatal como, aplicación del cuidado, promoción y educación para la salud.

La investigación se basó en los lineamientos Éticos de la Declaración Internacional de Helsinki y contempla la autorización de los participantes por medio de consentimiento informado

Se diseñó un cuestionario ex profeso para evaluar los cuidados proporcionados por el personal de enfermería a la paciente embarazada tomando como referencia la NOM-007-SSA2-199. Los apartados que integra el instrumento son:

I.- Cuidados generales de Enfermería y II.- Participación de enfermería en Consulta Prenatal.

## Resultados

Los participantes del estudio está integrado por 91 empleados como personal de enfermería; la categoría laboral que predominó fue Enfermería general (61.5%), seguida de Auxiliar de enfermería (20.9%) y por último Licenciatura en enfermería (17.6%). En cuanto al nivel académico la mayoría cuenta con estudios de Preparatoria (65.9%), seguidos los estudios universitarios (22 %) y por último Secundaria (12.1%). Existe gran variabilidad en la antigüedad de los participantes que va desde menos de un 1 año hasta 33 años, el promedio de años laborados es de 9.8 años y con una mediana de 5 años.

La identificación que tiene el profesional de Enfermería sobre los antecedentes de las madres, se encontró que en la mayoría

de los casos no se registra la respuesta de antecedentes personales (62.6%), ni de los antecedentes obstétricos (60.4%). Se sabe que el (13.2%) no refiere antecedentes personales y el (19.8%) no refiere antecedentes obstétricos. Entre los antecedentes personales de mayor presencia se encuentra la Diabetes y la Hipertensión Arterial ambos con el (8.8%), combinación de Hipertensión Arterial con Diabetes Mellitus (5.5%) y el problema de Anemia sólo fue encontrado en un caso (1.1%). De los antecedentes obstétricos patológicos, el más frecuente es el aborto (7.7%), seguido por IVU (5.5%) y cesarea (2.2%), el resto de las antecedentes como Preeclampsia y la Ruptura Prematura de Membrana presentan el (1.1%) y las infecciones sólo se presentó en un caso. Lo anterior muestra que en relación a los antecedentes patológicos y personales asociados al cuidado prenatal, en la mayoría de los casos no se registran dichos datos, dejando un vacío de información importante dado la intervención del profesional.

Al preguntar ¿Cuáles son los datos obstétricos de la paciente que atendió? Se reporta que el personal de enfermería si recaba la información relacionada a los datos obstétrico en su totalidad.

El estudio registra que la edad de la menarquía oscila entre los 9 a 16 años, encontrando que la mayor ocurrencia se da entre los 12 y 13 años (61.6%). En cuanto al cumplimiento de la prueba del Papanicolaou se registra en el (39.6%) de las mujeres indican que si se han realizado la prueba, mientras que el (60.4%) no se la han realizado. Asimismo, se encuentra la tendencia a tener de 1 y

2 embarazos; así como el intervalo de 0 a 1 hijo y el mismo número de partos. El número de embarazo reporta (47.3%) ha tenido 1 embarazo y el (30.8%) refiere 2 embarazos; el (49.5%) no ha tenido hijos y el (31.9%) tiene un hijo; (60.4%) no ha tenido embarazos y el (24.2%) ha tenido 1 parto. La investigación reporta que los antecedentes de riesgo para la población en estudio son los siguientes: ser menor de edad de 20 años (14.3%) cesárea (11%) y aborto (11%), embarazo de riesgo y muerte fetal ambos con el (5.5%). Estos últimos datos muestran inconsistencias, ya que el personal de enfermería identifica un porcentaje menor cuando responde a una pregunta abierta sobre antecedentes obstétricos patológicos; que cuando responde a través de una escala cerrada, lo que podría indicar la falta de dominio y claridad en la información por parte del personal que brinda la atención en el control prenatal.

De acuerdo a la clasificación de riesgo que refiere el Manual de Atención Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido en el Primer Nivel de Atención, se sabe que involucra el antecedente de Hipertensión con el (8.8%), en cuanto a la Hipertensión con Diabetes Mellitus (5.5%), la trascendencia de la clasificación de alto riesgo radica en la combinación de más de dos antecedentes, tal es el caso del Aborto, Cesárea, Infección de Vías Urinarias y Preeclampsia y cuyo manejo obstétrico se continua en un Primer Nivel de Atención sin la referencia a un segundo o tercer nivel según corresponda como lo establece la NOM-007-SSA2-1993.

En relación a los métodos anticonceptivos utilizados previo al embarazo, el

personal de enfermería si indaga sobre el método utilizado, para identificar que el (46.2%) utilizó condón, el (28.6%) vivió la sexualidad sin protección, el método inyectable y los métodos orales es del (9.9%), seguidos por el (3.3%) de implantes y por último el (2.2%) el parche, pese a ello se toma la decisión de la procreación.

La Norma Oficial Mexicana, establece que la madre debe acudir antes de las doce semanas de gestación a la primera consulta prenatal y contar por lo menos con 5 consultas del Control Prenatal antes de la resolución del parto, por lo que el profesional de Enfermería y el equipo de salud deben fortalecer dicha recomendación. Los resultados muestran que la mayoría (78.1%) acuden en el tiempo recomendado; pero el (21.9%) inicia un control prenatal tardío que pone en riesgo la salud del binomio. Al momento de aplicar el presente estudio el (35.2%) había acudido a 4 consultas prenatales, el (19.8%) con 5 consultas, seguido de (18.7%) con 3 consultas, (16.5%) con 2 consultas, el (6.6%) con 1 consulta y muy pocas pacientes con 6 y 7 consultas (1.1% y 2.2%) respectivamente. Es importante resaltar que el personal de Enfermería debe reforzar la Promoción para la Salud para iniciar el control prenatal, lo que se cumple en el (52.7%), mientras que el resto (47.3%) no promueve el inicio del control prenatal en las mujeres.

Entre las funciones del personal de Enfermería también se encuentra la revisión de los estudios de laboratorio que se ha realizado la paciente durante el embarazo, Este dato si es recabado, al (100%) por el profesional es decir

## Artículo original

precisa la existencia de dichos estudios prenatales; encontrando que los estudios que se realizan con mayor regularidad son: el Examen General de Orina, Química Sanguínea, Grupo y Rh (81.3%); seguidos de Biometría Hemática (75.8%), prueba VIH (73.6%), prueba del VDRL (64.8%) y revisión de Tiempos de Coagulación (60.4%).

Al cuestionar al personal de enfermería sobre la frecuencia con que ofrece los cuidados generales, encontramos que los aplican de manera variable, algunos cuidados son ofrecidos por el (86.8%), mientras que otros sólo son practicados por el (20.9%).

Los cuidados de Enfermería que están considerados para identificar el cumplimiento a partir de la NOM-007-SSA2-1993.

Los resultados muestra que los cuidados aplicados a mujeres atendidas en el Primer Nivel de Atención durante el Control Prenatal de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993 no se cubre de manera cotidiana al 100%, los resultados muestran las intervenciones con más participación del personal de Enfermería como se describen a continuación: la administración de Ácido Fólico, vacuna TTD, promoción y orientación sobre planificación familiar, valoración del riesgo obstétrico, medición y registro de peso y talla, cuidados sobre los movimientos fetales, identificación de signos y síntomas de alarma del embarazo, carnet perinatal, calcular la fecha probable de parto, exploración de la frecuencia cardiaca fetal, cálculo de las semanas de gestación, medición del crecimiento

uterino; en cambio las Maniobras de Leopold, visita domiciliaria, exploración física de las glándulas mamarias y exploración vaginal son los cuidados menos practicados, dicho resultado muestra una tendencia al alejamiento de la práctica clínica es decir la relación clínica del personal de Enfermería hacia con la mujer gestante se ha convertido en un cuidado superficial para la valoración del binomio y por ende puede ser una limitación para detectar de manera oportuna datos que sugieran riesgo para la salud obstétrica y perinatal. Los cuidados del Control Prenatal no contemplados en la NOM deberían ser motivo para un estudio futuro a profundidad (Ver Cuadro No. 1).

Así mismo, se evaluó, la participación del personal de Enfermería de la primera a la consulta subsecuente según sea el caso, considerando que el número de consultas es variable dependiendo de la duración del embarazo que ha transcurrido al momento de la investigación y el cumplimiento de cada paciente para acudir a la consulta prenatal. En la primera consulta los cuidados que más práctica el personal de Enfermería son: La importancia del Ácido Fólico y signos y síntomas de alarma, registro en el expediente, protección específica Toxoide Tetánico, informa sobre la condición actual del embarazo, es de llamar la atención que no existe cuidado que se cubra al 100%. En la segunda consulta: Interroga sobre patologías preexistentes y las agregadas, identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edema, sangrado, signos de infección de vías



**Cuadro I: Cuidados de enfermería proporcionados a madres atendidas en el primer nivel de atención en la consulta prenatal basada en la nom-007-ssa2-1993.**

<b>NOM-007-SSA2-1993</b>	<b>SIEMPRE (%)</b>
Exploración física de la glándula mamaria.	35.2
Medición y registro de peso y talla	82.4
Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).	79.1
Proporcionó Ácido Fólico	86.8
Promoción y orientación sobre planificación familiar.	84.6
Carnet perinatal	78.0
Valoración del riesgo obstétrico	84.6
Valoración del crecimiento uterino	50.5
Cuidados para exploración vaginal	20.9
Exploración de Frecuencia Cardíaca Fetal	59.3
Cuidados sobre los movimientos fetales	80.2
Cuidados de las Maniobras de Leopold	44.0
Cuidados para la Fecha Probable de Parto	62.6
Cuidado para el cálculo de la Semanas de Gestación	57.1
Aplicación de Toxoide Tetánico Diftérico	86.8
Visita domiciliaria	40.7

urinarias y vaginales) e información de la clasificación de bajo o alto riesgo; en la tercera consulta: Información de planificación familiar, informa sobre la existencia de algún riesgo del embarazo e identificación de signos vitales; en la cuarta consulta: Orientación sobre signos y síntomas de alarma, orienta sobre el Tamiz Neonatal, alimentación al seno materno y valoración del riesgo obstétrico en la quinta consulta: Promoción de lactancia y alojamiento conjunto, manejo del recién nacido y orientación al parto y puerperio; y en las consultas subsiguientes: orientación de

las gestantes a las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención, aplicación de Toxoide tetánico y Prescripción de ácido fólico y hierro. Es importante señalar que en ningún caso se cumple cada cuidado al 100% y el cumplimiento de todos ellos no se lleva a cabo para proteger de manera cabal con el objetivo que marca el Control Prenatal.

Los cuidados menos atendidos por el personal en la primera consulta son: revisión de estudios de laboratorio Biometría Hemática, Química Sanguínea, Glucemia VDRL, EGO y HIV, recomendación de la alimentación e información sobre la condición actual del embarazo. En la segunda consulta están: Explicar los resultados de Exámenes de laboratorio y revisar la frecuencia cardíaca fetal. Para la tercera consulta reportan: Revisar nuevos estudios de laboratorio y gabinete, informar sobre algún riesgo de embarazo y explorar físicamente a la paciente. La cuarta consulta: recibir explicación sobre evacuaciones del bebé e informar sobre posición correcta de dormir. En la quinta consulta reportan: Medidas de autocuidado de la salud, orientación nutricional para la madre y profilaxis de Hierro y Ácido Fólico e Información que todo embarazo de 41 semanas o más es embarazo de riesgo y para consulta subsecuente se sabe que los cuidados menos atendidos son: Prescripción de Ácido Fólico y hierro y aplicación de Vacuna TTD segunda dosis. Los resultados muestran la irregularidad para ejercer los cuidados preventivos en el Primer Nivel de Atención, dando pauta a generarse posibles complicaciones

## Artículo original

que puede poner en peligro la vida de la madre e hijo, papel que debe asumir el equipo de salud incluido el profesional de Enfermería para el cuidado de la salud en el embarazo (Cuadro IIA y Cuadro IIB).

**Cuadro IIA: Cuidados de enfermería proporcionados a madres atendidas en el primer nivel de atención en la consulta prenatal basada en la nom-007-ssa2-1993.**

NOM-007-SSA2-1993	SIEMPRE (%)
<b>PRIMERA CONSULTA n=91</b>	
Explicar la importancia del consumo del Ácido Fólico	92.3
Registro en el expediente	85.7
Informa sobre la condición actual del embarazo.	82.4
Brindó información y recomendación de complementos alimenticios y nutrientes.	70.3
Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).	91.2
Biometría Hemática Completa, Química Sanguínea, glucemia, VDRL, EGO y HIV.	67.0
Orientación nutricional de la embarazada	70.3
Aplicación de la vacuna Toxoide Tetánico Diftérico	85.7%
<b>SEGUNDA CONSULTA n=84</b>	
Interrogó sobre patologías preexistente y las agregadas	84.6
Reviso la Frecuencia Cardiaca Fetal.	52.8
Explicó los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados en la primera consulta.	46.4
Información de la clasificación de bajo o alto riesgo	72.6
Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).	78.5

**Cuadro IIA: “continuacion” Cuidados de enfermería proporcionados a madres atendidas en el primer nivel de atención en la consulta prenatal basada en la nom-007-ssa2-1993.**

NOM-007-SSA2-1993	SIEMPRE (%)
<b>TERCERA CONSULTA n=74</b>	
Informa sobre la existencia de algún riesgo del embarazo	71.6
Identificación de signos vitales, somatometría y Frecuencia Cardiaca Fetal.	71.6
Nueva solicitud de Laboratorio y gabinete	68.9
Promoción y orientación sobre planificación familiar.	82.4
<b>CUARTA CONSULTA n=58</b>	
Valoración del riesgo obstétrico	81.0
Signos y síntomas de alarma	91.3
Orientó sobre el tamiz neonatal.	82.7
Técnicas de alimentación al seno.	82.7
Medidas para cuidado al cordón umbilical	74.1
Explicó el número y consistencia de evacuaciones del bebe.	33.0
Informó la posición correcta de dormir para evitar broncoaspiración.	72.4
<b>QUINTA CONSULTA n=28</b>	
El embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.	60.7
Medidas de autocuidado de la salud	18.7
Orientación nutricional de la embarazada.	20.9
Orientó sobre el parto y el puerperio	60.7
Orientó sobre el manejo del recién nacido.	67.8
Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva	78.5
<b>CONSULTA SUBSECUENTE n=26</b>	
Dos dosis de Toxoide Tetánico	73.0
Prescripción profiláctica de Hierro y Ácido Fólico	26.4
Atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.	76.9

## Discusión

El respaldo legal de la actuación del equipo de salud para velar por la seguridad del binomio, las disposiciones de la NOM-007-SSA2-1993, los resultados muestra una débil intervención de acuerdo a los resultados obtenidos de la actuación de Enfermería en el Primer Nivel de Atención para el cuidado del Control Prenatal existe algunas carencias en cuanto a la aplicación y frecuencia de los cuidados prenatales brindados dejando vacíos importantes que pueden repercutir en la salud de la madre-hijo. Los cuidados menos ejercidos por el personal de Enfermería muestra una separación en la valoración clínica del personal hacia las usuarias en los cuidados que requiere competencia profesional como las Maniobras de Leopold, visita domiciliaria y exploración vaginal. Los cuidados menos atendidos por el personal en la primera consulta son: Otorgar Ácido fólico antes del embarazo y Proporcionar Ácido fólico 3 meses previos a la gestación. En la segunda consulta se encuentran: La explicación de los resultados de los exámenes de laboratorio. Para la tercera consulta reportan: Revisar estudios de laboratorio y gabinete, informar sobre algún riesgo de embarazo y explorar físicamente a la paciente. La cuarta consulta: recibir explicación sobre evacuaciones del bebé e informar sobre posición correcta de dormir. En la quinta consulta refieren: Información del embarazo de 41 semanas o más es un embarazo de riesgo, Consejería para embarazo, parto y puerperio saludable

y orientación de sobre temas: nutrición, planificación familiar, vacuna TTD, manejo del recién nacido, estimulación temprana, crecimiento y desarrollo, salud bucal/crecimiento y desarrollo del recién nacido y para la consulta subsecuente se sabe que los cuidados menos atendidos son: Aplicación de Vacuna TTD segunda dosis, orientación sobre atención institucional de parto y puerperio y prescripción de Ácido Fólico e Hierro.

Los resultados muestran la irregularidad para ejercer los cuidados preventivos en el Primer Nivel de Atención, dando pauta a generarse posibles complicaciones que puede poner en peligro la vida de la madre e hijo, papel que debe asumir el profesional de Enfermería para el cuidado de la salud en el embarazo, como lo establece La Organización Mundial de Salud (OMS) desde 1996 al considerar que el personal profesional de enfermería es un elemento estratégico para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de los servicios de atención obstétrica. Se ha demostrado la eficiencia del profesional de Enfermería en México como se muestra en Modelo de la Maternidad de Atlacomulco, modelo de primer nivel de atención basado en el enfoque de atención primaria de la salud, el cual implica que el servicio fue diseñado a partir de las necesidades culturales y sociales de las mujeres y sus familias, entre otras cosas.<sup>8</sup> El Modelo de la Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud que diseñó un modelo de atención obstétrica centralizada en la mujer gestante y su familia, que tiene como propósito aprovechar el potencial de la enfermera obstetra y perinatal con el fin de mejorar

la calidad de la atención de las mujeres embarazadas y disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.<sup>13</sup>

## Referencia

1. Hogan M C, Foreman K J, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, (1980-2008): A systematic analysis of progress towards Millennium Development.
2. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2009. [Consultado 2010 junio 11]. Disponible en: [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2009\\_SP\\_r3.pdf](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf)
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Nueva York: UNICEF, (2009). Goal 5. Lancet 2010; 375(9726):1609-1623.
4. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000. [Consultado 2010 junio 11]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Trabajando con individuos familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal, 2010. [Consultado 2010 junio14]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_MPS\\_09.06\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.06_spa.pdf)
6. Orozco-Núñez E, González-Block MA, Hernández-Prado B, Kageyama- Escobar LM, Aldaz V, Saucedo A, et al. Evaluación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2005. Resumen Ejecutivo. México: Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, (2006).
7. Gonzaga-Soriano, María Rode; Zonana-Nacach, Abraham; Anzaldo-Campos, María Cecilia; Olazarán-Gutiérrez, Asbeidi. (2014). Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud Pública de México, Enero-Febrero, 32-39.
8. La Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La Organización Panamericana de la Salud destaca el Modelo innovador de una maternidad del Estado de México. [Consultado 2014 octubre14]. [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=586:la-ops-destaca-modelo-innovador-maternidad-estado-mexico&catid=827:noticias](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=586:la-ops-destaca-modelo-innovador-maternidad-estado-mexico&catid=827:noticias)
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, Edición de 2012: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=214&Itemid](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=214&Itemid)
10. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. La Enfermería en la Región de las Américas- PHO/WHO. San Juan (Puerto Rico): PAHO-WHO; septiembre 1999. P.71. [acceso 4-12-2012] Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/hsonur3\\_es.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/hsonur3_es.pdf)
11. Salas-Segura S, Zárate-Grajales RA. Informe del Taller Internacional de Gerencia en Enfermería en los Servicios de Salud. México: PAHO/WHO; agosto 1999.P.170.[acceso 4.12.2012]Disponible:[www.paho.org/Spanish/Hsp/HSO/hsonur2.pdf](http://www.paho.org/Spanish/Hsp/HSO/hsonur2.pdf)
12. Revista CONAMED. Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. (2012); 17 Supl 1: S37- S41.
13. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la SSA. Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. México: Secretaría de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad; 2005. [acceso 30-11- 2012] Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cie>
14. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO, (2010).
15. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Nueva York: UNICEF, (2009).
16. Main D. Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. Lancet (2007); 370: 1381.
17. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
18. Orozco-Núñez E, González-Block MA, Hernández-Prado B, Kageyama- Escobar LM, Aldaz V, Saucedo A, et al. Evaluación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2005. Resumen Ejecutivo. México: Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, (2006).
19. Gonzaga-Soriano, María Rode; Zonana-Nacach, Abraham; Anzaldo-Campos, María Cecilia; Olazarán-Gutiérrez, Asbeidi. (2014). Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud Pública de México, Enero-Febrero, 32-39.
20. Revista CONAMED. Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. (2012); 17 Supl 1: S37- S41.

## Secreto médico: ¿informar o callar?

Olga Dionicia Osuna González<sup>1</sup>.

---



---

### Introducción

Dado que en la práctica clínica, como en el suministro en materia de salud en general es frecuente encontrar situaciones en las que hay que tomar decisiones, mismas que generan dilemas, acerca de nuestro actuar en diversas problemáticas, es indispensable analizar y razonar de manera profunda una solución que fundamente nuestro proceder en base a nuestra ética profesional y personal.

Al hablar de ética en salud podemos encontrar términos de bioética, ética medica y deontología médica, que frecuentemente se utilizan como sinónimos cabe mencionar que todos se refieren al bien común de los pacientes. La ética esta definida por la Real Academia de la Lengua Española<sup>(1)</sup> como el conjunto de normas morales que rigen la conducta humana, y es una ciencia práctica, normativa y a la vez teórica que se constituye por reglas de conducta que deben ser una obligación, la bioética es utilizada en el campo de la investigación y la deontología nos habla de deberes no

discutibles<sup>2</sup>

### Dilema Ético

La ética debe prevalecer entre los profesionales, técnicos y demás trabajadores del sector de la salud y muy esencialmente en la relación del médico con sus pacientes, sus familiares, y otros profesionales, mismos que están encaminados a lograr la preservación y mejoramiento de la salud de personas sanas y el tratamiento adecuado y recuperación de personas enfermas, dentro de un marco fraternal y humano profundamente científico; además de abarcar otros aspectos como el secreto profesional y el error médico.<sup>3</sup>

En la práctica médica existen afirmaciones éticas que han sido elaboradas en beneficio de los pacientes las cuales tienen como fin fundamentar una práctica con responsabilidad y pleno conocimiento de lo bueno o malo según los usos y costumbres en una sociedad determinada, estos deberes como el paliar, y en lo posible curar, cuidar y fomentar el bienestar físico, mental y

---

(1) Estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit.

**Fecha de recepción:** Febrero de 2015. **Fecha de aceptación:** Julio de 2015.

Correspondencia: Olga Dionicia Osuna González.

Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura "Amado Nervo". Tepic, Nayarit, México, C.P. 63155  
Tel. Fax. (01-311) 2118800.

## Comunicación breve

espiritual de los enfermos, respetando sus creencias, su manera de ser, su condición particular etc. son los que constituyen el valor que debemos dar a la calidad de atención y dignidad en el trato que cada paciente merece, de ahí que para abordar una situación en relación a lo que es la ética médica debemos tomar en cuenta los dos grandes principios hipocráticos, beneficencia y no maleficencia y sumar los desarrollados por Beauchamp y Childress<sup>(4)</sup> autonomía del individuo y justicia, en este contexto se plantea la siguiente interrogativa ¿Se puede dar a conocer a los miembros del Equipo de Atención Primaria un detalle que nos ha comentado un paciente en la consulta y que no quiere que lo sepa nadie? ¿Debería quedar reflejado dicho detalle en la historia clínica?

Un dilema ético nace cuando el profesional se enfrenta a dos o más alternativas para actuar en una situación, ambas son posibles e incluso pueden ser válidas, e incluyen principios éticos y valores, donde la cuestión es de carácter moral que busca asegurar el respeto a los principios fundamentales y que obliga a la reflexión y el análisis sobre el bien del paciente, antes de tomar una decisión que sirva para la prevención de problemas e incluso anticiparse a ellos.

Los principios éticos tales como el respeto por las personas, el consentimiento informado y la confidencialidad son básicos en la relación médico paciente sin embargo su aplicación en diferentes situaciones es con frecuencia problemática ya que médico, pacientes, familiares y otro personal de salud pueden no estar de acuerdo en cuál es

la manera correcta de actuar.<sup>5</sup>

En la esfera sanitaria el secreto profesional es un deber, asumido de manera compartida o derivada por todos los profesionales que participan en la atención médica de la persona.<sup>6</sup>

¿Informar o callar? Una cuestión importante es evaluar el daño, así como el respeto a la dignidad y seguridad del o los pacientes, en este contexto cuando un paciente pide guardar un secreto en relación a su condición o en relación a una situación que de alguna manera afecte su salud o la de terceras personas el profesional primero debe analizar las dimensiones de la información que ha de resguardar, la repercusión que la misma implica, dado que el paciente deposita en el profesional la confianza para contar su problema, pero al igual éste siente que es deber del médico guardar el secreto profesional sin pensar que, en algún caso dicho secreto implique la importancia de plasmar el detalle en la historia clínica del paciente o bien informar a su equipo multidisciplinario en relación a la relevancia de la información.<sup>7</sup>

Al respecto en México la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico nos dice en su apartado 5.5.1 " Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado

por el paciente, el tutor o representante legal<sup>8</sup>

Por otra parte en una encuesta realizada a más de 10,000 médicos sobre los dilemas éticos hay dos preguntas en relación al tema planteado, la primer pregunta es ¿Discutiría cuestiones de pacientes en situaciones que no protejan completamente la privacidad, como en reuniones sociales o charlando con otros médicos sobre temas no relacionados con el paciente? El 8.4% contesto que si, el 77.4 % contesto que no y el 14.2% que no sabia, la otra pregunta en cuestión es ¿Es aceptable romper la confidencialidad con el paciente si usted sabe que el estado de salud del paciente puede ser dañino para otros? El 53.2% contesto que si, el 20.2% contesto que no y el 26.6% dijo que no sabia tomando en cuenta estos resultados podemos inferir que aunque el código de conducta ética y las normas oficiales de muchos países dictan que los datos que se refieren a la identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; se les considera información confidencial lo cual ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional algunos profesionales están dispuestos a revelar la información.<sup>9</sup>

Uno de los ejemplos mas claros en este tipo de dilemas lo constituye un paciente con alguna enfermedad contagiosa que no quiere informar a su familia acerca de dicha enfermedad. Así, el profesional sanitario puede, incluso debe, revelar este secreto para alertar acerca de un posible daño a la familia o comunidad: el deber de revelar las circunstancias del contagio recae en primer lugar en la persona

contagiada, pero puede ser revelado por el profesional en circunstancias que el propio caso amerite.<sup>10</sup>

El dilema comienza cuando aquellos que son portadores pueden infectar a terceras personas, muchos profesionales de la salud se cuestionan hasta que punto es ético mantener en silencio el diagnóstico, sabiendo que su silencio puede causar la infección a otro ser humano, así, el secreto se mantiene hasta ciertos límites, no siendo considerado como una obligación absoluta.<sup>11</sup>

## Discusión

De manera histórica se considera que los profesionales de la salud tienen el deber ético de guardar el llamado secreto profesional que sustenta la confidencialidad del médico y puede ser compartida con otros miembros del equipo, el cual genera la confianza en la relación médico-paciente, este deber se apoya en los argumentos siguientes; la confianza social en la reserva de la profesión médica, el respeto a la autonomía del paciente que redundan en una justificación utilitarista del secreto médico.

No obstante hoy en día se han planteado excepciones que tienen como base evitar daños al paciente o a terceras personas, analizando el respeto a la autonomía nos lleva a la resolución de guardar el secreto a toda costa pero también se puede discernir que dicho respeto se vuelve ilógico si perjudica a otros, ahí el secreto no puede ni debe ser absoluto y pocos médicos deberían aceptar el compromiso de

## Comunicación breve

confidencialidad.

Dejar o no plasmado en la historia clínica dependerá mucho de lo relevante de la información para la salud tanto del paciente, como de las personas implicadas de alguna manera.

Manifestar la información, si se cuenta con un paciente que es tratado de manera integral, al equipo multidisciplinario, puede ser o no necesario según la pertinencia de acuerdo al vínculo profesional del equipo con el paciente.

El reto para el profesional de la salud es hacer de su práctica clínica una práctica cien por ciento ética, misma que permita al paciente obtener bienestar y le de un sentido de tranquilidad, en la medida posible que asegure el cumplimiento de todos los principios mencionados.

Documents/La confidencialidad.pdf

7. Elizabeth Villarreal Cantillo, Gloria VI. Dilemas éticos Ehtical dilemma. Salud Uninorte [Internet]. 2013;29(1):113–23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81728689013>

8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. 2012;

9. Bosch-Barrera J. Dilemas éticos en la práctica médica en 2010: reflexiones en torno a los resultados de una encuesta a más de 10.000 facultativos. 2011;XXII(1):113–8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87522172007>

10. Gutiérrez JJ, Gutiérrez JB, Guillén DG. Ética en el paciente VIH. Jornadas de actualización en el tratamiento del paciente con VIH [Internet]. Madrid: Gráficas Enar; 2005. p. 5–78. Disponible en: [http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4\\_AF\\_VIH\\_2004/1\\_etica\\_en\\_el\\_paciente\\_VIH.pdf](http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/1_etica_en_el_paciente_VIH.pdf)

11. Pio MIP de. Dilemas Éticos y Jurídicos en la pandemia del VIH/SIDA [Internet]. Anales de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas. Argentina; 2009. Disponible en: [bioetica.ancmyp.org.ar/user/files/02\\_Perez\\_de\\_Pio\\_2.pdf](http://bioetica.ancmyp.org.ar/user/files/02_Perez_de_Pio_2.pdf)

## Referencias

1. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española [Internet]. El Diccionario de la lengua española. 2014 [citado 2014 Abr 28]. p. 1. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=practica>

2. Russo AG a D. Ética, Bioética y Deontología Médica [Internet]. Argentina; 2015. Disponible en: [www.juscorrientes.gov.ar/informacion/.../docs/deontologia\\_medica.pdf](http://www.juscorrientes.gov.ar/informacion/.../docs/deontologia_medica.pdf)

3. Mora JF, Valle FC. Código de bioética para el personal de salud 2002 [Internet]. México, D.F.; 2002. Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7470.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7470.html)

4. Cervera VC. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Bioètica debat Trib abierta del Inst Borja Bioètica [Internet]. 2011;17(64):1–7. Disponible en: [http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat\\_es/article/view/257101](http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/257101)

5. Williams JR. Manual De Etica Medica 2a ed. [Internet]. Dennet R, editor. Reino Unido: Unidad de Ética de la Asociación Médica Mundial; 2009. 140 p. Disponible en: [www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/.../ethics\\_manual\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/.../ethics_manual_es.pdf)

6. Júdez J, Nicolas P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. 2015;118(1):18–37. Disponible en: <http://www.parctauli.cat/tauli/cat/professionals/Consellprofessional/cea/>



## Uso del placebo en el paciente hipocondriaco: implicaciones éticas.

Kenia Guadalupe Rodríguez Romero<sup>1</sup>.

---



---

### Introducción

La hipocondría se define como un trastorno que se caracteriza por la existencia de miedo debido al convencimiento de padecer una enfermedad importante, basándose en una mala interpretación de los síntomas somáticos que cree tener, lleva al paciente a tener una demanda continua de consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos, que resultan normales, pero persiste la idea de tener alguna enfermedad.<sup>1</sup> La prevalencia es de 4% a 9%; se considera que el paciente hipocondriaco genera gastos en salud importantes por pruebas diagnósticas y hospitalizaciones innecesarias, constituyendo un factor generador de excesiva demanda de atención médica.<sup>2</sup>

Para poder tratar a los pacientes con este trastorno, el médico debe ser capaz de aliviar los síntomas, disminuir la demanda de atención, mejorar la satisfacción de los pacientes por la atención recibida y limitar los costos en salud.<sup>3</sup>

Algunos autores consideran que a veces no está indicada una medicación, pero el

paciente insiste en que le prescriban un medicamento; en esos casos, el uso del placebo puede mejorar la comunicación con el paciente. Sin embargo para utilizarlo existen principios básicos bien establecidos en el informe Belmont de 1979 así como en la Declaración de Helsinki.<sup>4</sup>

Se ha considerado que el placebo es un elemento indispensable en muchos ensayos clínicos aleatorios, pero en la práctica clínica diaria su uso resulta con mayores limitantes.<sup>2</sup>

El concepto de placebo es una intervención diseñada para simular una terapia médica, la cual no tiene efectos específicos para la condición que está siendo aplicada, no tiene efectos fisiológicos ni bioquímicos sobre la enfermedad o condición en estudio. El efecto placebo es la reducción de los síntomas como resultado de la percepción de los pacientes de estar recibiendo una intervención terapéutica, este efecto puede durar de dos a tres semanas y el paciente puede volver a presentar síntomas.<sup>5,6</sup>

---

(1) Estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit.

**Fecha de recepción:** Febrero de 2015. **Fecha de aceptación:** Agosto de 2015.

Correspondencia: Kenia Guadalupe Rodríguez Romero

Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura "Amado Nervo". Tepic, Nayarit, México, C.P. 63155

Tel. Fax. (01-311) 2118800. Correo Electronico: keniasumarodriguez@hotmail.com

## Desarrollo

Tanto en el Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) como en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10) se clasifica la hipocondría entre los trastornos somatoformes.

El paciente hipocondriaco suele acudir a la consulta médica con quejas por síntomas físicos que no tienen una causa orgánica clara y se asocian a algún síntoma psicológico o de conducta, lo que genera en estos pacientes una práctica clínica inadecuada e ineficaz, una relación médico-enfermo frustrante y iatrogénica así como procedimientos diagnósticos y terapéuticos inadecuados, hospitalizaciones innecesarias, rehabilitaciones fallidas y limitación sociolaboral.<sup>3</sup>

La hiperfrecuentación de servicios de salud, realización de excesivas pruebas diagnósticas, uso de polifarmacia e incluso realización de procedimientos quirúrgicos innecesarios en el paciente hipocondriaco causa problemas no solo de forma individual y familiar sino a la vez a los servicios de salud.

Para el tratamiento del paciente hipocondriaco se recomienda el uso de la psicoterapia así como tratamiento farmacológico cuando los síntomas se asocian con estrés y ansiedad; los fármacos más utilizados son: Fluoxetina, Paroxetina, Amitriptilina, Venlafaxina y Duloxetina. En cuanto a la psicoterapia, se realizó una revisión sistemática donde se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados que utilizaron: terapia

cognitiva, terapia conductual, terapia cognitivo-conductual y manejo del estrés; concluyendo que fueron eficaces para controlar los síntomas en los estudios revisados.<sup>7</sup>

Para poder utilizar el placebo en la práctica clínica no debe existir ninguna terapia adecuada para la enfermedad ni presumirse que existan efectos secundarios importantes, el tratamiento con placebo no debe durar demasiado tiempo y no debe infligir riesgos inaceptables.<sup>6</sup>

El uso del placebo es evidente en algunas enfermedades donde el dolor juega un rol importante y en enfermedades psicósomáticas pero desde la perspectiva de la medicina basada en evidencia, no hay una indicación precisa de terapia en base a placebo.<sup>8</sup>

Se considera que la medicina tiene dos puntos de vista en relación al placebo en la práctica clínica. Por un lado, el placebo se menosprecia por considerarse una intervención inerte y engañosa destinada a agrandar o aplacar el paciente pero sin ningún potencial de producir un beneficio terapéutico significativo. Por otro lado, el efecto placebo se promociona como tener el poder de producir alivio sintomático sustancial a través de una amplia gama de condiciones médicas.<sup>9</sup>

Una revisión sistemática publicada en el año 2013 no se encontró que las intervenciones placebo tengan efectos clínicos importantes. Por ello se cuestiona si los placebos tienen efectos insignificantes entonces su uso generalizado en la práctica clínica parece injustificada y se sugiere que

las intervenciones placebo no deberían ser utilizadas fuera de los ensayos clínicos. En contraste, algunos estudios señalan que un tercio de los pacientes se recuperaron después de tomar placebos y dedujeron que el efecto placebo causó la cura, sin embargo la mejora después de tomar el placebo podría haber sido debido a la historia natural de la enfermedad.<sup>10</sup>

## Conclusion

El uso ético del placebo en la práctica clínica debe basarse en expectativas realistas y apoyarse en las mejores prácticas médicas. Por ello en el ámbito clínico aún es visto como controversial. Sin embargo, algunos autores confirman que siempre que el efecto placebo se utilice como tratamiento complementario en la práctica médica y siempre que no haya engaño del paciente, consideran que el efecto placebo en general no plantea problemas desde una perspectiva ética.

Otro punto de vista es que el uso de placebo se debe limitar solo a los estudios clínicos, debido a que no se ha encontrado evidencia de que el placebo tenga efectos clínicos significativos por lo que no se recomienda su uso en la práctica médica.

Después analizar y valorar la perspectiva de diversos autores sobre el uso del placebo en la clínica podemos concluir que prescribir una tableta placebo a un paciente hipocondríaco, sería una falta a la ética, si consideramos que la hipocondría es un trastorno para el cual existen tratamientos que se han evaluado

como efectivos, además basándonos en la declaración de Helsinki se estipula que está justificado éticamente solo en estudios clínicos bajo ciertos criterios. Cometeríamos una falta a la beneficencia, ya que no existen bases científicas de que el placebo funcione como tratamiento terapéutico, a la justicia y no maleficencia ya que no podemos privar al paciente hipocondríaco de tratamientos efectivos, y a la autonomía si no informamos al paciente las opciones de tratamiento que existen y decidimos prescribirle placebo.

## Referencias

1. Marangoni A. El origen de las palabras: etimología de algunos términos usados en medicina. Revista argentina. 2009; 73(2):149-152.[Consultado 4 de abril 2015 4]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-99922009000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922009000200002&lng=es&tlng=es).
2. Smyth E, Mai M, Ducis J, Haedo G .Trastorno de ansiedad por la salud. Hipocondría: cuando la convicción sobre la enfermedad es el trastorno. Revista del hospital J.M Ramos Mejía.2012; 17(1) [Consultado 10 de abril 2015]; Disponible en: <http://www.hospitalramosmejia.info/r/201201/366.pdf>
3. Caballero L, Caballero F. Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. JANO.2008. [Consultado 4 de abril 2015]; Disponible en: [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029_LR.pdf)
4. Díaz J. El placebo: luces y sombras. Rev haban cienc méd. 2008;7(4): [Consultado 7 de abril 2015 ]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2008000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2008000400011&lng=es)
5. Celedón C. Criterios para el uso del placebo: Aspectos éticos. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.2008;68(3) [Connsultado17 de Abril 2015];68(3).Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162008000400007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162008000400007&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-48162008000400007.
6. Diaz L. El placebo y el efecto placebo. Revista Cubana de Hematol, Inmunol y Hemoter.2014;30(3) [Consultado 2015 Abril 10]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubheminhem/rch-2014/rch143d.pdf>
7. Thomson A, Page L. Psychotherapies for hypochondriasis. Cochrane Database of Systematic Reviews.2007.(4) [citado 2015 Abril 19]; Disponible en: DOI 10.1002/14651858.CD006520.pub2
8. Tempone S. El placebo en la práctica y en la

## Comunicación breve

investigación clínica. An. Med. Intern.2007. [Consultado 2015 Abril 10];24(5).Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021271992007000500010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992007000500010&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992007000500010>.

9. Miller G, Brody H. What makes placebo-controlled trials unethical?. AJB. [internet] 2002. [Consultado 2015 Abril 19]; 2(2). Disponible en: [http://muse.jhu.edu/journals/american\\_journal\\_of\\_bioethics/v002/2.2miller.pdf](http://muse.jhu.edu/journals/american_journal_of_bioethics/v002/2.2miller.pdf)

10. Friedemann H, Tsakok W, Tsakok T, Perera F, Heneghan U. Are Treatments More Effective than Placebos? A Systematic Review and Meta-Analysis. JPONE.2013. [Consultado 2015 Abril 19]. Disponible en: DOI: 10.1371/journal.pone.0062599.

## Cáncer de mama en el hombre y factores socioculturales

María Guadalupe Herrera López <sup>1</sup>. Rosa Francisca Rosales Cedillo <sup>2</sup>. Nicolas Padilla Raygoza <sup>3</sup>.  
Martha Ofelia Valle Solís <sup>4</sup>.

---

---

### Introducción

El cáncer de mama en el hombre es una entidad clínica de menor frecuencia que en la mujer, su incidencia está en aumento, parece estar relacionado con la exposición a radiaciones ionizantes y a situaciones de hiperestrogenismo como la cirrosis o el síndrome de Klinefelter.<sup>1</sup> La incidencia de cáncer de mama en el hombre está en aumento alrededor del mundo y son factores socioculturales los que en determinado momento influyen en este incremento. De acuerdo a los datos estadísticos se tiene considerado un mayor porcentaje de incidencia de casos de cáncer de mama en mujeres, pero también se toma en consideración que se presenta en hombres en menor porcentaje, la mama del varón es un órgano rudimentario, donde el desarrollo del cáncer es poco frecuente. En el presente ensayo se desarrollan temas como el cáncer de mama en el hombre y como éste se presenta en el varón, sus características propias a diferencia con la mujer. Como se ha venido presentando en diferentes países del mundo y como los factores socioculturales repercuten

en el varón para acceder a los servicios de salud para recibir atención médica, desde la perspectiva del (MPS) Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender los factores personales y socioculturales influyen en el varón en el cuidado de su salud.

### El cancer de mama en el hombre

El cáncer de mama (CIE 10 C50 tumor maligno de mama) es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios que tienen la capacidad de diseminarse.<sup>2</sup>

El cancer de mama en el hombre es considerado como una entidad rara, algunos autores lo consideran una curiosidad médica, el comportamiento clínico de estas lesiones es igual al cancer de mama en la mujer y su enfoque terapéutico también, sin embargo, en la literatura mundial se está de acuerdo en que el comportamiento de estos tumores es más agresivo y su pronóstico es pobre en relación al cancer de mama que presenta la mujer. La mayoría de los pacientes se presentan en estadíos

(1) Estudiante de Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato Campus Celaya, Salvatierra.

(2) Profesor de tiempo parcial. Tutora de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

(3) Profesor Titular A. Coordinador del Supercurso Latinoamericano de Epidemiología, Internet y Salud Global.

(4) Profesor Tiempo Completo Asociado "C", Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit.

**Fecha de recepción:** Julio de 2015. **Fecha de aceptación:** Noviembre de 2015.

Correspondencia: Dra. Martha Ofelia Valle Solís

Mina Peñafiel No. 20, Fracc. Minas de Xalli, CP. 63787, Tepic, Nayarit, México.

Tel. 3111012098. Correo Electronico: vallesolismarthaofelia@gmail.com

## Comunicación breve

avanzados, la localización central del cancer mamario en el hombre, le brinda peor pronóstico pues al tener menor cantidad de parénquima mamario la invasión linfática axilar es precoz.<sup>3</sup>

La enfermedad de cancer de mama en el hombre a pesar de tener una baja incidencia en comparación con la enfermedad de la glándula mamaria en la mujer, tiene un impacto devastador en la salud del hombre pues tiene un grave pronostico y solo el diagnostico muy precoz de la enfermedad podrá mejorarlo. En este contexto la evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales, tendrá un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más accesibles y pueden administrarse con menos recursos. En ello reside la importancia de la detección temprana de la enfermedad y por ende del acceso a los servicios de salud.<sup>4</sup>

El acceso se concibe como el proceso de interacción entre usuarios y servicios con la finalidad de permitir que el individuo enfermo reciba el servicio. En otras palabras es la capacidad que tiene la población de buscar servicios de salud y obtener atención, el acceso depende de factores propios de la población, la organización y el otorgamiento de los servicios y las relaciones entre ellos.

Sin duda podría considerarse que a los servicios de salud en el país les falta tomar en cuenta al hombre en el contexto de cancer de mama, el personal de salud tanto médicos como enfermeras, solo se enfocan en las mujeres “ que si ya se realizó la mamografía, que si acostumbra a explorar sus senos una vez al mes, que

si ya se realizó el papanicolaou, que si ya cuenta con el DIU dispositivo intrauterino, o cualquier otro método anticonceptivo,” desde luego que se le presta toda la atención a la mujer y se ha dejado de lado al hombre; que ya de por si éste no realiza acciones preventivas para su salud, solo acude a solicitar atención médica cuando su malestar está presente.<sup>5</sup>

En México, se diagnostican cada año menos de 100, representando el 0.7% de los casos de cáncer de mama, con una relación femenino-masculino de 144 mujeres por cada hombre.<sup>5</sup> Muchos de los pacientes con cáncer de mama acuden a recibir atención médica lamentablemente en estadios avanzados, desafortunadamente 4 a 17% de los canceres de mama en los hombres se presentan inicialmente con enfermedad metastasica.<sup>6</sup>

Si bien es cierto se están presentando casos en diferentes partes del mundo, pero en México también y no es la excepción se están presentando casos de cancer de mama en el hombre, y lo más triste es que no hemos creado una cultura en el hombre de atender su salud, de cuidar su cuerpo. Lo cual si se debería tomar como marco de referencia para concientizar a la sociedad y sistemas de salud que también se requiere de medidas preventivas en el hombre, ya que en años posteriores las tasas de morbilidad de cáncer de mama en hombres estarán en aumento y esto también es un costo alto para el sistema de salud, impacto en la sociedad, en la familia y en el varón.

Este desconocimiento coloca al hombre en desventaja frente a la mujer en

relación al diagnóstico precoz de la enfermedad. Por este hecho los hombres pueden tener la creencia de que ellos no pueden padecer cáncer de mama y por consiguiente son barreras de conocimiento que los limita a realizar acciones que contribuyan al cuidado de su salud. Situación a la que contribuye la falta de promoción y publicidad dirigida a la población masculina. Cuando se diagnostica el tumor, suele estar más avanzado que en las mujeres, ya que el varón tiene menos grasa y tejido conjuntivo por lo que el tumor tarda menos tiempo en diseminarse hacia ganglios y torrente sanguíneo.<sup>7</sup>

### **Factores socioculturales**

Por otra parte los factores socioculturales en la identidad masculina está relacionada con la desvalorización del autocuidado y la poca preocupación con la salud<sup>8</sup>. Se sabe que los hombres prefieren servicios de salud que atiendan más objetivamente sus demandas, tales como farmacias y atención de emergencia que garantiza la atención más rápida y resuelve sus necesidades con mayor facilidad.<sup>9</sup> Y si a esto se agrega la falta de vínculo y acogimiento por parte de las unidades de salud pueden llevar al alejamiento de los varones para el cuidado con su salud.<sup>10</sup>

Los factores socioculturales influyen sin duda en el varón para que éste no tenga la cultura de explorar sus senos, porque si bien es cierto para el varón podría sonar hasta burdo explorar sus senos o acudir a que le realicen una mamografía, quizá exista el machismo en él. Se puede pensar en diversos obstáculos como el desconocimiento de que el cáncer de mama también lo padecen

los hombres, el bajo nivel educativo, económico, creencias y tabúes en torno a la enfermedad. Según Pender además incluye las variables la acultura, etnia y raza<sup>11</sup>, falta de disponibilidad de los servicios de salud, largos tiempos de espera en la consulta o pruebas diagnósticas entre otros factores, pueden llevar a los hombres a postergar la búsqueda de atención.

El tema de cáncer de mama y los factores socioculturales, sin duda influyen bastante en la cultura, en donde se creó, donde aprendió sus costumbres, sus ideas, sus pensamientos, el tipo de familia, el grado de estudios, el nivel socioeconómico. Sin duda estos factores influyen de manera directa en el comportamiento del hombre para cuidar su salud y su propio cuerpo. Es por eso que es una tarea ardua el concientizar al varón respecto a la prevención de cáncer de mama.

### **Conclusiones**

El Modelo de Promoción de la salud de Nola J Pender, establece que los individuos pueden comprometerse e involucrarse en conductas promotoras de salud de los cuales ellos anticipen beneficios personales, se perciban competentes o autoeficaces y con conocimientos previos para ejecutarlas. De acuerdo a Pender las influencias situacionales en el entorno externo del individuo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. Por lo tanto las intervenciones en el ámbito de la salud pública son necesarias. Estas deben ser capaces de alcanzar y sensibilizar a los hombres en

## Comunicación breve

relación al cáncer de mama, permitiendo conocimientos necesarios que estimulen prácticas positivas, principalmente en los grupos de riesgo. En este sentido las acciones de salud, así como la evaluación de la efectividad y los factores socioculturales son necesarias.<sup>11</sup>

## Referencias

1. Martínez-Tlahuel et al, Cancerología 1(2006):pp 201-210
2. Secretaria de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. Prevención y Diagnóstico Oportuno del Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención. II Tumores (Neoplasias) C00-D48 C50 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA. GPC. México, D.F. CENETEC. 2010: pp 3-32.
3. Rosasco M, Dardo C, Carzoglio J. Cáncer de mama masculina en Uruguay. Rev Esp Pat. 2004; 37 (3): 253-261.
4. López L, Suárez L, Torres L. Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Salud Pública Mex. 2009; 25 (2): 345-349.
5. Secretaria de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica. MÉXICO: NUMERALIA DEL CÁNCER DE MAMA. México. D.F. Tómatelo a pecho y observatorio de la Salud. 2011: pp 1-5.
6. Gutiérrez G, et al, cáncer de mama en hombres, Hospital ABC, volumen 42 num. 1, ene-mzo. 1997, pp 30-33
7. Nigenda G, Caballero M, González L, Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. Salud publica Mex. (revista en la internet) 2009 [marzo 13 2014], 51 disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
8. Araujo M, Leitao GCM. Acceso a consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiencias de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública, marco-abril 2005; 21 (2): 396 – 403.
9. Figueiredo W. Assistência a saúde dos homens: un desafío para os servicios de atencao primaria. Ciénc Saúde Colet. 2006; 10 (1):10-59
10. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7° edición. España: Elsevier; 2011.
11. Pender Murdaugh, Parson. Health Promotion in Nurging Practice Pearson Educación: New Jersey; 2002.



## Instrucciones para los autores

Instrucciones para autores La revista Waxapa es un órgano de divulgación científica del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nayarit, de periodicidad semestral indexada en IMBIOMED y LATINDEX que publica colaboraciones originales e inéditas de autores mexicanos y extranjeros. Se consideran de interés los temas de Salud, agrupados en las siguientes áreas: Historia y Filosofía de la Salud, Educación en Salud, Clínica, Terapéutica y Farmacología, Salud Pública y Sistemas de Salud y Biomedicina.

Los manuscritos deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores que exprese la conformidad con su contenido y su intención de ceder a la revista los derechos de autor; se podrán entregar en la Unidad Académica de Medicina de la UAN o enviarse por correo electrónico a [revistawaxapauan@uan.edu.mx](mailto:revistawaxapauan@uan.edu.mx).

Solo deben constar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del manuscrito y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido. La inclusión de otras personas como autores, por amistad, reconocimiento u otras bases no científicas, constituye una falta de ética.

Waxapa, en lo general, se apega a los Requisitos Uniformes para las Publicaciones Enviadas a Revistas Biomédicas (ICMJE Recommendations, que aparecen en <http://www.icmje.org>) y a las guías y directrices internacionales para la presentación y evaluación de informes de investigaciones en salud reunidas en Equator Network (en <http://www.espanol.equator-network.org/home/>).

Las contribuciones quedarán dentro de las categorías siguientes: Cartas al editor, artículo original, artículo de revisión, comunicación breve y editorial por invitación. Los artículos originales se enviarán en formato "IMRYD": introducción, métodos, resultados y discusión.

Extensión máxima de los diferentes tipos de manuscritos que recibe Waxapa:

	Palabras sin incluir resumen, tablas, figuras, ni referencias	Referencias	Cuadros y figuras
Artículo de revisión	4000	50	5
Artículo original	3500	35	5
Comunicación breve	1500	40	2
Cartas al editor	800	5	ninguna
Editoriales (por invitación del director)	800	5	ninguna

Los autores deberán preparar sus textos en Microsoft Word y usar programas como Excel o Power Point para crear las figuras y cuadros. Tipo de letra: Arial o Times New Roman 12, a dos espacios. Todos los márgenes serán de una pulgada (2.4 cm).

El manuscrito quedará separado de la siguiente manera: Título, autores y su afiliación en una cuartilla, resumen estructurado en otra, cuerpo del artículo, referencias bibliográficas y cuadros y figuras uno en cada cuartilla.

Los cuadros y figuras serán tratados como imágenes con una resolución mínima de 600 puntos por pulgada y entregarse en formato .TIF o .JPG.

El resumen estructurado no excederá una cuartilla e incluirá: Objetivos, métodos, resultados y conclusiones. A continuación de cada resumen se anotarán de 3 a 5 palabras o frases cortas-clave, que ayuden a clasificar el artículo. Se solicita a los autores que proporcionen la información completa acerca de cualquier beca o subvención recibida de una entidad comercial u otro grupo con intereses privados, para costear el trabajo en que se basa el artículo. Se debe dejar explícita cualquier situación que genere posible conflicto de intereses.



# LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT Y LA COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Convocan a profesionales interesados en cursar la



## MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Generación 2016 - 2017

Áreas de especialización:

**Odontología Preventiva - Salud del Adulto Mayor - Salud Comunitaria - Gerencia de Servicios de Salud**

Reconocida en el **PNPC** de **CONACYT**  
becas a estudiantes de dedicación exclusiva

### Objetivo del Programa

Desarrollar competencias profesionalizantes y de investigación para el desempeño de excelencia como gerentes, promotores y ejecutores en diferentes áreas de la Salud Pública.

### Líneas de Investigación del Programa

Diagnóstico, prevención y riesgos para la salud de la población - Gestión y calidad de los servicios de salud - Salud del adulto mayor

### Perfil y requisitos de ingreso

- Aprobar el examen de ingreso, EXANI III, con el puntaje mínimo requerido.
- Aprobar los exámenes de Inglés, Gestión de la Información y Estadística Básica.
  - Realizar entrevista con la Comisión de Selección.
  - Demostrar dedicación exclusiva al programa.
  - Motivación para el posgrado en Salud Pública.
  - Aprovechamiento mínimo de 80% en el pregrado.

### Documentación para aspirantes nacionales

- (2 copias de cada documento)
- Título universitario de licenciatura.
- Cédula profesional federal.
- Acta de nacimiento.
- CURP (Clave Única de Registro de Población).
- Credencial de elector (IFE).
- Certificado de calificaciones con promedio general (explicito) de licenciatura mínimo de 8 u 80.
- Carta de exposición de motivos.
- Currículum Vitae Único en formato CONACYT.
- 2 fotografías tamaño infantil blanco y negro.

### Documentación requerida para aspirantes extranjeros

- Acta de nacimiento\*.
- Título o diploma universitario de grado\*.
- Certificado de calificaciones de los estudios de grado\*.
- Dictamen de revalidación de estudios y promedio tramitado en SEP.
- Forma migratoria expedida por el Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación, con permiso expreso para realizar estudios de posgrado.
- Visa residente temporal de estudiante (expedida en el país de origen).
- \*Apostillados o legalizados para tramites internacionales.

### Calendario de actividades:

Recepción de documentos **15 - 26 ago 2016**.  
Examen de ingreso de Estadística **sep**.  
Curso propedéutico de Estadística **sep - nov**.  
Entrevistas **nov - dic**.

### Información y trámites:

Maestría en Salud Pública, UA de Medicina  
Telefono: (311) 211 88 00 ext. 8771  
Email: posgrado\_medicina@hotmail.com  
Coordinador: Dr. en C. Rogelio A. Fernández Argüelles



UAN 

