



SALUDJALISCO

Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco

Artículos originales

- Situación de las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles en trabajadores de oficina central, de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013
- Conocimiento de la influenza A H1N1 y medio de comunicación adecuado para informar a la población
- Experiencia y perspectiva del personal de salud y actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco
- Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública
- Depresión y Suicidio

Caso Clínico

- Isotretinoína a dosis bajas en el tratamiento de la Enfermedad de Darier-White

Cultura Médica

- Madre Ayer y Madre Hoy.
Hospital materno infantil "Esperanza López Mateos"

LA INFLUENZA PONE EN RIESGO TU SALUD

Si tienes fiebre repentina arriba de 38 grados, tos, dolor de cabeza, además de:

- Congestionamiento o flujo nasal
- Dolor de estómago, muscular, de articulaciones
- Cansancio o diarrea

Acude inmediatamente a la unidad de salud más cercana a atenderte

- Cúbrete al toser y estornudar
- Desinfecta objetos de uso común
- Lávate las manos con frecuencia y/o utiliza gel antibacterial
- Si tu hijo está enfermo no lo lleves a la escuela, guardería o lugares concurridos

CUIDA TU SALUD Y LA DE TU FAMILIA



Servicio de Salud Jalisco DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Jaime Agustín González Álvarez
Secretario de Salud

Dr. Antonio Cruces Mada
Director Gral. del Régimen Estatal de Protección Social en Salud

Dr. Celso del Ángel Montiel Hernández
Director General de Regulación Sanitaria

Dr. Eduardo Covarrubias Íñiguez
Director General de Regiones Sanitarias y Hospitales

Dr. Ricardo Loreto Hernández
Director de Descentralización y Proyectos Estratégicos

Dr. Jorge Blackaller Ayala
Director de Salud Pública

Lic. José Luis López Maldonado
Director General de Administración

Lic. Claudia Trigo González
Directora de Difusión y Diseño (Comunicación Social)

Dr. Luis Daniel Meraz Rosales
Director General de Planeación

Lic. Miguel Ángel Leyva Luna
Director de Contraloría

Dr. Carlos Eliseo Carvajal Cabeza de Vaca
Director de Afiliación y Aseguramiento

Dr. Dagoberto García Mejía
Director de Gestión Médica

Lic. José Antonio Amaya Santamaría
Director de Financiamiento

Dr. Antonio Luévanos Velázquez
Director de Desarrollo Institucional

Dra. Eréndira Nohemí Ponce Arroyo
Directora de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. José Raúl Alonso García
Director de Participación Social

C. Arquímidés Corona Velasco
Director de Recursos Materiales

Lic. Édgar Rojas Maldonado
Director de Recursos Humanos

Dra. María Guadalupe Becerra Leyva
Directora de Regulación de Bancos de Sangre

Dr. Martín López Rodríguez
Director de Laboratorios de Salud Pública

Dr. Ricardo Bañuelos Acosta
Director de Fomento Sanitario

Dr. Mario Martín Orozco
Director de Supervisión y Asesoría

Dr. Rigoberto Astorga del Toro
Director de Regulación de la Atención Médica

Lic. Arnoldo Jiménez de Lara Magaña
Encargado de la Dirección de Informática

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguía
Directora de Programación y Evaluación

Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
Jefe del Departamento de Investigación



Comité Editorial

Director-Editor

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Editores Asociados

Dr. Rafael Rivera Montero

Dr. Dionisio Esparza Rubio

Editores Locales

Dra. Mireya Guadalupe Rosales Torres

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria II

Dra. Irina Navarro Tapia

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria IX

Lic. Enfra. Beatriz Adriana Vázquez Pérez

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XIII

Dr. Raúl Villaroel Cruz

Jefe de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética del Hospital General de Occidente

Lic. Enfra. Martha Cecilia Mercado Aranda

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional Puerto Vallarta

Editores Nacionales

Dr. Emilio García Procel

Ex Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

Ex Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Leopoldo Vega Franco

Fundador de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, AC (AMERBAC)

Consejo Editorial

Dr. Jorge Blackaller Ayala

Dr. Antonio Luévanos Velázquez

Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Dr. Arturo Rangel Figueroa

Comité Científico

Dr. Jorge Blackaller Ayala

Director General de Salud Pública

Dr. Antonio Luévanos Velázquez

Director de Desarrollo Institucional

Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez

Jefe de Investigación Estatal

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Director-Editor de la Revista "Salud Jalisco"

Dr. Arturo Rangel Figueroa

Jefe de Epidemiología Estatal

Dra. Elisa Gil Hernández

Asesor y promotor de investigación SSJ

Mtro. Jorge Laureano Eugenio

Asesor y promotor de investigación SSJ

Dr. Alberto Briceño Fuentes

Jefe del Departamento de Enseñanza SSJ

Dr. César Zepeda Solís

Jefe del Departamento de Capacitación SSJ

Dr. José Miguel Ángel Van-Dick Puga

Director del Hospital General de Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre

Reumatólogo del Hospital General de Occidente

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Dr. José Fernando Barba Gómez

Director del Instituto Dermatológico de Jalisco

Dr. José Guerrero Santos

Director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

Dr. Adalberto Gómez Rodríguez

Director del Instituto Jalisciense de Cancerología

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez

Director General OPD Hospitales Civiles de Guadalajara



Dr. José Sánchez Corona

Director del Centro de Investigación Biomédica del IMSS

Dr. Héctor Raúl Maldonado Hernández

Sub Delegado Médico Estatal del ISSSTE

Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva

Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

Dr. Marco Antonio Cortés Guardado

Rector del Centro Universitario de la Costa

Dr. Jorge Manuel Sánchez González

Vice Rector Académico de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. Mario Adrián Flores Castro

Director del Instituto Tecnológico de Monterrey-*Campus* Guadalajara

Mtro. Héctor Abel López Llerenas Escalante

Rector de la Universidad del Valle de México *Campus* Zapopan

Lic. Raúl Enrique Solís Betancur

Rector de la Universidad Cuauhtémoc-*Campus* Zapopan

Dr. Ricardo Ramírez Angulo

Rector de la Universidad Guadalajara Lamar

Revista SALUD JALISCO, es una publicación oficial de la Secretaría de Salud Jalisco. Publicación Cuatrimestral editada por la Dirección de Desarrollo Institucional. Oficinas centrales calle Dr. Baeza Alzaga 107, Zona Centro. Guadalajara, Jalisco, México. CP 44100. Revista SALUD JALISCO es miembro de AMERBAC (Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C.) tiraje 2,000 ejemplares, portada en couché brillante de 250 gr cuatro tintas, interiores en couché mate de 135 gr cuatro tintas, más sobrantes para reposición. Número de Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo de título: en trámite. Número de Certificado de Licitación de Título: en trámite. Número de Certificado de Licitación de Contenido: en trámite. D.R. Composición tipográfica Minion Pro y Miriad Pro. Diseñada e Impresa en México, en la Dirección de Publicaciones del Gobierno del Estado de Jalisco, especialmente bajo la supervisión de la Mtra. Elisa Ramírez Guzmán, LDG Jorge A. Valdez Díaz y la LDG Mariana Gómez Ruiz. RevSalJal 2014.01.01. 01-68 Los conceptos publicados son responsabilidad de sus autores. El diseño estuvo a cargo de la Dirección de Publicaciones del Gobierno del Estado de Jalisco. Teléfono 3030 5000, ext. 35084. Correo electrónico: zenteno_gmo@yahoo.es



CONTENIDO

Bienvenida, Secretario de Salud	5
Dirección General de Salud Pública	6
Dirección General de Regiones Sanitarias y Hospitales	7
Dirección General de Planeación	8
Dirección de Desarrollo Institucional	9
Jefatura de Investigación	10
Artículos Originales	
Situación de las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles en trabajadores de oficina central, de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013	11
González-Álvarez J.A., Blackaller-Ayala J., Luévanos-Velázquez A., Rodríguez-Rodríguez J.G., Esparza-Rubio D., Pérez-Castillo M.G., Rivera-Montero R., Zepeda-Alfaro M.D., Laureano-Eugenio J., Zenteno-Covarrubias G.	
Conocimiento de la influenza A H1N1 y medio de comunicación adecuado para informar a la población	20
Zenteno-Covarrubias G., Hernández-Martínez M. E., Cárdenas-Castillo M. L., Laguna-Legorreta R. E., Vázquez-Santana F. J., Ochoa-Chávez E., Contreras-Gómez L., Hernández-Chávez C. E., García-Gutiérrez R. Gómez-Fonseca M. A.	
Experiencia y perspectiva del personal de salud y actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco	28
Laureano-Eugenio J., Villaseñor-Farías M., Mejía-Mendoza M.L., Márquez-Amezcua J. M., Ibarra-Garavito M.	
Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública	36
Alfaro-Alfaro N.	
Depresión y suicidio	47
González-Abarca A.J., Ramos-Corrales J., Nolasco-García E.A., Lara-Flores A., Ramírez-Piedras A., Márquez-Alcaraz M.E., Illán-López O.C., Amaya-G. M.R.	
Caso Clínico	
Isotretinoína a dosis bajas en el tratamiento de la Enfermedad de Darier-White	56
Bonilla-López S. C., Tarango-Martínez V.	
Cultura Médica	
Madre Ayer y Madre Hoy. Hospital materno infantil “Esperanza López Mateos”	62
Capuchino-Monreal Y., Valenzuela-Heredia R., Vázquez-Moreno J.P., Martínez-Ruiz N. M., Sánchez-Martínez C. S.	





BENEFICIOS

En la Secretaría de Salud Jalisco estamos interesados y comprometidos en dar cumplimiento a las funciones esenciales de la salud pública, es por ello que no sólo analizamos la situación de la salud de los jaliscienses, también nos interesa investigar y estar al pendiente de los riesgos, los daños, la promoción y la participación de los ciudadanos, entre otros.

En lo que toca a la investigación en salud pública, nos es muy grato presentar la revista SALUD JALISCO que a partir de esta fecha se convertirá en el órgano oficial para dar a conocer los trabajos científicos que el personal de salud está desarrollando, no sólo en nuestra entidad, sino también en otros Estados de la República.

Salud Jalisco inicia con la publicación de varios artículos de interés, el correspondiente a la “Situación de las enfermedades crónico degenerativas no trasmisibles en trabajadores de oficina central, de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013” nos revela datos interesantes que nos permitirán proponer acciones que mejoren la salud en general de quienes día a día se presentan a trabajar en esta dependencia.

“Experiencia y perspectiva del personal de salud y actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco”, trabajo que fue presentado en el Congreso Internacional de Salud Pública, celebrado en Medellín, Colombia, donde obtuvo el tercer lugar en trabajos libres.

Depresión y suicidio nos da información de qué es lo que lleva a los individuos a tomar esta fatal determinación y cómo se convierte en un fenómeno complejo que requiere de atención inmediata, no sólo de los especialistas, sino de la sociedad en general.

Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública nos llevan a reflexionar sobre lo que estamos haciendo quienes nos dedicamos a la práctica de la salud.

En el área de la cultura presentamos los murales que identifican al Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” y que son obra de los muralistas Guillermo Chávez Vega y Gabriel Flores García.

Todos los trabajos que en este primer número aparecen han sido elaborados por investigadores, médicos, enfermeras, psicólogos e interesados en proporcionar elementos que ayuden a los trabajadores de la salud y público en general a prácticas más sanas.

Con este número iniciamos un nuevo camino que esperamos sea utilizado por los interesados en la salud de las diferentes instituciones, la puerta está abierta y con mucho gusto los recibiremos.

A través del análisis del contenido, que hagan ustedes como lectores, de esta revista será sumamente valioso para nosotros el que nos envíen sus comentarios, tanto para asegurar la misma, como para enriquecer las propuestas de mejora en materia de salud para los jaliscienses, pensando siempre en el bienestar de nuestros enfermos.

Dr. Jaime Agustín González Álvarez
Secretario de Salud Jalisco



Dirección General de Salud Pública

La salud depende de una serie de factores determinantes entre los que se incluyen las condiciones de vida y los comportamientos de las personas y de los grupos. La investigación es un instrumento formidable a disposición de la salud pública para estudiar e intervenir sobre tales factores determinantes, ya que nos permite conocer los comportamientos, creencias, actitudes y percepciones de los problemas de salud, entre otros.

Para que un proyecto de investigación culmine de manera apropiada, se deben dar a conocer los resultados obtenidos, mismos que ayudarán a tomar decisiones que permitan un mejor manejo de los problemas de salud que se presenten.

En la Secretaría de Salud Jalisco se contará con la emisión de una revista científica, de publicación periódica que intentará recopilar los esfuerzos de aquellos que se dedican a esta actividad, que también refleje el progreso de la ciencia, incluyendo informes sobre las nuevas investigaciones y relatos de las acciones emprendidas por los trabajadores en diversos campos de la salud pública que compartan con el lector sus ideas, reflexiones y consejos.

Se pretende que los artículos publicados en cada edición representen lo más actual en la investigación en el campo de la salud, abordando los principales problemas regionales y/o nacionales.

En la Secretaría de Salud Jalisco, no existen antecedentes de un proyecto similar por lo que esta iniciativa del Secretario de Salud, Dr. Jaime Agustín González Álvarez, da respaldo a los investigadores de la entidad y abre el espacio para el intercambio de experiencias con otros Estados.

Finalmente, nos congratulamos por esta iniciativa de difusión y divulgación, que se cristaliza en la revista SALUD JALISCO, en hora buena y deseamos el mejor de los éxitos.

Dr. Jorge Blackaller Ayala
Director General de Salud Pública

Dirección General de Regiones Sanitarias y Hospitales

Le damos la más cordial bienvenida a la Revista SALUD JALISCO, órgano de difusión científica de la Secretaría de Salud Jalisco; en ella habrán de tocarse temas de gran importancia para la salud de los jaliscienses.

La salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.

Se ha trabajado con la intención de desarrollar los niveles organizativos de la población para que éstos puedan desarrollar su rol protagónico cuando tengan que decidir acciones que van en la vía de mejorar sus condiciones de vida.

Tratando de que la respuesta Social Organizada sea encaminada a los nuevos retos que la salud nos pone enfrente y poder cambiar el panorama epidemiológico que impera en el Estado de Jalisco.

A pesar de los avances en salud pública y atención médica, persisten dolorosas desigualdades entre regiones, municipios y grupos sociales. Los daños a la salud suelen ser mayores en el medio rural e indígena, que en las zonas urbanas; en la región del norte y algunos municipios de la costa sur del Estado, que en las regiones del centro y altos sur; en las familias de menores ingresos, que en los hogares con mayores recursos; en los grupos de la tercera edad, los menores de un año y mujeres embarazadas, que en la población joven. Por lo tanto podemos decir que si hay algo que caracteriza nuestro mundo actual es la enorme desigualdad: entre naciones, entre clases y conjuntos sociales. Desigualdad económica, social, cultural, educacional, informativa, sanitaria.

Sin haber resuelto todavía el rezago que representan las infecciones comunes, la desnutrición y los problemas

de salud reproductiva -destacando el embarazo en adolescentes-, tenemos ya, frente a nosotros, un conjunto de problemas emergentes representados por las enfermedades no transmisibles, los trastornos de salud mental, incluyendo las adicciones y el suicidio, y las lesiones tanto accidentales como violentas. Este doble reto de la salud pública de Jalisco consiste en cerrar la brecha de los rezagos y, al mismo tiempo, combatir frontalmente los problemas emergentes.

Se tiene que buscar una perspectiva de cambio que impacte en las unidades de salud del estado de Jalisco, impulsando a trabajar con calidad, con el objetivo de acreditar todas nuestras unidades de salud, brindando una atención de calidad a la población que demande atención, satisfaciendo sus necesidades de salud y contribuyendo a mejorar el nivel de salud de todo un país.

Trabajando con este organigrama se implementará un modelo de supervisión y asesoría, a todas las unidades la cuales tendrán el acercamiento con esta dirección y todas sus direcciones y departamentos, para poder satisfacer las necesidades internas y poder brindar la atención deseada, con más presencia en las unidades para brindarles apoyo técnico y normativo, trabajando con ellos a la par y logrando mejorar los indicadores de cada programa que salud pública implementa en nuestras unidades.

Así todas las Direcciones Generales podrán trabajar en conjunto con esta dirección sumándose al trabajo de la Secretaría de Salud.

Es por ello que tener un medio de difusión científica en la Secretaría de Salud Jalisco nos ayudará a mantener el contacto con aquellos que se dedican a la investigación, dando a conocer los proyectos; sobre todo, aquellos que impactan en la sociedad de una manera tal que permitan vivir mejor.

Dr. Eduardo Covarrubias Íñiguez
Director



Dirección General de Planeación

Estimados compañeros y amigos, antes que nada quiero agradecer su colaboración y apoyo para construir juntos grandes proyectos, con el esfuerzo y compromiso de cada uno de ustedes desde las distintas áreas donde realizan esta loable labor, seguiremos creciendo durante este 2014, en pro del BIENESTAR de la población del Estado de Jalisco, a fin de juntos mejorar los determinantes sociales de la salud de manera transversal con otras dependencias.

En conjunto y trabajando en equipo, lograremos superar los retos que se presenten, para seguir prosperando y que cada uno se sienta aún más orgulloso de pertenecer a esta honorable institución: Secretaría de Salud Jalisco.

En el ciclo virtuoso de la calidad, la evaluación y el análisis nos lleva a lo que en esencia hace avanzar a las instituciones: la autocrítica; es por esto que una de las principales indicaciones que hemos recibido del Señor Secretario de Salud del Estado de Jalisco, Dr. Jaime Agustín González Álvarez, es la realización de más y mejor investigación a todos los niveles.

En esta ocasión, deseo felicitar a mis colegas, por el inicio de esta novedosa revista, ya que es de suma importancia alentar, mejorar y fortalecer el área de Investigación en Jalisco y que esto impacte a nivel nacional e internacional.

Como parte de la Dirección General de Planeación les deseo el mayor de los éxitos y reitero mi felicitación por este interesante proyecto.

Me despido de ustedes agradeciendo a cada uno de los lectores su amable atención.

Con afecto:

Dr. Luis Daniel Meraz Rosales
Director General de Planeación

Dirección General de Desarrollo Institucional

Como parte de las actividades inherentes a esta Dirección y que está orientada a fortalecer el Desarrollo Institucional con acciones vinculadas al sector público, privado y social en materia de investigación en conjunto con la necesidad de impulsar y hacer pública la investigación que se realiza en el Estado y como una estrategia implementada por el C. Secretario de Salud del Estado es que se da inicio a esta publicación de corte científico y cuyos propósitos primordiales son estimular la reflexión científica en el campo de la salud y servir de foro donde puedan expresarse, con el mayor rigor posible, todas las innovaciones en el campo de la salud pública y áreas afines.

Como todo proyecto que se ha logrado es necesario reconocer y agradecer el apoyo brindado por el personal del departamento de investigación y el apoyo especial del comité editorial y editor responsable ya que justamente a casi un año de iniciar la presente administración se propuso como uno de los objetivos alineados para fortalecer la investigación en el sector salud en el Estado, también debo destacar el respaldo y apoyo otorgado por el gobierno del Estado en especial a la Dirección de Publicaciones para lograr este primer número y por supuesto para seguir logrando las ediciones futuras.

Como en todo trabajo dirigido a la comunidad en salud, estamos abiertos a sugerencias para la mejora de la misma pero muy en especial a las colaboraciones que podamos recibir para fortalecer esta revista y que pronto logre posicionarse como un medio de difusión del conocimiento generado en cada unidad de salud y en cada institución educativa de nuestro Estado principalmente y por supuesto con las colaboraciones de lo que se investiga en otras latitudes y que sea pertinente dar a conocer a nuestra comunidad ya que estoy seguro que dichas aportaciones serán de gran utilidad para enfrentar los problemas en salud y que sirvan para la toma de decisiones en esta materia.

Dr. Antonio Luévanos Velázquez
Director General de Desarrollo Institucional

Jefatura Estatal de Investigación

Como parte de la misión y visión en este departamento, se encuentra el promover el desarrollo de la investigación en salud pública y la difusión de resultados, para utilizarlos en la toma de decisiones que contribuyan a mejorar la salud de los jaliscienses así como contar con un equipo con la capacidad de; promover, asesorar, apoyar, ejecutar y difundir la investigación científica que respalde las prioridades de salud del Estado de Jalisco, con este compromiso surge la necesidad de compartir con los profesionales de la salud las actividades científicas y de investigación de esta secretaría a través de una publicación.

La revista SALUD JALISCO, vendrá a reforzar los esfuerzos que un grupo de profesionales de la salud han venido haciendo desde hace tiempo y permitirá tener un medio escrito para difundir los resultados de diferentes proyectos de investigación donde estarán plasmados los resultados del esfuerzo de estos profesionales interesados en la salud pública de Jalisco.

La publicación de las actividades de investigación que se han realizado en la Secretaría de Salud Jalisco o de aquellas que se están efectuando, son parte de los compromisos que el Dr. Jaime Agustín González Álvarez, Secretario de Salud, ha manifestado, que se debe conocer lo que en esta área de trabajo se está haciendo.

Es un gusto y un compromiso para este departamento y todos sus colaboradores el poder participar en este proyecto exitoso que permita a esta secretaría el avanzar en sus metas que se ha trazado en el ejercicio del beneficio de la salud de los jaliscienses.

“La investigación en salud, tu mejor herramienta para la toma de decisiones”.

Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
Jefatura Estatal de Investigación

Artículo original

Situación de las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles en trabajadores de oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013

González-Álvarez J.A.(1), Blackaller-Ayala J.(2), Luévanos-Velázquez A.(3), Rodríguez-Rodríguez J.G.(4), Esparza-Rubio D.(5), Pérez-Castillo M.G.(5), Rivera-Montero R.(5), Zepeda-Alfaro M.D.(5), Laureano-Eugenio J.(5), Zenteno-Covarrubias G.(5).

(1) Secretario de Salud en Jalisco, (2) Director General de Salud Pública SSJ, (3) Director de Desarrollo Institucional SSJ, (4) Jefe del Departamento de Investigación SSJ, (5) Promotor y Asesor en Investigación SSJ.

Resumen

Objetivo: Describir la situación de las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles en trabajadores de oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco al 2013. **Material y métodos:** Estudio de tipo prospectivo, observacional, descriptivo y transversal, realizado con 523 trabajadores oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco, quienes aceptaron participar de manera voluntaria del tamizaje. La información se obtuvo de fuente directa a partir de encuesta, somatometría (estatura, peso corporal y circunferencia de cintura), presión arterial, toma de glicemia capilar, muestra sanguínea y orina. Los datos se procesaron Excel, EpiInfo 7. **Resultados:** Del total de participantes, 320 (61.18%) fueron femeninos y 203 (38.81) masculinos, un rango de edad de 20-78 años, 58 (11.09%) fueron médicos, 39 (7.46%) abogados, 16 (3.06%) personal de enfermería, 14 (2.68%) nutriólogos, 14 (2.68%) trabajadores sociales, 10 (1.91%) psicólogos y 372 (71.13%) otras profesiones u ocupaciones. En cuanto a los antecedentes familiares, 232 refirieron sedentarismo, 320 antecedentes familiares de diabetes mellitus, hipertensión arterial 306 y obesidad de los 237. Se detectaron 34 casos sospechosos de HTA, 41% (214) presentaron sobrepeso y 28.10% (147) obesidad, en 230 trabajadores se encontró un valor de glucosa capilar mayor o igual a 100mg/dl, 92 (40.17%), son masculinos frente a 137 (59.83%) femeninos. **Conclusión:** Los resultados de este estudio permiten conocer los factores de riesgo ante las enfermedades crónico-degenerativas en personal de Oficina Central, puntuizando la población en riesgo y considerando la implementación de acciones preventivas y de intervención con resultados benéficos para este universo de estudio.

Palabras clave: Enfermedad crónico degenerativa, salud laboral, salud pública.

Abstract

Objective: Describe the relevance of non-communicable chronic degenerative diseases in workers of Jalisco Health Department Central Office in 2013. **Material and Methods:** Observational, descriptive and transversal research, with 523 workers AT Jalisco Health Department Central Office, who voluntarily agreed to participate in screening. The information was obtained directly from different studies, anthropometric (height, weight, and waist circumference), blood pressure, capillary glucose intake, blood and urine sample. Data Excel, EpiInfo 7 is processed. **Results:** Of the total participants, 320 (61.18%) were female and 203 (38.81) male, age range 20-78, 58 (11.09%) were physicians, 39 (7.46%) attorneys, 16 (3.06%) nurses, 14 (2.68%) nutritionists, 14 (2.68%) social workers, 10 (1.91%) psychologists and 372 (71.13%) other occupations. Regarding family history, 232 sedentary life, 320 family history of diabetes mellitus, 306 hypertension and 237 obesity. 34 suspected cases of hypertension, 41% (214) were detected, and 28.10% were overweight (147) obesity. In 230 workers a value greater than or equal to 100mg/dl capillary glucose, 92 (40.17%) was found, they are male compared to 137 (59.83%) female. **Results:** The results of this study provide insight into the risk factors to chronic degenerative diseases in the Health Department Central Office, pointing the population at risk and considering the implementation of preventive measures and intervention with beneficial results in this study universe.

Key words: chronic degenerative disease, occupational health, public health



Introducción

Uno de los mayores retos que enfrentan los Sistemas de Salud lo constituyen las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes), debido a varios aspectos, entre ellos, un gran número de casos, su creciente contribución a la mortalidad general, la complejidad y costo elevado de su tratamiento; además de su emergencia como problema de salud pública, ha sido un resultado de los cambios sociales y económicos que han modificado de alguna manera, el estilo de vida de un gran número de la población.¹

Desde el 2005, las enfermedades no transmisibles representaron el 60% de todas las defunciones previstas en todo el mundo (35 millones), de éstas el 80% de las muertes se producen en países de ingresos bajos y medianos, observándose un incremento paralelo de la frecuencia de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, fenómeno mundial, que destaca la importancia del control de estas alteraciones metabólicas, pues se incide directamente en la morbilidad y la mortalidad global.²

Las cinco principales enfermedades no transmisibles son las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, destacando que el 80% de las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes tipo 2, pueden prevenirse mediante intervenciones económicas y costo-eficaces que actúan sobre los factores de riesgo primarios, lo que hace una necesidad llevar a cabo intervenciones de educación y promoción de salud con la población, teniendo que partir del conocimiento de la situación en que se encuentra su estado de salud actual y poder hacer visible los cambios que se tienen posteriores a la intervención. La carga de las enfermedades no transmisibles no sólo incide sobre la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias sino también sobre la estructura socio-económica del país. Según estimaciones de la OMS, la pérdida de ingresos nacionales de distintos países será descomunal. Así, por ejemplo, se calcula que China perderá cerca de 558,000 millones de dólares entre 2005 y 2015 como resultado de la carga de enfermedades no transmisibles.²

En la actualidad, México ocupa el séptimo lugar dentro de los países con más casos de diabetes y se espera que para 2030 nuestro país ocupe el sexto lugar, según el Atlas de la Federación Internacional de Diabetes. La prevalencia de esta enfermedad en la región del occidente, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud

y Nutrición del 2006, es del 18.3 %. Los grupos de edad más afectados comprenden los de 50 a 59 años y los de 60 a 69 años con una prevalencia del 31.8 y 32.6, respectivamente³. Para el 2012 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición señaló que siete de cada 10 mexicanos padece algún grado de sobrepeso-obesidad.

Cada año en Jalisco se registran 32 mil casos nuevos. Para el año 2011 se presentaron 5,287 defunciones con una tasa de mortalidad de 74.2 por 100,000 habitantes. Para el primer trimestre del 2013, en nuestro estado se han reportado 35,130 casos en tratamiento de Diabetes mellitus, de los cuales 13,739 están en control (39.1%). El 35% de las personas con Diabetes desconocen que padecen esta enfermedad, lo que corresponde aproximadamente a 200 mil jaliscienses en esta situación.

Uno de los sectores de la población que más se han visto afectados con estas enfermedades, es la base trabajadora del propio sector salud, sobre todo aquellos que se dedican al área administrativa, adjudicado al estilo de vida y el estrés así como dinámica laboral, aumentando la probabilidad, de no sólo presentar sobrepeso-obesidad, sino que también las denominadas enfermedades crónico degenerativas no transmisibles como son la diabetes mellitus, hipertensión y dislipidemias, población que en muchas ocasiones se ha ocupado de brindar la atención en salud, olvidándose de su propio estado de salud.^{4,5,6}

Sumándose a los objetivos y lineamientos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, por comprender y combatir: la obesidad y las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles, el presente estudio se planteó el objetivo de describir la situación de las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles en trabajadores de Oficina Central de la Secretaría de Salud Jalisco al 2013.^{3,7}

Material y métodos

El presente estudio realizado en oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco, fue prospectivo, observacional, descriptivo y transversal, entre los meses de julio a diciembre del 2013. El universo de estudio se integró por los 985 trabajadores de oficina central, activos al año 2013 y en virtud de poder abarcar la totalidad del universo, en el estudio no hubo necesidad de hacer cálculo muestral, haciendo partícipes a todos los trabajadores activos en el sistema a la fecha del estudio y haber aceptado participar de manera informada y voluntaria dentro del estudio.

La información se obtuvo de fuente directa a partir de una encuesta, la toma de valores de somatometría (estatura,

peso corporal y circunferencia de cintura), presión arterial, toma de glicemia capilar, muestra sanguínea para el resto de los valores en estudio (glucosa central y lípidos) y se obtuvo muestra de orina para la determinación de microalbuminuria. Todos los valores de muestras fueron obtenidos de acuerdo a los parámetros establecidos por las Normas Oficiales Mexicanas.^{8, 9, 10, 11}

Los datos se procesaron en PC compatible, utilizando los programas: Excel, EpiInfo 7.

Prueba Piloto

Se llevó a cabo una prueba piloto con 20 sujetos con la finalidad de validar la encuesta y detectar posibles fallas en su ejecución, así como calcular el tiempo en su aplicación.

El trabajo presentó un mínimo de riesgos físicos a los pacientes sujetos de estudio, solamente el que fue ocasionado por la punción capilar para la toma de muestra de sangre para los exámenes de laboratorio enunciados.

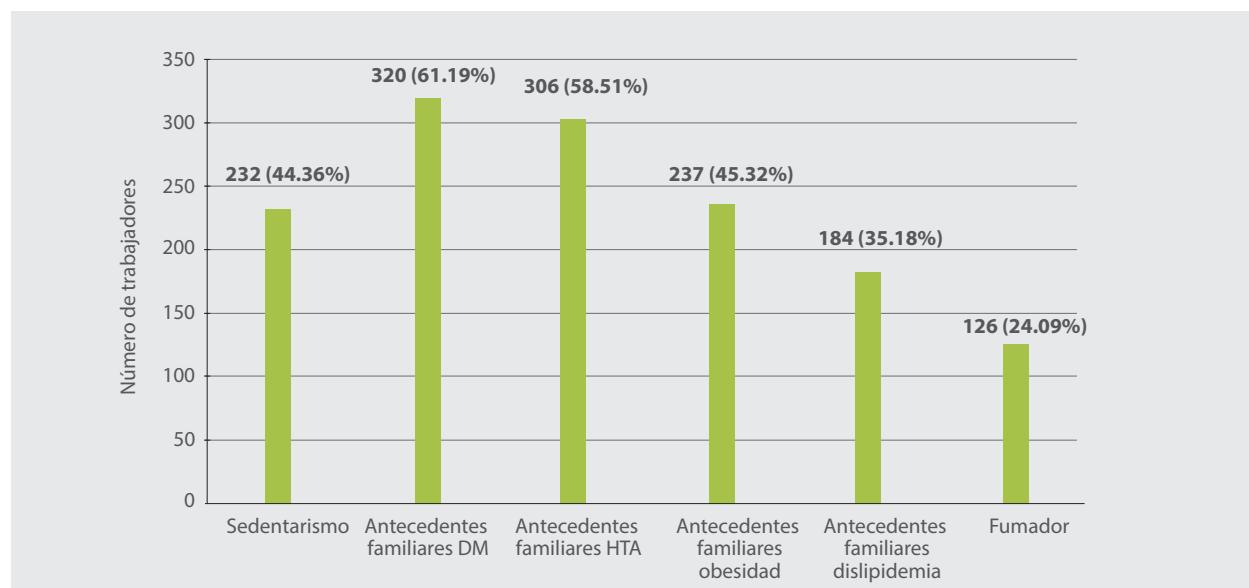
Resultados

Los datos obtenidos en el estudio, corresponden a un total de 523 trabajadores de la institución que representa el 53.09% del universo considerado inicialmente, de los cuales 320 (61.18%) fueron femeninos y 203 (38.81) masculinos. El rango de edad de los participantes fue de los 20 a los 78 años, con una edad promedio de 43, en cuanto al grado máximo de estudios, el 56.21% cuentan con licenciatura y sólo el 2.1% con primaria o menos.

Respecto a la profesión, 58 (11.09%) son médicos, 39 (7.46%) abogados, 16 (3.06%) personal de enfermería, 14 (2.68%) nutriólogos, 14 (2.68%) trabajadores sociales, 10 (1.91%) psicólogos y 372 (71.13%) otras profesiones u ocupaciones. El rango de años laborales en la institución, fue de 1 a 50 años, con un promedio de 13.

La gráfica N° 1, muestra los porcentajes de los trabajadores que señalaron tener algún antecedente familiar y/o factores de riesgo para presentar alguna enfermedad crónica degenerativa no transmisible.

Gráfica No. 1. Antecedentes familiares y factores de riesgo para enfermedades crónico degenerativas



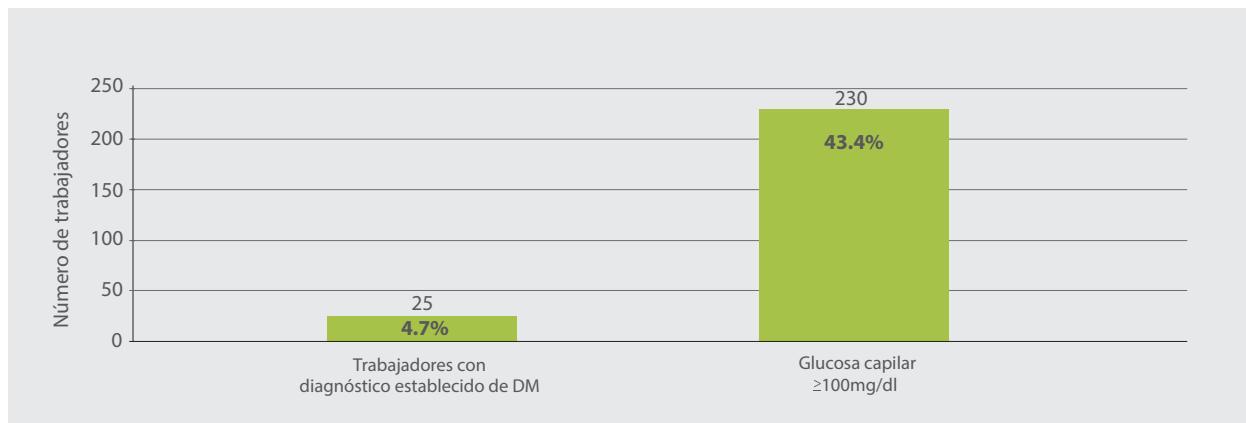
Fuente: Encuesta y tamizaje O.C./2013

De los 232 trabajadores con sedentarismo, 163 (70.26%) son mujeres y 69 (29.74%) son hombres, de los 320 con antecedentes familiares de diabetes mellitus 202 (63.13%) son femeninos y 118 (36.88%) maculinos,

para hipertensión arterial de los 306, 210 (68.63%) son femeninos y 96 (31.37%) son masculinos y finalmente en lo que respecta a la obesidad de los 237, 155 (65.40%) son femeninos y 82 (34.60%) masculinos.

En la gráfica N° 2, se muestran los resultados de cifras relacionadas con la Diabetes Mellitus tipo 2.

Gráfica No. 2. Glucosa capilar elevada y diagnóstico ya establecido de Diabetes Mellitus

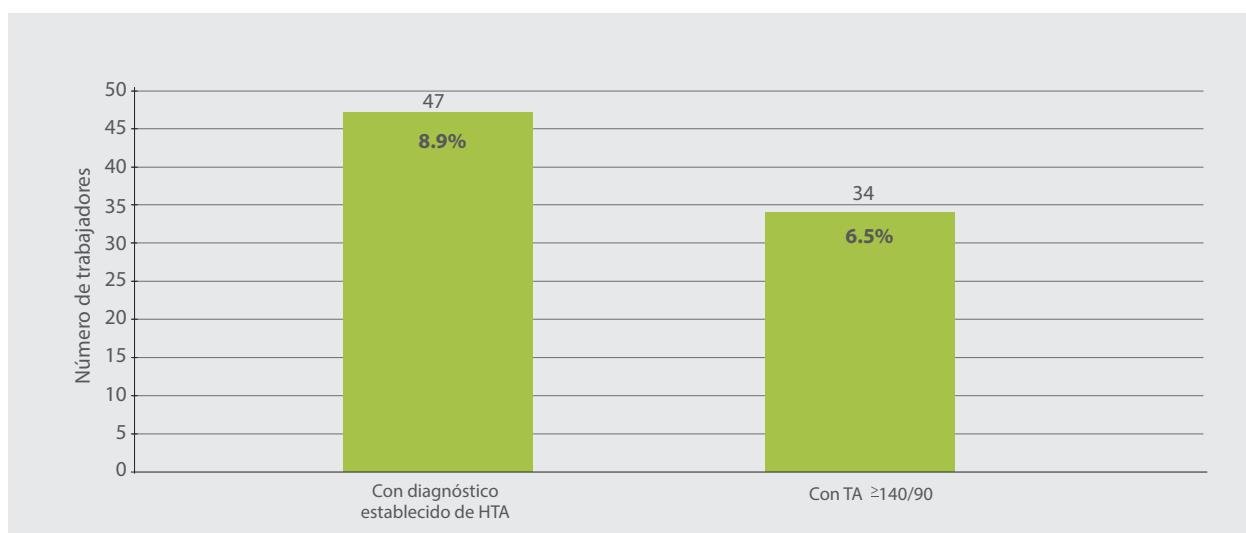


Fuente: Encuesta y tamizaje O.C./2013

En 230 trabajadores se encontró un valor de glucosa capilar mayor o igual a 100mg/dl, 92 (40.17%), son masculinos frente a 137 (59.83%) femeninos.

En hipertensión arterial, se presentan los resultados en la gráfica N° 3

Gráfica No. 3. Hipertensión arterial establecida y con Tensión arterial mayor a 140/90

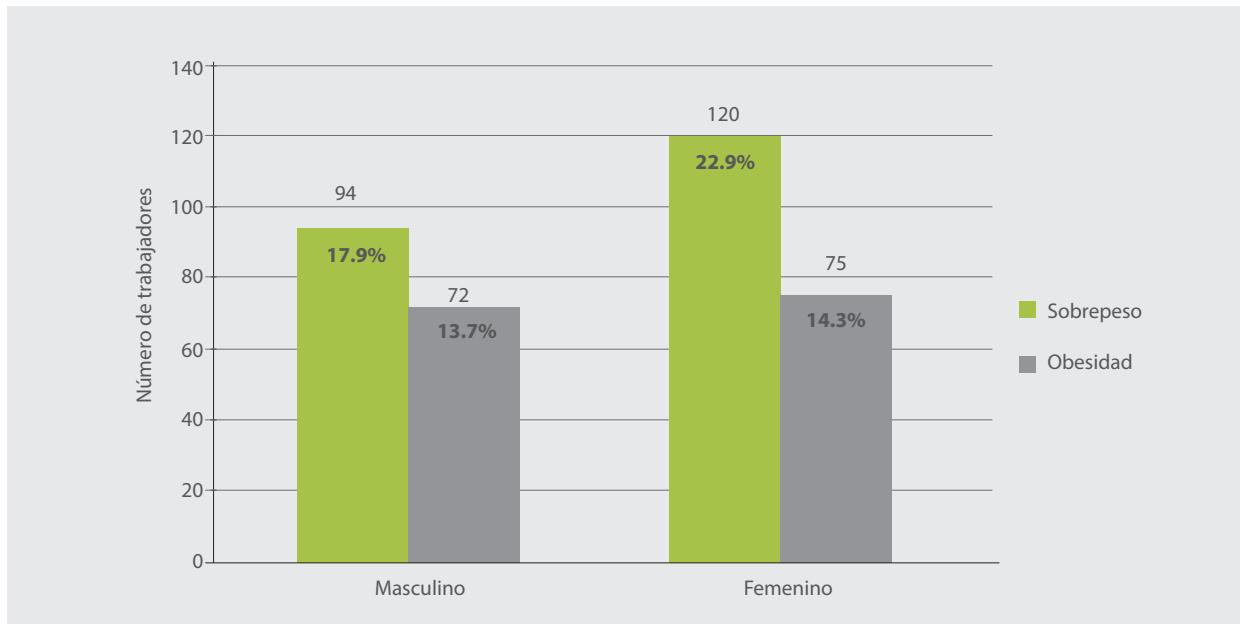


Fuente: Encuesta y tamizaje O.C./2013

Se detectaron 34 casos sospechosos de HTA, 23 (67.65%) fueron masculinos y 11 (32.35%) femeninos.

La gráfica N° 4, describe la situación de sobre peso y obesidad donde se muestra que el 69.10% de la población estudiada presentó sobre peso y/o obesidad, de los cuales el 41% (214) corresponden a sobre peso y 28.10% (147) corresponden a obesidad.

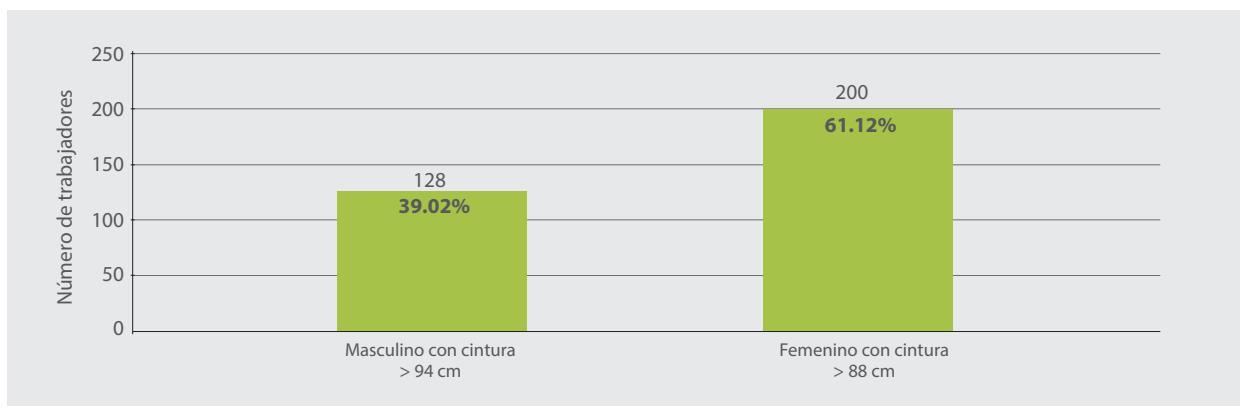
Gráfica No. 4. Con sobre peso u obesidad en ambos géneros



Fuente: Encuesta y tamizaje O.C./2013

En la gráfica N° 5, se presenta la circunferencia de cintura por género.

Gráfica No. 5. Cintura fuera de rango en ambos géneros

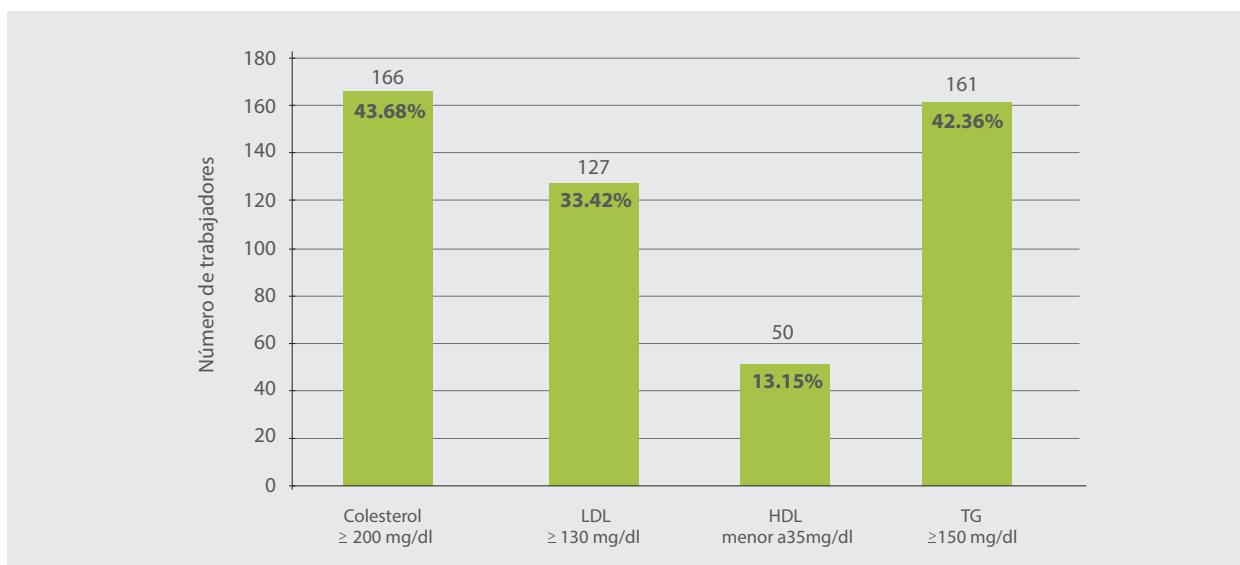


Fuente: Encuesta y tamizaje O.C./2013

Se destaca que de los 523 trabajadores que participaron en el estudio se encontraron 380 que presentaban algún criterio para Síndrome Metabólico (valores de presión arterial fuera de rango, dislipidemia, índice de masa corporal fuera de rango, circunferencia abdominal y valores de glucosa fuera de rango).

El perfil lipídico de los participantes, se caracteriza en la gráfica N° 6.

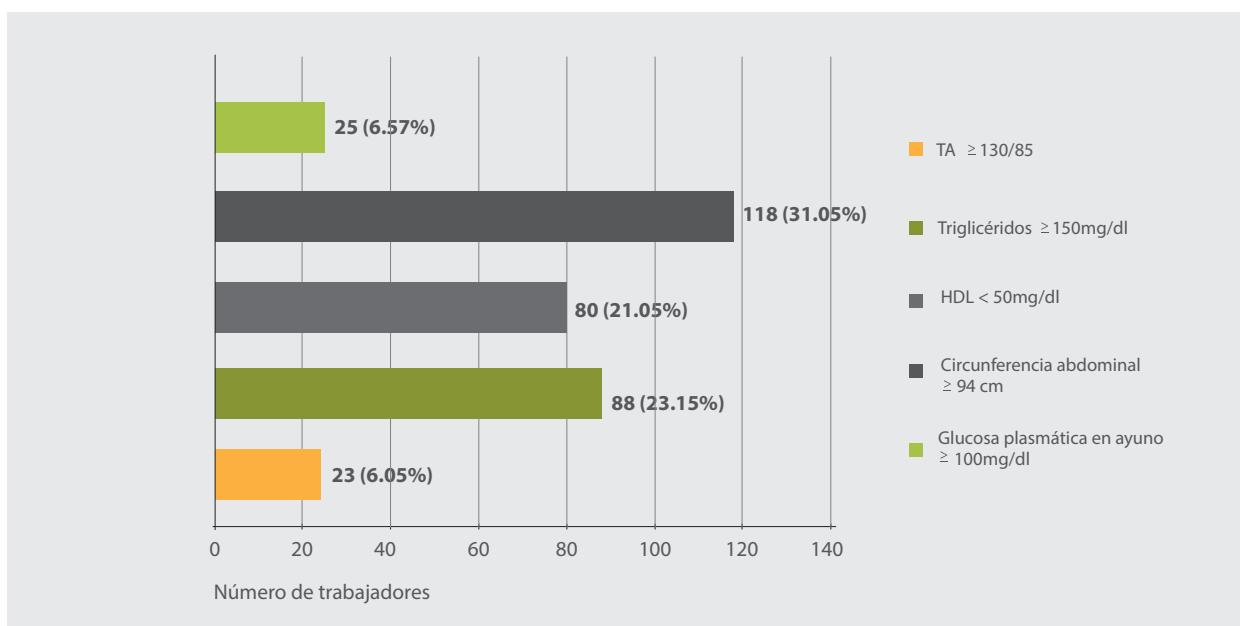
Gráfica No. 6. Con valores elevados en perfil lipídico



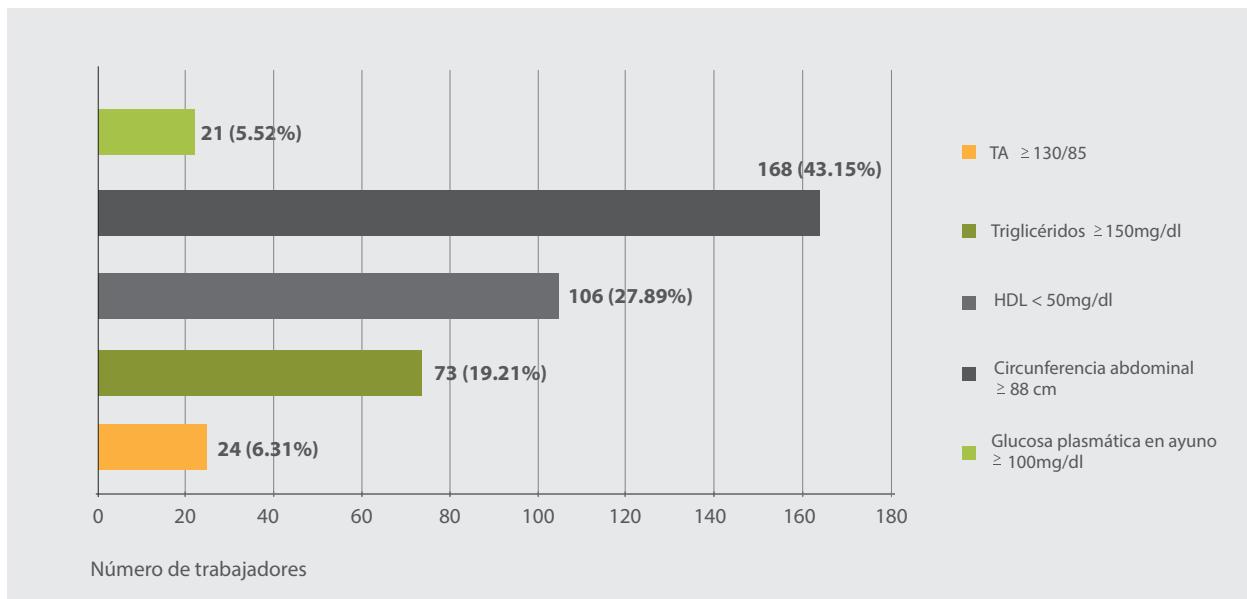
Fuente: Encuesta y tamizaje O.C./2013

En las gráficas 7 y 8 se observan los factores de riesgo para Síndrome Metabólico por sexo.

Gráfica No. 7. Criterios que contribuyen para síndrome metabólico en trabajadores masculinos



Fuente: Encuesta y tamizaje O.C./2013

Gráfica No. 8. Criterios que contribuyen para síndrome metabólico en trabajadores femeninos

Fuente: Encuesta y tamizaje O.C./2013

Discusión

En el estudio llevado a cabo a 523 trabajadores de oficina central de la SSJ resalta que el 24% de ellos refieren tabaquismo activo, esto es el 8% por debajo de lo reportado por Fanghanel¹² quien reportó 32%; por otro lado, Robaina Aguirre¹³ encontró un 55% considerando que este último estudio alguna afección cardiovascular, en el estado de Jalisco el porcentaje reportado en la ENSALUD 2012 fue de 21.6%.

Es destacable que el 44.3% de los trabajadores reportaron no realizar ninguna actividad física, lo cual como es sabido es un factor importante o contribuyente para la obesidad el sobrepeso y la hipertensión arterial, entre otros.

El estudio de Fanghanel refiere una obesidad del 13.5%, mientras que Fong Mata¹⁵ reportó en un estudio con personal de enfermería una prevalencia de obesidad de 37%, en nuestro grupo de estudio encontramos el 28%.

En el Estado de Jalisco los datos de ENSALUD 2012-Jalisco reporta una prevalencia de obesidad del 65%, más alta en mujeres (40.8%) que en hombres (26%), mientras que la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres (45.9%) que en mujeres (30.2%).

En este trabajo se encontró que el 28% de los participantes presenta obesidad, el 14.5% por arriba de lo reportado por Fanghanel, pero 9% arriba de lo citado por Fong Mata, este último en personal de enfermería únicamente.

Fanghanel encontró que el 22% de los trabajadores de su estudio presentaron cifras de tensión arterial fuera de rango, contra un 12% de lo reportado en éste, siendo este último congruente con el 14% reportado por ENSALUD 2012-Jalisco.

Las dislipidemias constituyen otro de los factores estudiados, donde nuestro estudio mostró a 43% de trabajadores con colesterol fuera de rango, esto es 28% arriba del resultado obtenido por Fanghanel en el mismo rubro. Respecto a los triglicéridos, se encontró que el 41.8% de trabajadores de oficina central están con cifras altas y el estudio de Fanghanel encontró sólo el 19.1% esto es 22.8% por debajo de nuestros resultados.

El dato que más destacó fue el de los antecedentes familiares de diabetes mellitus, ya que 320 (61.19%) lo mencionaron. Los trabajadores con diagnóstico previo fue de 4.7%, mientras Fanghanel reporta 6.24% y ENSALUD 2012-Jalisco reportó 7.9%, cifra que se encuentra por debajo de la media nacional (9.2%).

Un dato interesante que se logró a través de la recolección de la glucosa capilar obtenida, fue que el 43.4% de la población tuvo valores sospechosos superiores a partir de 100 mg/dl. Al respecto en el estudio hecho por Alvear-Galindo María Guadalupe¹⁶ ellos reportan un 40.7% de niveles sospechosos fuera de rango y al tomar glucosa sérica encontraron solamente un 7.7%; en nuestro estudio la glucosa sérica fue de 8.2%.

El factor de riesgo para síndrome metabólico el más destacado fue la circunferencia de cintura en ambos géneros.

El estudio proporcionó un gran beneficio a los sujetos participantes y a la Institución donde trabajan en virtud de que se les proporcionaron de manera gratuita los datos obtenidos como fueron los de somatometría y análisis de laboratorio citados y ello permitió conocer sus condiciones de salud física en el momento de la toma de datos referidos y por lo tanto, permitió fundamentar un pronóstico de salud actualizado a fin de que el trabajador determine su conducta a seguir de manera posterior.

Los datos obtenidos se manejaron con la mayor privacidad que requieren este tipo de estudios, a fin de garantizar al paciente la confidencialidad correspondiente y debido a que la participación de todos los sujetos que integraron el universo de trabajo fue voluntaria no hubo ningún tipo de vulnerabilidad en la población estudiada.

Conclusión

Los resultados de este estudio nos permiten, a través del tamizaje, conocer los factores de riesgo como: sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemias permitiendo ubicar la población en riesgo y considerar la implementación de acciones preventivas con resultados benéficos para este universo de estudio.

El estudio nos permite señalar, de forma similar a otros realizados, que los padecimientos crónicos no transmisibles constituyen un reto de salud pública e invita a fortalecer la detección oportuna de las mismas.

La necesidad de contar con estos resultados abre el camino para vigilar y hacer frente a prioridades de la agenda Estatal y Nacional de Salud, dadas las repercusiones que en diversos ámbitos de la vida tienen estas condiciones.

Además se hace necesario destacar que las cifras y datos reportados en este estudio son de tomar en consideración y pueden resultar hasta alarmantes en un momento dado, si se toma en cuenta, además, que el 21% del personal de oficina central está conformado por personal de salud con formación y conocimientos en salud y medicina preventiva. Comentado además que los propios trabajadores de la salud, ya sean de instituciones públicas o privadas son el grupo menos estudiado.

Estudio realizado sin conflicto de interés.

Agradecimiento especial a los doctores Luis Daniel Meraz Rosales y Bernardo Carrillo Barocio por su participación desinteresada y oportuna. También agradecemos a los siguientes pasantes médicos y nutriólogos su participación entusiasta y dinámica, ya que con su trabajo fue posible dar inicio a este proyecto: Juan Pablo Flores Cárdenas, Irma Daniela Pinzón Dávila, Elsa Sofía Gómez Zatarain, Mauricio López de Nava García, Elizabeth Chávez Llamas, Samanta Obledo Pérez, Óscar D'Jesús Muriel Rountree, Gretel Overhage Chávez, Patricia Hidalgo Cortés, Raúl Guillermo Reyes Arteaga, Diana Rebeca Ibarra Nepomuceno, Mónica Gabriela de León Segura. De igual manera merece destacar la participación de los laboratorios MSD, CEDIES y Ques Diagnostics ya que con el apoyo de personal y reactivos fue factible complementar el estudio. A la señorita Yadira Concepción Valdivia Casillas, que con su apoyo administrativo y secretarial permitió cumplir con los tiempos establecidos; así mismo, a los compañeros del área de copiado por su apoyo. A todos muchas gracias.

Referencias bibliográficas

1. Eduardo García García, Manuel de la Llata Romero, Martha Kaufer-Horwitz, María Teresa Tusié Luna, Raúl Calzada León, Verónica Vázquez Velásquez, et al. *La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una Reflexión. Primera Parte.* Salud Mental 2008; No. 6 (31): 489-496.
2. Informe de la OMS y el Foro Económico Mundial sobre un Evento Conjunto. "Prevención de las Enfermedades no Transmisibles en el Lugar de Trabajo a través del Régimen Alimentario y la Actividad Física". World Economic Forum. Committe to Improving the Estate of the World. Ginebra, Suiza. 2008.
3. Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados Nacionales. México, 2012.
4. Ángel Rosas A; Giancarlo Lama G; Fernando Llanos-Zavalaga; Jorge Dunstan Y. *Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en trabajadores de una Institución Estatal de Lima-Perú.* Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública Vol.1, 2007. Instituto Nacional de Salud. Lima-Perú. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
5. Lourdes Rodríguez Domínguez, Vivian Herrera Gómez, Juan M. Torres Prieto y René I. Ramírez Peña. *Factores de riesgo asociados con la hipertensión arterial en los trabajadores de la oficina central del MINBAS* Rev Cubana Med Gen Integr v.13 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 1997.
6. Fanghanel G, Sánchez-Reyes L, Arellano MS, Valdez LE, Chavira U, Rascón PR. *Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores del Hospital General de México.* Salud Pública Mex 1997;39:427-432.
7. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. "Para el manejo integral de la obesidad". Rev Med IMSS 2000;38(5): 397-403.
9. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. "Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad".
10. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999. "Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial".
11. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. "Para La Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus".
12. Fanghanel Guillermo; Sánchez Reyes, Leticia; Gómez Santos Rosario, Torres Acosta Evelyn, Berber Arturo. *Obesidad como factor de riesgo de cardiopatía coronaria en trabajadores del Hospital General de México.* Estudio PRIT. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol 9. N°2 Abril-junio 2001 pp 51-59.
13. Robaina Aguirre Cristina. *Riesgo cardiovascular en trabajadores de la salud.* Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15(2): 115-122
14. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012-Jalisco.
15. Fong Mata Efren Ricardo y Col. *Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería.* Medicina interna de Mexico. Vol. 22 N° 2, marzo-abril 2006.
16. Alvear-Galindo María Guadalupe. *Consideraciones sobre el programa de detección de diabetes mellitus en población mexicana: el caso del Distrito Federal.* Cad. saude pública Río de Janeiro. 26(2)299-310. Feb 2010.

Artículo original

Conocimiento de la Influenza A H1N1 y medio de comunicación adecuado para informar a la población

Proyecto con apoyo de COECYTJAL: 22-2009-1077

Zenteno-Covarrubias G.(1), Hernández-Martínez M. E.(2), Cárdenas-Castillo M. L.1, Laguna-Legorreta R. E.(2), Vázquez-Santana F. J.(2), Ochoa-Chávez E.(3), Contreras-Gómez L.(1), Hernández-Chávez C. E.(3), García-Gutiérrez R.(1), Gómez-Fonseca M. A.(3).

(1) Médico, (2) Odontólogo, (3) Enfermera

Resumen

Antecedentes: El incremento de casos sospechosos o confirmados, en la Zona Metropolitana de Guadalajara en el 2009. El problema de la influenza es que llegó para quedarse y el problema no es el virus, sino la población que bajó la guardia, haber relajado las medidas de prevención y que por lo tanto debemos de retomar estas últimas. **Objetivo:** Recabar información entre la población sobre el conocimiento de los riesgos y medios para evitar la influenza A H1N1 y conocer el medio de comunicación más adecuado para llevar la información. **Material y método:** Estudio descriptivo. Se elaboró encuesta, para ser aplicada a adultos mayores de 18 años, en su domicilio, por muestreo de conveniencia. El procesamiento de los datos obtenidos se realizó en forma electrónica, en Epi-Info 2000. **Resultados:** De los 14,100 personas encuestadas 58.5% (8,255) fueron mujeres y 41.4% (5,845) hombres, el 64.8% (9,141) casados y 24.2% (3,414) solteros, en cuanto al nivel educativo el 37% (5,230) contaban con primaria terminada, 32.6% (4,600) Secundaria, 14.3% (2,017) Preparatoria, 6.2% (880) licenciatura y 6.5% (925) era analfabeta. Más del 70% determinó que la influenza se transmite por contacto con el enfermo o sus fluidos, sin embargo el 14% aún creía a la carne de cerdo como causante de dicho mal. La televisión fue el medio de difusión por el cual la población encuestada se enteró de la Influenza 92.4% (13,033). **Discusión:** Se requiere de ampliar el estudio a otras áreas o municipios, para determinar si el medio encontrado, la televisión, es igual en todo el Estado.

Palabras Clave: Influenza, epidemia, salud pública, educación para la salud, medios de comunicación.

Abstract

Background: the increasing of suspect and confirm cases in the metropolitan Zone of Guadalajara in 2009. The problem with the influenza is that it is here to stay, and the problem is not the virus, but the population that guard down and have relaxed the measures of prevention, and there for we must take the last ones. **Objective:** request information among population about the knowledge and factors of risk to avoid H1N1 influenza and to know the most appropriate media to give the information. **Material and Method:** descriptive study, we create a poll to be applied among population of 18 years and older, in theyre addresses, by sampling of convinience. The prosesing of data that we got, was relized in electronic form at Epi-Info 2000. **Results:** of the 14100 surveyed people 58.5% (8255) were women, 41.4% (5845) were men, about marital status 64.8% were married (9141) 24.2% were single. Educational resume; 37% have only elementary school(5230), 32.6% have junior high (4600), 14.3% have high school (2017), 6.2% have a PhD (880) 6.5% were illiterate (925). More than 70% determined that illness is transmitted by contact with the fluids of sick people, however the other 14% still believe that pork meat is the causative of this disease. TV was the media which population surveyed knew about influenza with 92.4% (13.033). **Discussion:** It requires to enlarge the study to another areas and regions to determine if the media is equal upon the state.

Key Words: influenza, epidemic, public health, education for health and media.



Antecedentes

Los numerosos autores que han estudiado los primeros datos en relación con la influenza tienen el convencimiento de que la enfermedad se conocía en la antigüedad, se sabe que Hipócrates la describió 400 años antes de Cristo, desafortunadamente no existen registros históricos certeros debido al comportamiento variable que la caracteriza, y a su desaparición por largos períodos. La denominación de influenza, para las infecciones provocadas por los virus de la familia ortomixovirus, data de la época medieval, cuando existía la creencia generalizada de que las epidemias eran debidas a la influencia de los astros, en ese entonces el término influenza se utilizaba para describir indistintamente varias enfermedades diferentes. La evolución del pensamiento médico, alrededor del siglo XVIII, empezó a cuestionar la afirmación de que los astros influían en las enfermedades, por lo que se comenzó a utilizar el término como una contracción de *influenza di freddo*, es decir «influencia del frío», pues se había observado que era una enfermedad que se daba predominantemente en los meses fríos. El término gripe, que suele usarse como sinonimia, es de origen francés. La primera descripción aceptable ocurre cuando Enrique Tudor derrotó a Ricardo III en la batalla de Bosworth Field, (22 de agosto de 1485). La enfermedad atacó al ejército vencedor siendo llevada posteriormente a Londres, causando muerte y desorganización, obligando a posponer la ceremonia de coronación necesaria para establecer los derechos divinos del nuevo soberano. La enfermedad era de corta duración, con muerte o recuperación total en pocos días, manifestada por fiebre alta, cefalea, dolor articular y sudor mal oliente, probablemente relacionado con la escasa higiene de la época. Se le conoció como sudor anglicus o transpiración inglesa.

Entre Octubre de 1976 y Enero de 1977, fueron vacunados contra la gripe del cerdo cuarenta millones de personas, en Estados Unidos, como respuesta a un programa nacional de inmunizaciones en función a una eminentemente epidemia que nunca llegó. En enero de 1976, dos soldados enfermaron de gripe y uno de ellos fallece más tarde, se realizan análisis a 4 soldados entre ellos al fallecido identificando cepas de la gripe del cerdo (Hsw1N1).

Es importante señalar que este tipo de gripe no se había presentado desde los años 20, en 1918 se detectó en píaras de cerdo de Iowa una enfermedad similar a la gripe.

En un texto de contenido perturbador enunciaba las pandemias ocurren en ciclos de 10-11 años de duración, periodo que posibilita las variaciones antigénicas tal como

ocurrió en 1946, 1957 y 1968. La primera descripción clara de influenza se atribuye al médico americano Robert Johnson, un facultativo de Filadelfia quien describió una epidemia de 1793.

Respecto a la etiología, el investigador alemán Richard Pfeiffer estudió la expectoración de pacientes con un cuadro clínico de influenza, detectando gran cantidad de bacterias; al filtrar los líquidos en bujías del tipo Pasteur-Chamberland, no obtenía material infectante, hecho que indujo a este investigador y a otros a plantear una etiología bacteriana de la influenza. Durante ese siglo hubo brotes sucesivos uno de los cuales llegó a Alemania en donde se le conoció como peste inglesa.

Las epidemias son más corrientes en invierno y en la primavera, pero puede darse la enfermedad en otras estaciones, especialmente durante las pandemias. Una epidemia típica llega a su punto culminante sobre poco más o menos un mes después de iniciada y declina al cabo de otro mes. Antes de que se declare la epidemia propiamente dicha puede haber un corto número de casos durante un periodo prolongado, por ejemplo la epidemia puede iniciarse en la estación fría después de la aparición de casos aislados en la estación cálida, así ocurrió en las pandemias de 1889 y 1918. En el verano y otoño de 1957 se observaron asimismo en varios países brotes epidémicos muy dispersos, seguidos de extensas epidemias en invierno. Según ciertos autores, si el virus penetra en una zona en una estación desfavorable, puede tener una diseminación muy extensa, antes de causar un brote explosivo al invierno siguiente. La aparición de casos dispersos en Suecia y Noruega, durante mayo y junio de 1950, terminó a fines de ese último mes, pero de octubre a diciembre hubo una serie de extensas epidemias en toda Escandinavia.

En 1965, la influenza se extendió por toda la mitad oriental de los Estados Unidos, en los primeros meses del año, mientras que en la parte occidental del país sólo se registró un corto número de brotes localizados algún tiempo.

La influenza es un virus que afecta a los seres humanos provocando varias complicaciones similares a las de una fuerte gripe. El virus fue descubierto en 1993 y se clasificó en dos tipos: A y B, sin embargo, existe un tercero, C, que es menos importante. Tal como lo hacen todos los virus, el de la influenza tiene la capacidad de mutar, lo que le permite alojarse en otros organismos y defenderse de las "vacunas". Es debido a lo anterior, que es necesario ir desarrollando constantemente nuevas vacunas que puedan combatir la nueva forma del mismo virus.



En México, varios campesinos de La Gloria, una comunidad marginada en las faldas del Cofre de Perote Veracruz, opinaron que el virus de la influenza A, inicialmente llamada porcina, "surgió aquí, pues fue en ese pueblo donde se presentó el primer brote de enfermedades respiratorias" en el año 2009. En efecto, La Gloria es hoy, todavía un foco de atención internacional porque en este poblado de unos 3 mil habitantes se detectó el primer caso de infección por el virus de influenza A (H1N1), que ha causado decenas de muertes en México y en otros países. Édgar Hernández, de cinco años, fue identificado como el primer caso de la enfermedad.

Numerosos autores que han estudiado los primeros datos en relación con la influenza tienen el convencimiento de que la enfermedad se conocía en la antigüedad, la denominación de influenza, para las infecciones provocadas por los virus de la familia ortomixovirus, data de la época medieval, cuando existía la creencia generalizada de que las epidemias eran debidas a la influencia de los astros, en ese entonces el término influenza se utilizaba para describir indistintamente varias enfermedades diferentes. Entre Octubre de 1976 y Enero de 1977 fueron vacunados contra la gripe del cerdo cuarenta millones de personas, en el Estados Unidos, como respuesta a un programa nacional de inmunizaciones en función a una eminente epidemia que nunca llegó. Las epidemias son más corrientes en invierno y en la primavera, pero puede darse la enfermedad en otras estaciones, especialmente durante las pandemias. La influenza es un virus que afecta a los seres humanos provocando varias complicaciones similares a las de una fuerte gripe. En México, en una comunidad marginada en las faldas del Cofre de Perote Veracruz, se presentó el primer brote de enfermedades respiratorias" en año 2009. En efecto, en este poblado de unos 3 mil habitantes se detectó el primer caso de infección por el virus de influenza A H1N1, que ha causado decenas de muertes en México y en otros países. En el Estado de Jalisco fueron 4,283 los casos confirmados por virus de influenza humana A H1N1, de acuerdo a informes de la Secretaría de Salud Jalisco, las defunciones hasta ese momento fueron 101 por A H1N1. El mayor número de casos se presentaron en el municipio de Guadalajara, seguido del de Zapopan. De igual forma, se informa que el virus se encuentra presente en 72 de los 125 municipios del Estado.

En la epidemia de influenza del año 2009 fueron utilizados todos los medios de comunicación masivo para informar y alertar a la población de las medidas de protección y los cuidados que debían seguir, además de todas las otras estrategias que cada institución de salud implementó en base a las directrices que la Secretaría de Salud y la OMS determinaron dependiendo de las etapas por las que pasó la epidemia.

La región Sanitaria X de Jalisco que comprende el municipio de Zapopan en donde hay contrastes marcados de zonas urbanas, suburbanas y rurales con diferentes estratos socioeconómicos cuenta con 39 centros de salud. El nivel escolar y económico por lo tanto también es variable.

Planteamiento y justificación del proyecto

La investigación pretendió identificar el conocimiento que la población adulta tenía sobre la influenza A H1N1, cual fue el medio por el cual la adquirió y que información no fue adecuada para hacer énfasis en lo correcto.

Los resultados de esta investigación pueden ayudar a valorar efectividad de los medios de comunicación masivos de comunicación y planear mejor las estrategias de educación para la salud de la comunidad.

Determinar mediante las encuestas realizadas el conocimiento de la población de los factores que favorecen el contagio de la influenza humana A H1N1 para implementar las medidas preventivas adecuadas, utilizando los medios de comunicación de acuerdo a la población dirigida.

Objetivo general

Determinar el conocimiento que tiene la población adulta, sobre los factores que favorecen el contagio de la Influenza humana A H1N1, en el municipio de Zapopan, Jalisco, México.

Objetivos específicos

- Identificar el conocimiento que la población de 18 años y más tiene sobre la influenza A H1N1.
- Determinar la información que la población posee de los riesgos y de las medidas de prevención sobre la influenza A H1N1.
- Revisar el medio de comunicación por el cual recibieron la información referente a la influenza A H1N1.

Desarrollo del proyecto

Se realizará una investigación exploratoria en un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal, prospectivo tipo encuesta.

Tipo de estudio según el sujeto: De Salud Pública.



Disciplinas que intervienen en el estudio: Salud pública, trabajo social y promoción.

El origen de la iniciativa es Interna ya que ante la magnitud del problema y la factibilidad de cortar la cadena de trasmisión con la información y la capacitación en las medidas de prevención es importante saber cual ha sido el medio de información y lo que se ha captado sobre la enfermedad y las medidas preventivas en la población

Área de aplicación de resultados es la promoción y prevención de enfermedades, en la Salud pública.

Universo de trabajo:

Las personas que habitaban en el área del municipio de Zapopan 1,156,817 de población total.

Unidad de análisis el adulto mayor de 18 años en adelante que habite la casa habitación que por muestreo por conveniencia cada 5 casas decida cooperar a contestar la cédula de encuesta.

Selección de la población y tamaño de muestra

14,072 encuestas aplicadas a adultos mayores de 18 años en adelante.

Plan de actividades

Diseño de intervención

Se reviso y se dividió el mapa de Zapopan en 39 de lugares para peinar la zona, la cual se presenta a continuación con el número de habitantes por lugar y el tamaño de la muestra.

Nº	UNIDAD	POBLACIÓN TOTAL	MUESTRA
1	Arroyo Hondo	35,170	380
2	Benito Juárez	22,765	378
3	Col. Indígena	16,639	375
4	Mesa Colorada	29,906	379
5	Ixcatán	1,285	296
6	San Esteban	2,631	335
7	Mesa de los Ocotes	817	261
8	San Isidro	2,078	324
9	Constitución	54,308	381
10	Mercado Bola	56,309	382
11	La Martinica	70,869	382
12	Lomas de Tabachines	1,283	373
13	Balcones de la Cantera	15,251	375
14	Nuevo Vergel	18,173	376
15	Atemajac	43,084	381
16	Hogares de Nuevo México	2,496	333
17	Nextipac	2,341	330
18	Nuevo México	41,179	381
19	La Magdalena	1,592	309
20	Tesistán	28,950	379
21	Zapopan Norte I	75,188	382
22	Zapopan Norte II	144,318	383
23	Ciudad Granja	20,891	377
24	La Primavera	1,364	300
25	Santa Margarita	43,862	381



Nº	UNIDAD	POBLACIÓN TOTAL	MUESTRA
26	Santa María del Pueblito	65,036	382
27	Paraísos del Colli	20,042	377
28	San Juan de Ocotán	25,775	379
29	Miramar	46,189	381
30	La Venta del Astillero	6,978	364
31	El Zapote	51,765	381
32	Francisco Sarabia	34,527	380
33	El Briseño	34,427	380
34	Loma Bonita	99,507	383
35	El Colli	75,348	382
36	Santa Ana Tepetitlán	27,387	379
37	Los Cajetes	10,487	371
38	Lomas de la Primavera	13,414	373
39	Arenales Tapatíos	2,186	227
	TOTAL	1,245,817	14,072

Selección de las fuentes, técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de la información:

Fuente directa. Las cédulas de encuesta se aplicaron en todas las áreas de Zapopan a adultos mayores de 18 años en adelante que en el momento de levantar la encuesta se encontraron en la casa habitación.

Para la aplicación de la Encuesta se procedió de la siguiente manera:

1. Se dispuso de un mapa o croquis del entorno correspondiente a cada una de los Centros de Salud.
2. Se determinó la manzana “uno” (en la cual dio inicio la búsqueda de personas a encuestar), la cual fue el Centro de Salud o la Plaza Principal.
3. Se hizo la búsqueda de casas alrededor de la manzana “uno”, siguiendo el sentido de las manecillas del reloj, y en espiral de acuerdo al mapa o croquis del área.
4. Se aplicó la encuesta cada 5 (cinco) casas, en el caso de no encontrar habitante, mayor de 18 años, en la casa correspondiente, se buscó en la inmediata posterior, de no haber encontrado tampoco en esa, se procedió a buscar en la inmediata anterior.
5. En el caso de encontrarse lotes baldíos, estos se contaron como casa habitación.
6. En el caso de que, al finalizar el área, y no haber completado el número de encuestados, se volvió a hacer la

búsqueda a partir de las casas no encuestadas y siguiendo el mismo procedimiento.

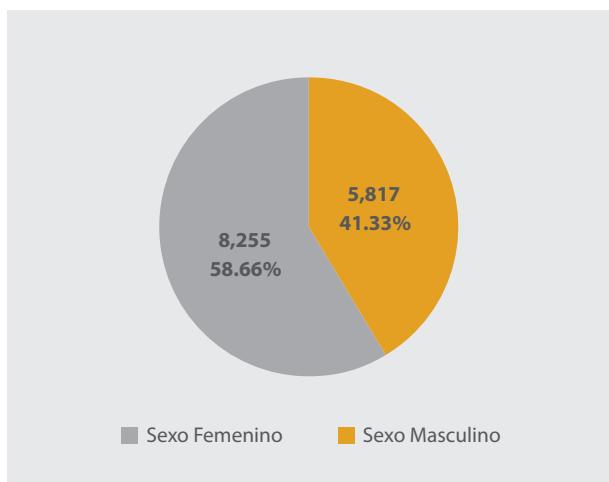
7. A cada casa encuestada se le señaló, con gis, en el lado derecho del frente de la casa, la siguiente marca:
8. H1
OK

Prueba piloto:

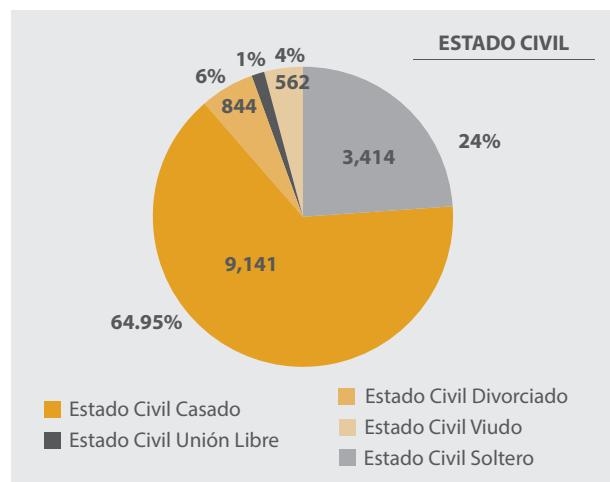
Se aplicó prueba piloto para validar la encuesta y evitar sesgos, la muestra fue de 120 encuestas.

Resultados

De la población encuestada, la edad que con más frecuencia se presentó fue la de 18 años (693), siguiendo la de 30 años (484) y 19 años (414), con una media y mediana de 58 años, predominando el sexo femenino con un 58.5% (8,255), en cuanto al estado civil la mayoría estaba casado 64.8% (9,141), seguido de los solteros con un 24.2% (3,414) en el nivel educativo predominó la culminación de los estudios de primaria y secundaria con un 70% (9,830), preparatoria 14% (2,017) y terminaron sus estudios superiores técnico y licenciatura solo un 9% (1,327), llamando la atención un 6.5% (925) de analfabetas, en una población urbana de Zapopan, Jalisco.

Gráfica No.1

Fuente: Encuesta conocimiento de los factores que favorecen el contagio de la influenza humana A H1N1.

Gráfica No. 2

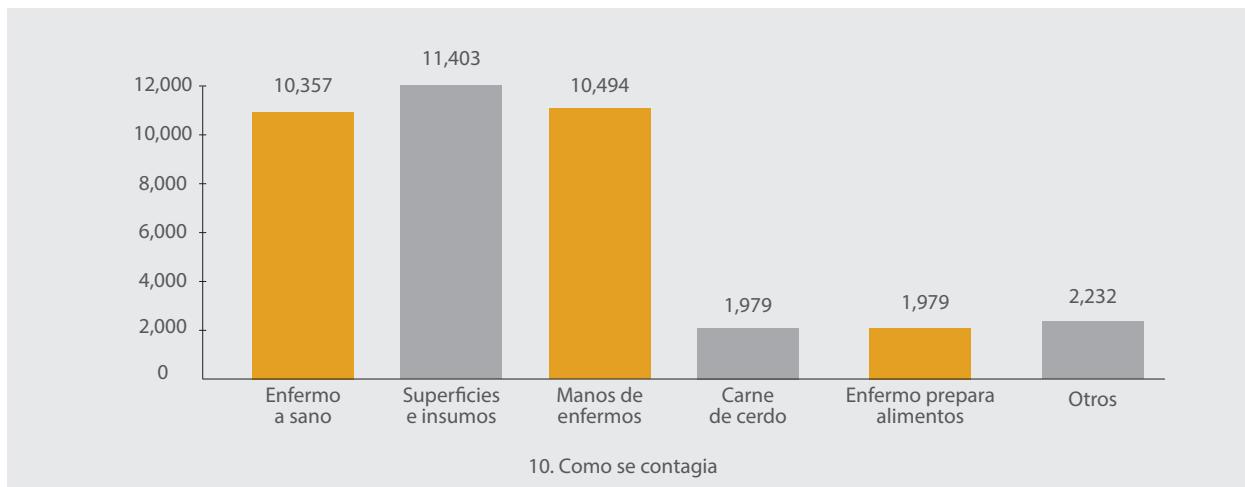
Fuente: Encuesta conocimiento de los factores que favorecen el contagio de la influenza humana A H1N1.

Respecto a la pregunta N°10, ¿Cómo se contagia?.

La mayoría 80% (11,403) contesto los diferentes medios de contagio de acorde a las frecuencias en que estos se presenta de manera acertada, sin embargo un 14% (1,979) tiene la idea errónea del contagio por consumo de carne de cerdo.

Respecto a la pregunta N°11, manifestaciones de inicio de la enfermedad.

La mayoría conocen los signos y síntomas del inicio de la enfermedad 92.3% (13,019) (la pregunta es difícil por la cultura general de la población, por eso hubo la dispersión de otros porcentajes).

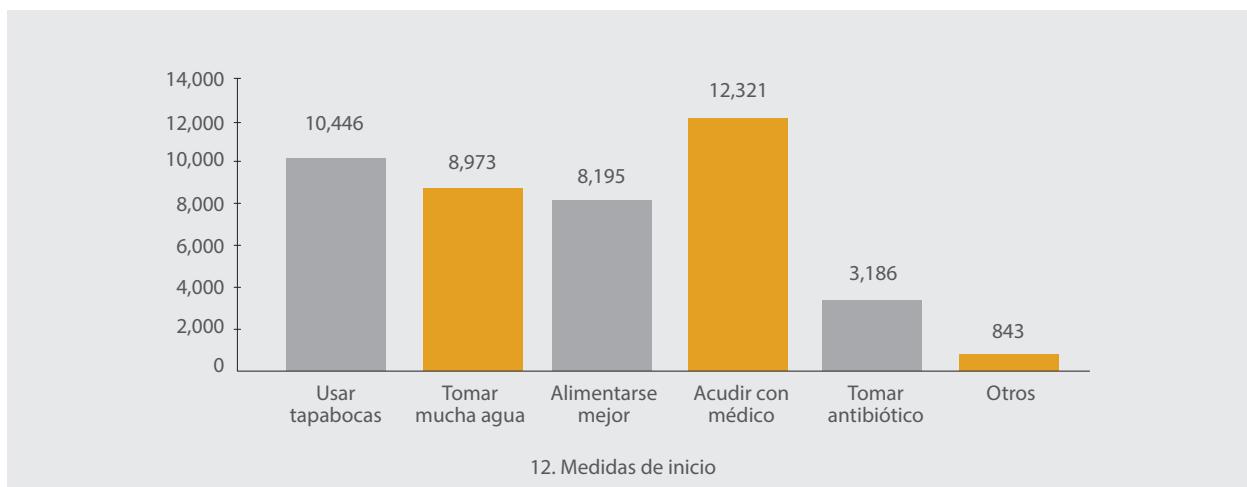
Gráfica No. 3

Fuente: Encuesta conocimiento de los factores que favorecen el contagio de la influenza humana A H1N1.

Pregunta N°12, medidas a tomar ante la sospecha de Influenza A H1N1.

La mayoría de los encuestados contestaron acudir primeramente al medico con un 87.4% (12,321) (3,186), el 22% (3,186) respondió tomar antibiótico.

Gráfica No. 4



Fuente: Encuesta conocimiento de los factores que favorecen el contagio de la influenza humana A H1N1.

Pregunta N°13, en cuanto a las medidas de aislamiento de un sospechoso.

La mayoría el 80% (12,024) contesto las medidas preventivas adecuadas, el resto contesto una o más opciones, teniendo nociones de las medidas preventivas en general.

Pregunta N°14, medicamento que no debe utilizarse en sospecha de Influenza A H1N1.

El 55% opino que si hay que administrar antibióticos de manera incorrecta.

Pregunta N°15, medidas a tomar en caso de epidemia de Influenza

El 89% (12,635) opinaron de manera correcta todas las medidas preventivas a tomar, habrá que trabajar con el 11% que dio menos de tres opciones.

Pregunta N°16, cual fue el medio de difusión por el que se enteró de la influenza.

Indudablemente que el más común, como era de esperarse (ya que fue noticia de primera plana esos días), fue la televisión con un 92.4% (13,026) y la radio con un 45%

(6,350), corroborando con esto la escasa cultura que tenemos a la lectura con solo un 9% (1,339), llamando la atención que solo el 15% (2,137) se enteró en las Centros de Salud y otras instituciones, por lo que proponemos mejorar este medio de comunicación.

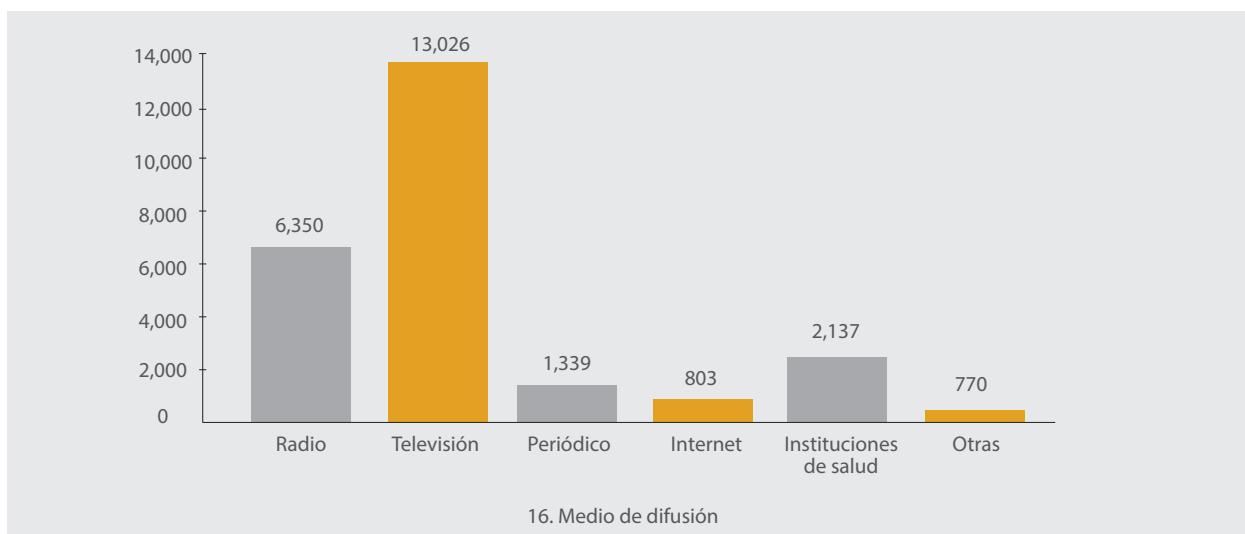
Conclusiones y recomendaciones.

Con los resultados obtenidos, nos hemos dado cuenta que se requiere de una mayor difusión, no solo en cuanto al problema de la Influenza, como fue el caso, sino en cualquier tipo de padecimiento o alerta epidemiológica.

Es de llamar la atención el 6.5% de analfabetas que existen en este municipio. De igual manera llama la atención el 14% de las personas que aun creen que es la carne de cerdo la causante de esta enfermedad, tal vez esto hace que en la pregunta 12, el 22% manifestó que se debe de tomar antibiótico ante la presencia de la influenza, correlacionando la anterior pregunta con la 14 en la cual el 55% manifiesta la administración de antibiótico ante la sospecha de influenza.

Mantener a la población informada y que la información sea oportuna y veraz, es primordial para que la población

Gráfica No. 5



Fuente: Encuesta conocimiento de los factores que favorecen el contagio de la influenza humana A H1N1.

participe en las acciones para mejorar su salud. Tal vez por ello que la mayoría de los encuestados (92%) se enteraron por medio de la televisión, sin embargo solo el 9% lo leyó, esto probablemente ligado al analfabetismo existente en el municipio.

Solo el 15% se enteró de la enfermedad en una unidad médica, tal vez debemos de mejorar la comunicación en nuestras unidades del sector salud.

Los medios de comunicación son de suma importancia para la difusión de las alertas en salud y el poder definir el mejor medio, puede contribuir para que el daño a la población sea menor.

En cuanto al estudio realizado, se requiere ampliarlo a otras áreas o municipios, para determinar si el medio encontrado, la televisión, es igual en todo el Estado.

Agradecimiento muy especial a los Doctores: Jorge Blackaller Ayala, Juan Miguel Torre Marín y Salvador García Uvence por su apoyo y orientación, así mismo a la Lic. en Enfermería Lucia Gabriela Barajas Sánchez por su apoyo en la traducción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Infection prevention and control in health care in providing care for confirmed or suspected A (H1N1) swine influenza patients* Organización Mundial de la Salud, 29 de Abril de 2009.
2. *Interim Guidance for Emergency Medical Services (EMS) Systems and 9-1-1 Public Safety Answering Points (PSAPs) for patients with Confirmed or suspected Swine-Origin Influenza A (H1N1) infection*, centers for Disease Control and Prevention, 29 April de 2009.
3. *Guía Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del virus de la influenza A porcina H1N1* Instituto Mexicano del Seguro Social, 28 de abril 2009.
4. *Influenza A (H1N1): estudio de la contingencia sanitaria y el brote de una pandemia desde las perspectivas epidemiológica, social e histórica*. América Molina del Villar. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. versión impresa ISSN 1405-9274.
5. *Nivel de conocimiento sobre la Influenza A (H1N1)*, 2009. María E. Dávila1, Marialida J. Mujica1, Xiomara Bullones1. Marco P. Marrufo y Damelis Daza. Rev. salud pública. 12 (5): 790-797, 2010.
6. *La influenza, un problema vigente de salud pública*. García-García, Juan y Ramos, Celso. La influenza, un problema vigente de salud pública. Salud pública Méx [online]. 2006, vol.48, n.3, pp. 244-267. ISSN 0036-3634.
7. *Influenza A (H1N1): temor a una pandemia*. Jennifer Gotera y Nereida Valero. Invest. clín v.50 n.3 Maracaibo sep. 2009.
8. *Influenza A (H1N1): estudio de la contingencia sanitaria y el brote de una pandemia desde las perspectivas epidemiológica, social e histórica*. América Molina del Villar. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Distrito Federal, México.
9. *Emergencia de los virus Influenza A (H1N1)*. Viruses. Zimmer S, Burke D N. Engl J Med 2009; 361: 279-85.

Experiencia y perspectiva del personal de salud y actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco

Laureano-Eugenio J. (1), Villaseñor-Farías M. (2), Mejía-Mendoza M.L. (3), Márquez-Amezcua J. M. (4), Ibarra-Garavito M. (5)

(1) Maestro en Ciencias de la Salud Pública, Asesor y promotor de investigación cualitativa y participativa en salud; (2) Doctora en Ciencias de la Salud, investigadora titular C de la Universidad de Guadalajara; (3) Maestra en Ciencias de la Salud Pública, Médico operativo en Centro de Salud No. 1 SSJ; (4) Subsecretario de Servicios de Salud en Puebla; (5) Médico General, Coordinador de Área en Salud del Municipio de Jocotepec SSJ.

Resumen

Objetivo: Explorar la experiencia y perspectiva social del personal de salud y diferentes actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco, al 2012. **Material y métodos:** Estudio cualitativo tipo fenomenológico, con entrevistas individuales y grupales a personal de salud y otros actores de la sociedad civil, utilizando un muestro intencional con la consideración del criterio de saturación teórica. Análisis semiótico de datos e interpretación crítica. **Resultados:** 83 informantes, 59% mujeres, 60% personal de salud y el resto de instituciones al igual que organizaciones de la sociedad civil. Reconocimiento del ejercicio y papel histórico de la partería en informantes. Ante su incorporación al sistema de salud, se encuentra postura de rechazo y de aceptación en el personal de salud, frente a una búsqueda de reconocimiento e incorporación al sector salud por parte de otros actores. **Conclusiones:** Ante la formulación, implementación y evaluación de una política pública de partería en Jalisco, es necesario considerar las perspectivas de aceptación, rechazo y reconocimiento presente en el personal de salud y diferentes actores sociales, ya que esto inhibe o potencializa el cumplimiento de metas planteadas.

Palabras clave: partería profesional, mortalidad materna, política pública.

Abstract

Objective: Explore the experience and social perspective of health care personnel and different actors to the practice of midwifery in Jalisco in 2012. **Material and method:** Qualitative phenomenological study type, with individual and group interviews to health personnel and other civil society actors, using an intentional sample with the consideration of the criterion of theoretical saturation. Semiotic Analysis of data and critical interpretation. **Results:** 83 Respondents, 59% women, 60% of health care

personnel and the rest of institutions as well as civil society organizations. Recognition of the exercise and historic role of midwifery in informants. Before its incorporation into the health system, its position of rejection and acceptance in the health care personnel, compared to a search for recognition and incorporation into the health sector in other actors. **Conclusions:** Before the formulation, implementation, and evaluation of a public policy of midwifery in the State of Jalisco, is necessary to consider the prospects of acceptance, rejection and recognition present in the different social actors, as this inhibits or potentializes the fulfillment of goals.

Key words: Professional midwifery, maternal mortality, public policy.

Introducción

La partería, a lo largo de la historia, ha formado parte importante del contexto social por su intervención en la atención de la salud, especialmente dentro del binomio madre e hijo, ejerciendo bajo una cosmovisión integral y holística, que la han posicionado un personaje tradicional por su saber popular y la filiación cultural que obtienen con la población.

En México, ha estado presente desde sus primeras comunidades, construyéndose y sobreviviendo en un mosaico cultural y ancestral; con la dominación española y el avance de la medicalización occidental, así como la exclusión de las mujeres de la práctica médica, se entabló una lucha por abolir la cosmovisión del México antiguo, surgiendo disposiciones civiles, al igual que religiosas que buscaron modificar creencias y hábitos en la población conquistada, lo cual influyó también en la práctica de la partería, una situación que ha prevalecido hasta la fecha.¹

Es dentro de esta lucha donde nace y evoluciona la partería profesional por un lado y se tiene la persistencia de las parteras empíricas y tradicionales por el otro, adentrándose a un fenómeno de constante confrontación ideológica: algunos buscan mantener los saberes populares y cosmovisión tradicional de la partera, otros la incorporación de conocimientos de la medicina occidental a esta práctica y aquellos que consideran el eliminar por completo las prácticas tradicionales de la partería.

Actualmente, organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud, reconocen que los servicios de partería, son fundamentales para garantizar un embarazo y parto saludable al igual que sin riesgos, sustentado que en todo el mundo, aproximadamente 350 000 mujeres, mueren cada año como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, pudiéndose evitar muchas de estas muertes si los partos fueran atendidos por una partera profesional, considerando que muchas de estas mujeres, viven en zonas de extrema pobreza.^{2, 3, 4}

De igual manera, para avanzar hacia la consecución del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio y alcanzar una mejor salud materna, plantean profesionalizar el mayor número de parteras posible, invitando a los gobiernos a adoptar una política pública que permita a las parteras aplicar todos sus conocimientos teóricos y prácticos en la comunidad, centros de salud y hospitales, reconociéndola una profesión distinta y estableciendo puestos laborales, con la incidencia en la formulación de políticas nacionales, asegurando quedar incorporada en los planes de salud materna y neonatal.^{5, 3}

Es así, que debido al acceso desigual a la asistencia médica y las características culturales de algunas zonas geográficas, la partería sigue vital en México, por lo que en el año 2011, el gobierno realizó reformas a la *Ley General de Salud* para reconocer y certificar a parteras profesionales; estas reformas son en los artículos 61, 64 y 79, estableciendo legalmente este ejercicio, con la creación y registro del puesto de partera asistencial, posibilitando la contratación de parteras profesionales para ejercer en condición de recurso humano en salud institucional, una legislación que incorpora de manera oficial esta práctica al Sistema Nacional de Salud, accediendo a plazas laborales y compensaciones dignas, fomentando para ello la creación de nuevas escuelas de partería.⁶

Ante esta situación, un aspecto importante que se tiene que considerar en la implementación y funcionalidad de la política pública de partería, es la perspectiva social del personal de salud y otros actores sociales, ya que esto inhibe o potencializa el cumplimiento de las metas planteadas por Organismos Internacionales y el Gobierno de México, por lo que el objetivo de este proyecto de investigación fue explorar experiencia y perspectiva del personal de salud y diferentes actores sociales, ante la práctica de la partería en Jalisco al 2012.

Material y métodos

Considerando el objeto de estudio, se recurrió a la metodológica cualitativa desde una perspectiva fenomenológica, ya que este tipo de investigación permite comprender la subjetividad de los informantes, explicando y comprendiendo las interacciones, perspectivas y significados individuales o grupales, constituidos a partir de su experiencia en relación al objeto de estudio.^{7, 8}

El estudio se llevó a cabo considerando tener informantes representantes de los municipios que conforman la entidad, utilizando un muestreo intencional, con el propósito de explorar determinados procesos o contextos en forma detallada, seleccionando de manera no aleatoria a sujetos caracterizados por una riqueza de información entorno al fenómeno a estudiar, teniendo un total de 51 profesionales de la salud y 32 actores sociales de distintos organismos o instituciones, todos ellos de 62 municipios, considerando el principio de saturación teórica para estimar el total de informantes.^{9, 10, 11}

El trabajo de campo se desarrolló durante el 2011 y 2012 en dos momentos: el primero de ellos fue mediante entrevistas individuales semi estructuradas en domicilios laborales o personales de informantes, realizando de dos o tres visitas, en el segundo momento se llevaron a cabo entrevistas grupales dentro del evento llamado “Primer encuentro Estatal de Partería”, desarrollado en Jocotepec, Jalisco.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas a textos de Word, para posteriormente ser analizadas bajo el modelo actancial semiótico, implicando realización de lectura, relectura de cada línea textual, para pasar a describir primeras impresiones contextualizadas como temas emergentes, análisis de superficie de los textos, identificando actores semióticos, isotopías temáticas y figurativas, así, como la dimensión cognitiva, generando una estructuración del texto en grandes categorías con descripciones textuales y su interpretación bajo



la perspectiva crítica. Los resultados se presentaron a algunos informantes corroborando y devolviendo la información.^{12, 13}

La participación de informantes fue en todo momento voluntaria y bajo consentimiento oral informado, atendiendo principios de respeto a la autonomía, autodeterminación y confidencialidad de información, sometiendo el proyecto a evaluación y registro por la

Comisión de Investigación y Ética de la Oficina Central de la Secretaría de Salud Jalisco.

Resultados

A continuación, el cuadro No. 1 describe al personal de salud y las instituciones u organismos partícipes del estudio, además de características de tipificación de los informantes participantes.

Cuadro No. 1 Caracterización de los informantes

Institución	Tipo de asistentes	frecuencia	Porcentaje
Secretaría de Salud Jalisco	Directivos	8	9.6%
	Personal operativo médicos	20	24%
	Personal operativo enfermeras	20	24%
	Personal operativo otras áreas afines	3	3.6%
Universidad de Guadalajara	Docentes	8	9.6%
Ayuntamientos municipales	Personal operativo	5	6%
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	Directivos	2	2.4%
	Personal operativo	6	7.6%
Comunidad Náhuatl de Tuxpan, Jalisco	Líderes	2	2.4%
Servicios Médicos Municipales	Personal operativo	3	3.6%
Instituto Municipal de las Mujeres	Directivos	3	3.6%
	Personal operativo	3	3.6%
TOTAL		83	100%

Fuente: Documentos recolectados en trabajo de campo

Figura social de la partería presente en personal de salud

En el personal de salud participante del estudio, se encuentran elementos que describen la figura social que ellos tienen sobre la partería y el papel que representa en la población: personaje comunitario tradicional en quien se deposita un sentido de responsabilidad y protección en el cuidado de la salud de sus miembros, enfatizando en aquello que tiene que ver con la atención materno e infantil, destacando un sentido de confianza al igual que de familiaridad, entre la partera y a quien brinda sus servicios, aspectos atribuidos en primer lugar, al sentido de la escucha activa que tiene no solo a la mujer que atiende, sino también, a los miembros de la familia y en

segundo lugar, al hecho de conocerlos de toda su vida al vivir en la misma comunidad.

La mayoría expresan que esta filiación cultural entre la partera y la población, es una característica que muchos médicos no logran tener, señalando incluso, que una de las causas de esto, es que a pesar del aumento de la cobertura de los servicios de salud con personal y unidades de atención en el Estado, el proceso de formación en las universidades, no contempla los aspectos socioculturales de la salud, algo trascendente en la práctica médica diaria.

Coincidieron que la labor realizada por algunas parteras en sus comunidades, es importante para el logro de la equidad en salud, lo anterior vinculado al liderazgo que, según mencionan, ha logrado obtener con su intervención

comprometida en acciones que inciden de manera positiva, en el desarrollo y bienestar social, actos que desde su perspectiva, le da credibilidad, voz y voto para la toma de decisiones, añadiendo incluso tener capacidad de gestión ante otras instancias (“*en la presidencia pidió el apoyo para comprar el terreno del centro de salud*”), encontrando quien ha sabido retomar esta característica de la partera para desarrollar acciones de educación y promoción de la salud de tipo institucional (planificación familiar, vacunación, enfermedades gastrointestinales entre otras).

Conforme se avanzaba en las entrevistas, algunos informantes destacaban diferencias de su práctica con el de la partera al momento de brindar la atención, lo anterior tomando como punto de partida su experiencia en la comunidad donde ejercieron o aún continúan trabajando, aludiendo sobre todo aspectos culturales que ellos, en su condición de personal de salud institucional, asumen no poder brindar.

“En mi comunidad, las parteras además de llevar control prenatal y atender el parto, lavan la ropa de toda la familia durante 40 días, imagínate yo lavando la ropa, visitar a todas la que se alivian en sus casas y hasta preguntar si ya lo bautizaron, pues no, eso no lo enseñan en la escuela de medicina, por eso muchas mejor se van con la partera...”

(Médico de comunidad rural)

Describen que otra característica de las parteras, es “*ser de la comunidad*”, señalando que esto le posibilita estar las 24 horas del día para ser consultada por la población y que además, esta característica les permite esa familiarización con los elementos y patrones culturales locales en torno al embarazo (“*afilier*”, “*el listón rojo y no ir a velorios en su embarazo*”, “*cuidarse de los eclipses porque deforman los niños*”).

Además de lo anterior, consideran que ser parte de la comunidad, les posibilita tener conocimiento de las condiciones económicas de las familias, sus modalidades de organización y otras cuestiones de género, que inciden en la salud (“*el machismo de los hombres*”), resaltando en este último aspecto, la violencia durante el embarazo.

“En la comunidad, me ha tocado que cuando su esposo las golpea, se van con la partera a que las revise, porque bien saben que yo si los demando, y pues ella no lo hace, creo que eso también deben de tomarlo en cuenta para que las capaciten en lo que deben hacer.”

(Médico de centro de salud rural)

Los informantes, aun cuando coinciden en que la partera ha disminuido su participación en la atención del parto, visualizan que continúa siendo frecuentada para realizar intervenciones en las embarazadas que responde a aspectos culturales (“*la sobada*”). Al respecto, algunos de ellos demandan que hay mujeres que nunca acuden a recibir un control prenatal institucional, pues acuden a revisiones con la partera durante su embarazo, solo al final, van al centro de salud para que se les entregue una carta de derivación al hospital y les sea atendido su parto, pidiendo se capacite a parteras para que inviten a estas pacientes a llevar también un control prenatal con el sector salud.

Perspectiva del personal de salud ante la incorporación de la partería a los servicios de salud institucionales

Al indagar en los informantes su perspectiva sobre la incorporación de la partería al Sistema Nacional de Salud, se encontraron dos posturas: una de aceptación y otra de no aceptación, descritas a continuación en el cuadro No. 2.

Cuadro No. 2

Perspectiva del personal de salud ante la incorporación de la partería al sistema de salud oficial

Postura de aceptación	Postura de no aceptación
<i>“Será una buena oportunidad para que se capaciten y puedan tener mejores conocimientos y disminuir realmente la muerte materna en el Estado”</i>	<i>“En lugar de contratar parteras, deberían de dar bases a los ginecólogos de los hospitales y contratar a otros para cubrir donde hace falta”</i>
<i>“Es mejor que se tenga conocimiento sobre donde están y que es lo que hacen, porque si no es así, ellas de todos modos seguirán atendiendo y nunca sabremos si hay cosas que en lugar de beneficiar, estén perjudicando a la población”</i>	<i>“La solución a la muerte materna no son las parteras, deben de mejorar las condiciones de las unidades de salud ya existen y crear otras nuevas...”</i>
<i>“El que una partera trabaje con nosotros, nos va a permitir reflexionar y reprender a brindar una atención más humanizada y empezar a dejar de ver el parto como algo patológico”</i>	<i>“Las parteras no se sentirán cómodas en los hospitales ni en los centros de salud, además de que se les hará difícil para trabajar con nosotros, sobre todo porque ellas atienden con empirismo y nosotros con método científico comprobado”</i>

Fuente: Documentos recolectados en trabajo de campo

"Reconocimiento y apoyo del gobierno a las parteras": perspectiva de otros actores sociales

En estos informantes, es clara la postura de aceptación para incorporar a la partera al sistema de salud, posicionándolo incluso, una necesidad de reconocimiento por parte del gobierno y la sociedad (*"una valoración a la cultura popular de atención en salud, la cual se ha mantenido con el paso de los años, la hemos utilizado y hasta la hemos rechazado"*), visualizando que esto representaría el *"volver al origen natural de la atención del nacimiento"*, destacando algunos de ellos también, lo que ha significado a sus comunidades, el contar con una partera con o sin reconocimiento institucional, exemplificado en el siguiente discurso.

"...aplaudo las acciones completamente humanitarias que emprenden cada una de las parteras...siempre a favor de los que más lo necesitan, los más alejados, los más desprotegidos, los que poco tienen acceso a los médicos de las ciudades grandes y medianas..."

(Presidente Municipal)

Plantean que el principal eje rector de la política pública de partería, deberá de ser el respeto a la libertad de la mujer en su elección por el tipo de atención a recibir antes, durante y después del parto, considerando ser una responsabilidad del gobierno, hacer valer este derecho, ejercido con calidad y sin implicar riesgos para la salud de la mujer y su niño. A demás de esto, mencionan que lo que se establezca como política pública de partería, deberá de ser congruente a la realidad de cada contexto particular en las diferentes zonas del Estado, posicionando entre ellos, los aspectos culturales, geográficos y económicos presentes en la población.

Proponen la formación de personas jóvenes en el ejercicio de la partería, sobre todo familiares de parteras, de zona rural y que al término de sus estudios, retornen a sus comunidades de origen, considerando que el gobierno también deberá de establecer las facilidades para lograr lo acordado. Visualizan la posibilidad de crear una escuela de partería profesional en la entidad, describiendo que esto permitirá tomar en cuenta las características socioculturales de la población jalisciense e implicaría mayor oportunidad de ingreso, por ser en la entidad.

Finalmente, también coinciden que será una tarea importante, el continuar con trabajos de enriquecimiento

mutuo entre parteras y personal de salud institucional, visto una oportunidad de sensibilización para el trabajo en conjunto ante el problema de la muerte materna.

Discusión

Ante la vitalidad de la partería en Jalisco, los planteamientos de organismos internacionales para su profesionalización e incorporación al sistema de salud y el reconocimiento legal de la partera profesional en México, el conocer la perspectiva del personal de salud y actores sociales participes de este aspecto, son elementos trascendentales a considerar, en la formulación de una política pública de partería estatal, posibilitando que en conjunto con otros elementos, permitan dar respuesta real y viable a las necesidades, generar un escenario donde las parteras puedan ejercer sin barreras o dificultades y en un futuro, el acceso a puestos directivos o de enseñanza en el área de salud materna y perinatal, planteado ya por organismos internacionales.¹⁴

Se debe considerar; que la perspectiva presente en los diferentes informantes, está relacionada a su experiencia con el ejercicio de la partería de manera directa o indirecta, por lo que deben de ser asumidos por las autoridades, como perspectivas que se convierten en facilitadores, obstáculos y oportunidades para cumplir con lo planteado por la política pública en el país, de manera particular, en las estrategias o programas específicos de acción a nivel hospitalario o en centros de salud.

Además de lo anterior, con estos resultados, se hace evidente la importancia y trascendencia que tiene el retomar los aspectos no biológicos en la salud, a lo que algunos antropólogos y sociólogos ya han hecho mención: el proceso salud-enfermedad está determinado por patrones culturales, religiosos o mágicos, los cuales, finalmente elaboran la cosmovisión del grupo o comunidad, siendo necesario entonces asumir un compromiso por mejorar o retomar este aspecto en la formación (universidades) y capacitación (instituciones de salud) de los recursos humanos en salud.¹⁵

La postura de algunos integrantes del personal de salud de no aceptar la incorporación de la partera al sistema de salud, no es algo nuevo, ya que con el avance de la medicalización, en la atención del parto posterior a la conquista de México, los médicos instituyeron un proceso tendente a depreciar los saberes y prácticas de este personaje, supeditando los fundamentos de su práctica en

una racionalidad científica construida desde la disciplina médica.¹⁶

En épocas más recientes, los debates sobre la formación del personal de partería y su incorporación a los sistemas de salud, se empezaron hace décadas, mucho antes de principios de los 90, con el grupo especial de la Organización Mundial de la Salud, sobre el desarrollo de recursos humanos para la salud materna y la maternidad segura en reuniones llevadas a cabo en Ginebra.¹⁷

Ante esta diversidad de opiniones, al respecto de su incorporación o no, existen investigaciones que señalan que las intervenciones aisladas, no reducen la mortalidad materna lo suficiente para lograr la meta planteada por el Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, recomendando por lo tanto, el reconocer e incorporar a las parteras en sus distintas modalidades, para posibilitar el maximizar sus respectivas fortalezas en beneficio de la población.¹⁸

En cuanto a la perspectiva de otros actores sociales y sus propuestas para la incorporación de las parteras, algunos estudios han determinado que el trabajo de colaboración entre diferentes sectores sociales, en torno a la salud comunitaria, apuntan a la necesidad de un liderazgo compartido, un liderazgo que es efectivo a través de una visión y un poder igualitario ante la concepción de sistemas y en la construcción de procesos de atención, por lo que tomar en cuenta lo planteado por otros actores, orientará y afianzará el cumplimiento de las metas en la propuesta de política.¹⁹

De igual manera, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Comisión Internacional de Matronas, señalan necesario que en la formulación de políticas, marcos legales, infraestructuras y cuestiones logísticas en lo que tiene que ver con la partería, se tenga la colaboración de diversos grupos de profesionales (entre ellos los obstetras) y otros actores sociales, buscando asegurar que la presencia de los cuidados de partería, responda al derecho humano de todas las mujeres del mundo para acceder a cuidados con calidad y adecuados a su cultura, independientemente del lugar en el que vivan; una interacción que busque llegar a un consenso, pues aunque los gobiernos son los responsables últimos de garantizar el acceso a los cuidados especializados, el hacer partícipe a otros, es esencial para lograr la acción política efectiva y resolutiva.¹⁴

A manera de comparación de estos resultados con los de otros espacios geográficos, se encuentra que en una investigación cualitativa realizada durante el 2005 en Morelos México, donde se entrevistaron a parteras

tradicionales, encontraron que la forma de atención tradicional es por lo general negada, ignorada y/o marginada por parte de la biomedicina, pese a que la atención tradicional es vital aún en algunos lugares y frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población, experimentando diversas formas de maltrato por parte de los médicos, no contando siempre con el apoyo de las instituciones de salud y optando por no acompañar a sus pacientes a las unidades institucionales de atención, o si lo hacen, no se presentan, llegando incluso algunas de ellas a silenciar su profesión.²⁰

De manera contraria, en otra investigación realizada en la región Huánuco, en Lima Perú, encontraron que para el personal de salud local, las características culturales entorno a la atención en salud de la población que atienden (el uso de las plantas medicinales por ejemplo), les ha permitido una familiarización y apertura para el apoyo de parteras, incluso llegando a promover el mantenimiento de dichas costumbres.

En la atención materno e infantil, señalan que con la aceptación del parto vertical, ocurre algo similar, pues si bien permite mayor uso de los servicios de salud por parte de las gestantes, también ha permitido mayor compromiso en el personal de salud con los usos de la comunidad, logrando un trabajo articulado entre parteras y el personal de salud obteniendo mayor contacto con la comunidad, generando trabajo en conjunto con autoridades, profesores y otros representantes de la comunidad, asumiéndolo un ejercicio en función a mejorar la comunicación con la población, mayor confianza en el servicio que ellos otorgan y por consiguiente mejor resultado en la atención del parto y sus complicaciones.²¹

Se debe considerar, que el dominio del modelo médico convencional en la atención de la salud que ha prevalecido en México, ha tendido a desarticular los lazos sociales e ideológicos entre las parteras y el personal de salud institucional, por lo que buscar un trabajo en conjunto, tendría que iniciarse con la desmitificación de lo que representa la atención institucional y tradicional del embarazo, parto y puerperio (atención científica frente a una atención no científica), lo anterior tanto en los espacios de formación de recursos humanos en salud, como en el personal de salud que ya ejerce, proponiendo la realización de talleres de sensibilización en interculturalidad y salud, al igual que la generación de mesas de trabajo con parteras y personal de salud institucional, que permitan el enriquecimiento mutuo entre de ambos modelos de atención.



La manera de hacer participe a otras instancias y organismos de la sociedad civil, en la formulación de la política pública de partería en Jalisco, deberá tomar en cuenta la experiencia que han tenido otros países y entidades al respecto. Desde el apartado de investigación, queda pendiente hacer acercamientos a la población que se beneficia de los servicios de salud, para escuchar su voz al respecto de lo que ellos esperan en la atención del embarazo, parto y puerperio, pasando por un nivel comprensivo del contexto social y cultural de las diferentes zonas geográficas de la entidad, considerando la necesidad de difundir en la población, el derecho que la mujer embarazada tiene para elegir libremente el tipo de atención a recibir.

Es así que, ante la formulación, implementación y evaluación de una política pública de partería en Jalisco, se deberá tomar en cuenta las perspectivas de aceptación, rechazo y reconocimiento, presente en el personal de salud y otros actores sociales, lo anterior, en el marco de la cultura y cosmovisión de la salud en diferentes regiones de la entidad (proceso salud-enfermedad-atención), evitando que su formulación e implementación, sea solo desde la perspectiva institucional, pues ello puede llevar a que lo planteado, se convierta en una retórica vacía de supuestos políticos con buenas intenciones, pero sin lograr incidir de manera real, en la muerte materna, objetivo principal por el cual se busca la incorporación de la partería profesional al sector salud.

Referencias bibliográficas

1. Carrillo AM. *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*. Dynamis 1999;19:167-190.
2. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre partería (sitio de internet). OMS 2013. (consultado: 20 junio 2013). Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/es/index.htm>
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El estado de las parteras en el mundo 2011. Cuidar la salud, salvar vidas* (sitio de internet). UNFPA 2011. (consultado: 18 abril 2012). Disponible en: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/es_SoWMy_Full.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. "De vuelta a los orígenes del nacimiento" (sitio en internet). Centro de prensa OPS 2002. (consultado: 16 junio 2011). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish>
5. Organización Mundial de la Salud. *Reducir los Riesgos del Embarazo. Asistente de partería cualificados*. 2011 (Referido en 2010 May 16); 1/4: (4 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/skilled_birth/es/index.html
6. Walker D, Suárez L, González D, De María LM, Romero M. *Parteras profesionales y enfermeras obstétricas: una opción para la atención obstétrica en México*. (monografía en internet). Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011 (consultado 2012 julio). Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101197.pdf
7. Álvarez-Gayou, J. L. *Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós. 2007.
8. Souza, A. *Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos*. En Mercado, F. J. (Ed.), "Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana". México: Universidad de Guadalajara. 2002: 439-459.
9. Izacará, S.P. *Introducción al muestreo*. México: Porrúa. 2007.
10. Vites, R. *Las tres acciones iterativas que conducen el diseño cualitativo*. En Merlino, A (Coord). "Investigación cualitativa en ciencias sociales". Argentina: America LEE. 2009.
11. Mejía, J. (2000). *El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones Sociales*. Año IV numero 5. INMSM, Lima. 2000. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/69205876/El-muestreo-en-la-investigacion-cualitativa>
12. Greimas J, Courtés J. *Semiotica: diccionario razonado de la teoría del lenguaje*. Madrid: Gredos, 1982:474.
13. Geertz C. *Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura*. En *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, 2001:19-40.
14. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Confederación Internacional de Matronas. *Inversión en matronas y personal de salud con conocimientos en partería para salvar vidas de las madres y los recién nacidos*. S/A. (Referido en 2012 Julio 20); Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/midwives_spa.pdf

15. Pérez JE. *Consideraciones para el estudio del binomio salud-enfermedad en la cultura popular*. Revista de Ciencias sociales 2009;15(4):708-715.
16. Díaz LC, Oropeza L. *Las parteras de Guadalajara* (Méjico) en el siglo XIX: el despojo de su arte. *Dynamys* 2007;27:237-261.
17. World Health Organization. *Human Resources Development for Maternal and Newborn Health at the Health Centre referral level*. Report of a joint FHE/HRH Task Force Meeting 1993, 25-29 October.
18. Abbey B, Morgan A. *¿Cómo la integración de las parteras tradicionales con los sistemas formales de salud pueden aumentar la asistencia calificada del parto?*. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia 2011;115(2).
19. Alexander et al. *Leadership in Collaborative Community Health Partnerships*. Nonprofit Management and Leadership 2001, 12(2); 159-175
20. Jimenez S, Pelcastre B, Figueroa JG. *Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación*. Rev. Chil. Salud Pública 2008; 12(3):161-168.
21. Maycal J, Palacios E, Medina A, Velazquez J, Castañeda D. *Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco*. Rev. Peru Med Exp Salud Publica 2009; 26(2):145-60.

Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social

Alfaro-Alfaro N.

Profesor investigador titular del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Médico especialista adscrito al Departamento de Evaluación de la Secretaría de Salud Jalisco. Ex presidente de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública.

Palabras clave

Determinantes sociales, determinantes de salud, funciones esenciales, servicios de salud.

Introducción

Con la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad” se plantean diversas perspectivas epidemiológicas sobre la salud poblacional.¹ La cual nos permite abordar aspectos sociales de la salud como son los determinantes sociales de la salud.

La determinación en salud es el proceso por que se producen las diversas formas de enfermar o morir de la población. Los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas.² Los determinantes están relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.³

Lalonde (Lalonde y Laframboise, 1974) estableció la importancia que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública y definió un marco conceptual integral para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Él propuso como factores condicionantes de la salud en la población un modelo de cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas “campos de la salud” que son la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud.

Factores biológicos y caudal genético

Las consecuencias médicas, epidemiológicas y sociales derivadas de la caracterización detallada de las instrucciones genéticas completas del ser humano, están presentes en los demás niveles del modelo de determinantes de la salud.

Factores individuales y preferencias en estilos de vida

La conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir. Las conductas y estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen. De esta forma, problemas de salud como el tabaquismo, la desnutrición, el alcoholismo, la exposición a agentes infecciosos y tóxicos, la violencia y los accidentes, aunque tienen sus determinantes proximales en los estilos de vida y las preferencias individuales, tienen también sus macro determinantes en el nivel de acceso a servicios básicos, educación, empleo, vivienda e información, en la equidad de la distribución del ingreso económico y en la manera como la sociedad tolera, respeta y celebra la diversidad de género, etnia, culto y opinión.

Influencias comunitarias y soporte social

Los factores comunitarios y de soporte social influencian las preferencias individuales sobre el cuidado y la valoración de la salud. La presión de grupo, la



inmunidad de masa, la cohesión y la confianza sociales, las redes de soporte social y otras variables asociadas al nivel de integración social e inversión en el capital social son ejemplos de factores causales de enfermedad y determinantes de la salud propios de este nivel de agregación.

Condiciones de vida y de trabajo

La vivienda, el empleo y la educación adecuados son prerequisitos básicos para la salud de las poblaciones. La vivienda, más allá de asegurar un ambiente físico apropiado incluye la composición, estructura, dinámica familiar y vecinal y los patrones de segregación social. El empleo, la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral, incluso la capacidad de control sobre las demandas y presiones de trabajo son importantes determinantes de la salud.

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales

Los alcances del marco jurídico-legal vigente, las estrategias de lucha contra la pobreza y de promoción del crecimiento económico, las transacciones electivas entre la equidad y la eficiencia, entre el capital y el trabajo, la intensidad de las políticas redistributivas, las oportunidades para la construcción de ciudadanía. Generación de empleo, seguridad social, subsidio para vivienda y alimentación, cobertura universal de educación y salud y las condiciones de seguridad, calidad y sostenibilidad del ambiente, entre otros macrodeterminantes, ejercen profundos efectos sobre el

estado de salud de la población según cómo se expresen en los diversos grupos sociales que la conforman.⁴

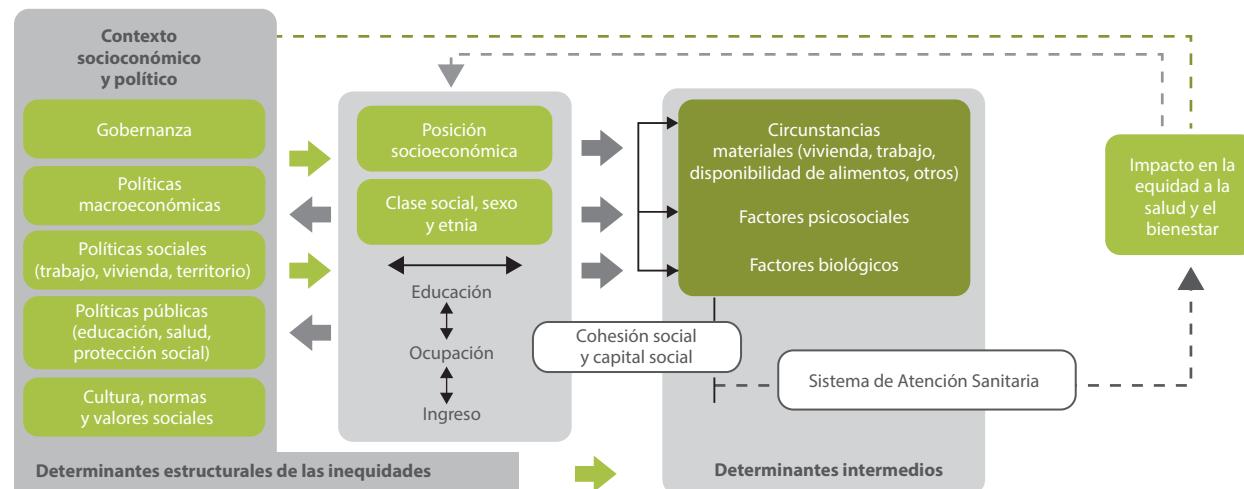
Acceso a servicios de atención de salud

Las formas en que se organiza la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad en una población son determinantes del estado de salud en dicha población. En particular, el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud, el alcance de sus actividades de proyección comunitaria y la intensidad de ejercicio de las funciones esenciales de salud pública son ejemplos de determinantes de la salud en este nivel de agregación.

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural». Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los **determinantes sociales de la salud**.⁵

Estos determinantes sociales, son modificables y en diferente magnitud en cada uno de los grupos sociales, países, y dentro de cada país, estados, regiones, comunidades.

Determinantes sociales y desigualdades en salud



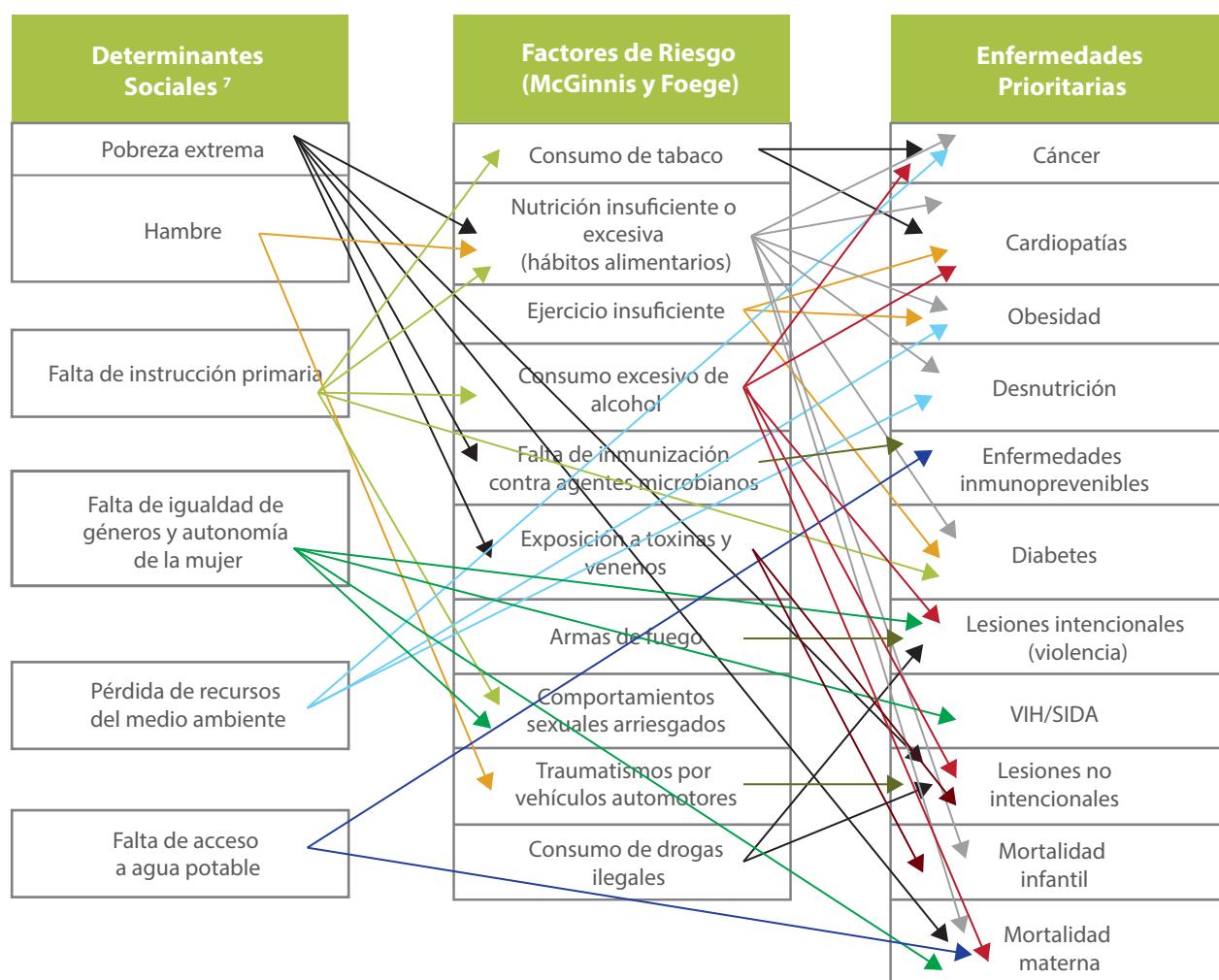
Estos determinantes sociales de la salud a través de determinantes intermedios y proximales, producen diferentes patologías en la población. En el pasado los programas de salud se han planeado basándose en las causas de muerte y morbilidad, algunos han considerado también a sus factores de riesgo. En la actualidad después del informe de los determinantes sociales de la salud, los programas van dirigidos hacia estos determinantes lo que obliga al sector salud a trabajar de manera intersectorial.⁽⁵⁾

Jenkin señala que cuando el público y los profesionales de salud consideran las causas de muerte, piensan en los casos de enfermedad cardiaca, de cáncer, los trastornos hepáticos o los accidentes de tráfico. Sin embargo, todos ellos son solo el diagnóstico final. El se pregunta ¿Cuáles son las causas verdaderas que conducen a estos resultados finales? (McGinnis y Foege), 1993 identificaron los factores no genéticos que incrementan la mortalidad total de Estados Unidos y calcularon su contribución a los diez primeros diagnósticos de mortalidad.

LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS “VERDADERAS” DE MUERTE

- Consumo de tabaco.
- Nutrición insuficiente o excesiva (hábitos alimentarios).
- Ejercicio aeróbico insuficiente.
- Falta de inmunización contra agentes microbianos.
- Exposición a toxinas y venenos.
- Armas de fuego.
- Comportamientos sexuales arriesgados.
- Traumatismos por vehículos automotores.
- Consumo de drogas ilegales.

Estas mismas diez causas son factores de riesgos importantes en todo el mundo, aunque su impacto relativo varía en función de los ambientes y culturas locales. Un estudio epidemiológico sencillo permitiría a cada país establecer sus propias prioridades en relación con la prevención.⁶



Para enfrentar estos determinantes de salud se requiere que el personal humano de las instituciones de salud tengan competencias adecuadas en salud pública las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública.

En la década de los ochenta se formó en los Estados Unidos de América un comité para examinar el futuro de la salud pública en ese país. El instituto de medicina de ese país publicó los resultados en el libro *El Futuro de la Salud Pública* en el que se observaba una crisis en el funcionamiento de la salud pública nacional y se proponían acciones de restructuración de sus programas y de su administración principalmente a nivel local.

Ante este informe la Organización Panamericana de la Salud realizó un estudio con metodología “Delfos” de manera internacional, en tres rondas, para detectar si la situación de salud pública, que se había detectado en Estados Unidos, ocurría también en América Latina. Como resultado de este estudio surgieron las ahora conocidas Funciones Esenciales de la Salud Pública.⁸

En 1997, el comité ejecutivo de la OMS recomendó la promoción del desarrollo conceptual de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, para apoyar la renovación de la política de la salud para todos en el año 2000.

Con este fin, la OMS realizó un estudio “Delphi” con 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades, para obtener consenso internacional en relación con las características centrales de estas funciones, en forma consecutiva. La Organización Panamericana de la Salud implementó la iniciativa de salud pública en las Américas, en la cual consideró a los recursos humanos como Fuerza de Trabajo en Salud.⁹

Las Funciones esenciales de la salud pública

Se entiende por Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) aquellos procesos y movimientos de la sociedad que constituyen condición *sine qua non* para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y como tales orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una sociedad determinada. En un sentido amplio, son prácticas sociales del Estado y la sociedad. En un sentido más estrecho son aquellas prácticas esenciales que sintetizan el quehacer profesional salubrista para el fomento de la salud de la comunidad, la protección y recuperación frente a los daños y la consiguiente preparación del personal de salud y la población.¹⁰ Las funciones esenciales propuestas por la OPS y la descripción de las mismas, son las siguientes:¹¹

Gráfica 1. Funciones Esenciales de Salud Pública



Para el caso de México se agregó la FESP No. 12 relacionada con la gestión de los servicios de salud, pero no se encuentra su descripción a detalle como el resto de ellas.

A continuación se describe con mayor detalle cada una de las funciones:

Función 1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud

Esta primera función incluye conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Evaluar la situación de salud, sus tendencias y determinantes, identificando desigualdades y brechas en los riesgos, daños y acceso a servicios.
- Identificar necesidades de salud a partir de la evaluación de riesgos y demandas de servicio por daños de salud. Manejar estadísticas vitales generales y de grupos de especial interés o de mayor riesgo.
- Generar información sanitaria, desarrollando tecnología y medios para interpretarla y difundirla, así como crear instancias para certificar su calidad.
- Identificar recursos para promover la salud y mejorar la calidad de vida.

Función 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

Esta función incluye conocimiento, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Realizar investigación y vigilancia de brotes epidémicos.
- Realizar investigaciones poblacionales y epidemiológicas.
- Desarrollar capacidades del personal para la investigación, vigilancia epidemiológica y vigilancia de la salud.
- Desarrollar laboratorio de salud pública y efectuar tamizajes rápido y otros estudios de control de riesgos y daños.
- Formular y ejecutar programas de vigilancia epidemiológica.

- Conectarse con redes nacionales e internacionales de vigilancia de salud pública.
- Desarrollar respuestas rápidas para enfrentar problemas de salud.

Función 3. Promoción de la salud

Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Fomentar cambios en los estilos de vida y en las condiciones del entorno para desarrollar una cultura de salud.
- Crear y fortalecer alianzas extra sectoriales para hacer más efectivas las tareas de promoción de la salud pública.
- Formular políticas públicas y capacidad de abogacía para políticas públicas saludables.
- Evaluar el impacto en la salud, de las políticas públicas.
- Desarrollar acciones de educación y comunicación social para promover condiciones, estilos de vida y conductas saludables. Reorientar los servicios de salud para el desarrollo de modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

Función 4. Participación social en salud pública

Esta función incluye conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Promover procesos de empoderamiento de los individuos, de los grupos y de la comunidad, para que sean sujetos pro-activos en la construcción social de la salud pública.
- Desarrollar estrategias para que comunidades e individuos estén informados y facultados para tomar decisiones, y con capacidad de influir en los factores que afectan su salud y el acceso con calidad a servicios de salud pública.
- Construir y facilitar alianzas interinstitucionales e intersectoriales, mediante procesos de planificación estratégicas participativas, con el fin de potenciar la cooperación técnica y los recursos para mejorar la salud.



Función 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública

Esta función requiere de conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Definir objetivos sanitarios medibles y consistentes que mejoren la equidad.
- Promover decisiones políticas en salud pública, monitorear y evaluar su cumplimiento mediante procesos participativos, coherentes con el contexto.
- Desarrollar capacidades institucionales para gestionar los sistemas de salud pública, incluyendo planificación estratégica para implementar y evaluar iniciativas dirigidas a resolver problemas de salud de la población.
- Desarrollar competencias para la gestión de recursos, el liderazgo, el desarrollo organizacional y la comunicación efectiva, para tomar decisiones basadas en la evidencia.
- Desarrollar la capacidad de gestión de la cooperación internacional en salud pública.

Función 6. Fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización en salud pública

Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismo para:

- Contribuir a desarrollar un marco regulador para proteger la salud pública y para fiscalizar su cumplimiento.
- Contribuir a generar propuestas de nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, así como la promoción de ambientes saludables.
- Desarrollar estrategias para la protección a los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- Ejecutar todas estas acciones para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa.

Función 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios

Incluye conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Promover la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos, a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollar acciones para superar barreras de acceso a intervenciones de salud pública y promover la atención de grupos vulnerables en los servicios de salud.
- Monitorear y evaluar el acceso a servicios de salud proporcionados por proveedores públicos y privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y pluricultural y procurar resolver las inequidades en la utilización de los servicios.
- Coordinar estrechamente con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

Función 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

En esta función se incluyen conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Identificar el perfil de los recursos humanos adecuados para la entrega de servicios de salud pública.
- Promover la educación y capacitación del personal de salud pública, para que identifique las necesidades de servicios y de atención de salud, enfrente con eficiencia los problemas de salud pública y evalúe adecuadamente las acciones de salud pública.
- Definir los requerimientos para la acreditación de profesionales de salud y la ejecución de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública. Alianzas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública relevantes para todos los estudiantes, así como educación continua en gestión y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública.
- Desarrollar capacidades para el trabajo interdisciplinario, con énfasis en la formación de principios y valores tales como solidaridad, equidad, y respeto a la dignidad de las personas.

Función 9. Garantizar y mejorar la calidad de los servicios de salud individual y colectiva

Se incluyen conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:



- Promover la existencia de sistemas de evaluación y mejoramiento de la calidad.
- Impulsar la producción de normas básicas de los sistemas de garantía de calidad y supervisar el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación.
- Promover la definición de los derechos de los usuarios y vigilar su cumplimiento.
- Garantizar sistemas de evaluación de tecnologías de salud que contribuyan a la toma de decisiones en el sistema de salud para mejorar la calidad de atención.
- Estimular el uso de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
- Desarrollar sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y usar los resultados para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Función 10. Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones en salud pública

En esta función se incluyen conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Desarrollar investigación científica debidamente regulada para incrementar el conocimiento que apoye la toma de decisiones.
- Implementar y desarrollar soluciones en salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- Establecer alianzas estratégicas intra y extra sectoriales y con los centros de investigación y académicas, para realizar investigaciones que apoyen la toma de decisiones de la autoridad sanitaria regional.

Función 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Se incluyen conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Desarrollar políticas, así como planificar y ejecutar acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana de desastres.
- Aplicar un enfoque integral respecto de los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres.
- Coordinar la participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- Gestionar la cooperación intersectorial e internacional para solucionar problemas de salud generados por emergencias y desastres.⁽¹¹⁾

La fuerza de trabajo en salud pública para desempeñarse adecuadamente al proporcionar los servicios de salud a la población, requiere del dominio de las funciones esenciales de la salud pública, es decir que se tengan por el personal de salud pública las competencias necesarias en este campo.¹²

Desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública

La competencia se ha definido como las funciones, tareas y roles de un profesional para desarrollar adecuadamente su puesto de trabajo, que son resultado de un proceso de capacitación y calificación.

Se le denomina Fuerza de Trabajo en Salud Pública a todos aquellos trabajadores de salud responsables de contribuir (directa o indirectamente) al desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, independientemente de su profesión y la institución donde ellos realmente trabajan.¹³

La UNESCO define competencia como el conjunto de comportamientos socio afectivos y habilidades cognitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un desempeño, una función una actividad o una tarea.¹⁴

Se describen las competencias en salud pública en México desarrollados por la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública¹⁵ cuyo propósito clave es realizar acciones colectivas para conocer, promover, proteger y mejorar la salud de la población.



Funciones clave	Funciones principales	Competencias
1. Generar conocimiento de la realidad Sanitaria.	<p>1.1. Analizar la situación de salud de la población.</p> <p>1.2. Vigilar y controlar los riesgos y daños a la salud pública.</p> <p>1.3. Investigar, desarrollar e implementar soluciones innovadoras en salud pública.</p>	<p>1.1.1. Desarrollar diagnósticos integrales de salud con la participación activa de la población.</p> <p>1.1.2. Identificar y analizar los principales problemas de salud-enfermedad de la población, su distribución y sus determinantes.</p> <p>1.1.3. Interpretar las diferencias geo-territoriales, étnico-culturales y económico-sociales en el acceso a la salud.</p> <p>1.1.4. Conocer la estructura y el funcionamiento de los sistemas y servicios de salud.</p> <p>1.2.1. Planear, diseñar, organizar, monitorear y evaluar los sistemas de información para la vigilancia en salud pública.</p> <p>1.2.2. Analizar e interpretar los indicadores para la vigilancia en salud pública.</p> <p>1.2.3 Tomar decisiones oportunas con base en los resultados de vigilancia en salud pública.</p> <p>1.2.4 Incorporar nuevas tecnologías en los sistemas de vigilancia de salud pública.</p> <p>1.3.1 Elaborar y desarrollar proyectos de investigación.</p> <p>1.3.2 Divulgar, difundir y transferir información.</p> <p>1.3.3 Conocer la estructura y funcionamiento de los sistemas y servicios de salud.</p> <p>1.3.4 Utilizar crítica y creativamente los conocimientos científicos.</p>

Funciones clave	Funciones principales	Competencias
2. Participar en la atención de los problemas de salud de la Población.	<p>2.1. Intervenir en los determinantes y condicionantes de la salud enfermedad.</p> <p>2.2. Participar en los sistemas y servicios de salud con funciones de liderazgo.</p> <p>2.3. Diseñar, instrumentar y evaluar políticas y programas de salud desde la perspectiva de las necesidades de la población.</p>	<p>2.1.1. Realizar acciones de promoción de la salud con la participación activa y organizada de la comunidad.</p> <p>2.1.2. Comunicar a la población sus derechos en materia de salud.</p> <p>2.1.3. Propiciar la organización ciudadana para que ejerza sus derechos en salud.</p> <p>2.1.4. Comunicar a la población sus derechos en materia de salud.</p> <p>2.2.1. Aplicar el proceso administrativo para la solución de problemas de salud.</p> <p>2.2.2. Gestionar la participación intersectorial en la solución de necesidades de la población.</p> <p>2.2.3. Administrar acciones sanitarias para prevenir e intervenir en situaciones de desastre para recuperar la salud de la población.</p> <p>2.3.1. Gestionar políticas, diseñar planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades prioritarias en esta materia.</p> <p>2.3.2. Desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas para identificar necesidades, expectativas y determinantes de salud.</p> <p>2.3.3. Propiciar la coordinación entre los sectores y la participación de la población en el análisis y la evaluación de políticas, planes y programas integrales de salud.</p> <p>2.3.4. Diseñar intervenciones en salud con la participación de la comunidad, utilizando metodologías que promuevan aprendizajes significativos.</p> <p>2.3.5. Coordinar las intervenciones participativas promoviendo la participación de líderes formales e informales de la comunidad.</p> <p>2.3.6. Formular proyectos de investigación en materia de políticas públicas y de evaluación de planes y programas para generar evidencias en salud y utilizarse en la capacitación continua de recursos humanos en salud pública.</p>

Funciones clave	Funciones principales	Competencias
3. Desarrollar Recursos Humanos en Salud.	3.1 Formar Recursos Humanos en Salud. 3.2 Capacitar Recursos Humanos.	3.1.1. Identificar las necesidades de formación de recursos humanos en salud pública. 3.1.2. Diseñar programas para la formación de recursos humanos con enfoque multidisciplinario e interdisciplinario. 3.1.3. Operar con calidad los programas de formación de recursos humanos en salud pública. 3.1.4. Evaluar los programas de formación de recursos humanos para el mejoramiento de la calidad. 3.1.5. Vincular actores involucrados en el área de la salud pública para asegurar la adquisición de experiencias de los estudiantes. 3.2.1. Identificar las necesidades de capacitación de los recursos humanos en salud pública. 3.2.2. Diseñar programas para la capacitación de recursos humanos con enfoque multidisciplinario e interdisciplinario. 3.2.3. Operar con calidad los programas de capacitación de recursos humanos en salud pública. 3.2.4. Evaluar los programas de capacitación de recursos humanos para el mejoramiento de la calidad. 3.2.5. Vincular actores involucrados en el área de la salud pública para asegurar la adquisición de experiencias de capacitación. ¹¹

Se consideraron como competencias transversales

Realizar el quehacer profesional de manera ética, con actitud de servicio y compromiso ciudadano.

- Aplicar los principios de la dirección eficaz para instalar una visión compartida dentro de una organización de salud pública.
- Participar de manera activa y propositiva dentro de equipos interdisciplinarios, promoviendo el diálogo, el respeto y la tolerancia hacia los diferentes puntos de vista.
- Utilizar las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) como herramientas para obtener, analizar y difundir información sobre la situación de la salud pública.

- Ser capaz de comunicarse eficazmente de manera oral y escrita con diferentes audiencias y en diferentes contextos.
- Desarrollar la capacidad de crítica y autocrítica con miras al mejoramiento del quehacer profesional.

Los programas en salud deben de dirigirse hacia el estudio de los determinantes sociales de la salud, que nos permitirá ver que la mayoría de las causas están fuera del sector salud, por lo que se requiere implementar políticas intersectoriales para incidir de manera conjunta en los problemas de salud.

Para abordar estos determinantes se requiere que las FESP sean agrupadas en categorías el cual nos permite tener cuatro grandes ejes principales:

- Rectoría del Sector Salud.
- Fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública.
- Promoción de la salud, y
- Calidad de los servicios.

Podemos concluir que la salud pública es un derecho de la población y cada gobierno se organiza para garantizar el bienestar a través de acciones específicas. El informe de los determinantes sociales de la OMS, nos permite conocer la verdadera causa de las enfermedades, por lo que se debe de dirigir los planes y programas hacia ellos.

Por otra parte la definición de las funciones esenciales de la salud pública nos permite tener un marco de trabajo, tanto para la formación de recursos humanos, como para su quehacer profesional para tener las

competencias dirigirse hacia los determinantes sociales de la salud en beneficio de la sociedad.

Se requiere combatir las inequidades en salud por medio de un sistema universal de salud con acceso integral de los servicios de salud a toda la población de manera equitativa. El sistema de salud debe de ser fundamentado en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, por medio de una estrategia de atención primaria de calidad, integrada a una red hospitalaria en donde los que requieran puedan tener acceso y atención curativa con la mejor tecnología posible.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la MPSS Mónica Beatriz Espinoza Corrales y LEPSS Belem Guadalupe Alfaro López por su colaboración en la búsqueda bibliográfica y redacción del documento.

Referencias bibliográficas

1. Organizacion Mundial de la Salud. "Subsanar las desigualdades en una generacion. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud": informe final de la Comision Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ediciones Journal S.A ed. Buenos Aires, Argentina; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud. "Determinantes sociales de la salud". [Online]; 2013 [consulta 07 Octubre 2013]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
3. Avila-Agüero ML. "Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud". Acta Médica Costarricense. 2009 abril-junio; 51((2)).
4. Gómez MA. *Monitoreo y análisis de los procesos de cambio de los sistemas de salud*. San Juan Puerto Rico, agosto 2005. Ponencia OPS OMS Nicaragua
5. OMS Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008
6. Jenkis CD. *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington D.C. 2005. OPS; Publicación Científica y técnica No. 590
7. Huerta, Piedad, "Promoción y su Papel Trascendente en la Salud Pública". XXXIII Reunión de la Asociación mexicana de Educación en Salud Pública 2 al 4 de abril, 2008, Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas. Ponencia OPS OMS
8. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 622. Capítulo 2. "Condiciones de salud y sus tendencias". Washington, D.C., OPS 2007
9. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana Salud Publica vol. 8 n.1-2 Washington Jul./Ago. 2000
10. PAHO (2002). *Public Health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action*. Scientific and Technical Publication No. 589. Washington, D.C.
11. Organización Panamericana de la salud. *Instrumento para la Medición de Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública*. La salud Pública en las Américas. Documento Preliminar, Octubre 2000
12. Rychen DS, Hersen Salganik L, eds. *Key Competencies for a successful life and well functioning society*. Göttingen: Hogrefe and Huber, 2003
13. Organización Panamericana de la Salud. Fuerza de trabajo en salud pública. *Caracterización y desarrollo desde una perspectiva de género*. Grupo de consulta, San José Costa Rica. Washington D.C.: OPS, Serie HR 47; 2006.
14. UNESCO. *La educación superior en el siglo XXI: Visión y acción*. Conferencia mundial sobre la educación superior. París; 1998.
15. AMESP Competencias. [Consulta 2011 octubre 30]. Disponible en: http://www.amesp.org/archivos/pdfs/Producto_obtenido_taller_de_competencias.pdf

Artículo original

Depresión y suicidio

González-Abarca A.J. (1), Ramos-Corrales J. (2), Nolasco-García E.A. (3), Lara-Flores A. (3), Ramírez-Piedras A. (3), Márquez-Alcaraz M.E. (3), Illán-López O.C. (3), Amaya-G. M.R. (3);

(1)Médico, coordinador Estatal de salud mental SSJ; (2) Médico Supervisor de Hospitales Metropolitanos SSJ; (3) Psicólogo.

Resumen

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes se disfrutaban es lo que se llama depresión. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es sólo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresiona cada día, afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona.

La depresión hace que la gente se focalice, mayoritariamente, en los fracasos y decepciones; enfatice la cara negativa de las situaciones e infravalore sus propias capacidades y su valía personal. Una persona con una fuerte depresión es incapaz de percibir la posibilidad de que las cosas puedan salirle bien y está convencida de que nunca volverá a ser feliz o que las cosas no se arreglarán nunca.

La depresión afecta a los pensamientos de una persona, de tal modo, que la persona es incapaz de ver la forma o formas de superar sus problemas. Es como si la depresión pusiera un filtro en el pensamiento de la persona deprimida que distorsiona las cosas. Por eso las personas deprimidas no se dan cuenta que el suicidio es una “solución” permanente a un problema temporal, del mismo modo, que se dan cuenta las personas no deprimidas. Un adolescente deprimido puede sentir que no hay ninguna otra forma de escapar de sus problemas, de aliviarse el dolor emocional o de comunicar su desesperación y su profunda infelicidad.

En los tiempos actuales, la depresión es un síntoma psíquico muy frecuente; relacionado con el tipo de vida que llevamos, nuestras relaciones familiares (problemas con la pareja o con los hijos); en el ámbito académico

(problemas en la escuela o universidad) o laboral (falta de empleo, remuneración insuficiente, problemas con el jefe) entre otros.

La misma, lleva al que la siente, a la soledad, la pérdida de motivación, el retraso motor y la fatiga. Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico, donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación.

Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas; miran el futuro sin esperanza.

La mayor parte de los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación). Ante la depresión y las ideas suicidas que de ella derivan sólo puede resultar eficaz una terapia que ayude a recuperar el control y la esperanza.

La depresión hace que la visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que se llegue a distorsionar la realidad. Los individuos se fijan únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran.

Rechazan por estúpidas todas las opciones que se les ofrecen para resolver su problema, hasta que parece que no hay solución posible. Interiorizan una tristeza persistente y angustiosa que, como la muerte súbita del padre o de la madre, produce un dolor que dura semanas, meses incluso años. Las personas deprimidas empiezan a creer que nada los puede aliviar y que su dolor no va a acabarse nunca. ¡Puede que la única solución sea la muerte!

“El suicidio es un fenómeno complejo que falta abordar de manera integral para comprenderlo y prevenirllo cuando se ha convertido en un problema de salud en nuestro entorno”

El suicidio es un fenómeno complejo, debido a que influyen diversos factores de riesgo: biológicos, psicológicos, sociales, entre otros; sin embargo, puede ser predecible a través de la conducta suicida (ideación, planeación e intento), la evidencia nos sugiere que el suicidio es un fenómeno real, producto del efecto de los factores personales, psicosociales, familiares y psiquiátricos.

Y es que ante el acto suicida no hay réplica, la muerte es contundente, se termina o se aniquila cualquier posibilidad con el sujeto suicida. Sin embargo, no debemos olvidar que tan sólo un caso de suicidio, a pesar del silencio que deja, paradójicamente grita un sinfín de preguntas sobre condiciones tanto materiales, como no materiales.

Abstract

The sensation of feeling sad, emotionally languid and of losing interest in things one used to enjoy is what is known as depression. One should be aware that depression is an illness such as diabetes or arthritis and not just a sensation of sadness or discouragement. This illness advances day after day, affecting one's thoughts, feelings, physical health and behavior. Depression is not the fault of the person suffering from it nor is it a personality flaw. It is a very frequent medical illness that can afflict anyone.

Depression makes people focus mainly on their failures and disappointments; it highlights the negative side of situations and undermines peoples' abilities and personal worth. A deeply depressed person is incapable of perceiving the possibility that things may work out and is convinced that he or she will never be happy again or that things will never turn out fine.

Depression affects a person's thoughts in such a way that the person is incapable of seeing how to overcome his or her problems, as if depression placed a filter on a depressed person's thoughts that distorts everything. This is why depressed people do not realize that suicide is a permanent "solution" to a temporary problem as non-depressed people do. A depressed teenager may feel that there is no other escape from his or her problems, to alleviate emotional pain or to communicate his or her desperation and profound unhappiness.

These days depression is a very common psychological problem related to the lifestyle we lead, our family relationships (problems with one's couple or children), in

the school environment (problems at school or at college) or work (unemployment, insufficient compensation, problems with the boss) among others.

This leads one to feel lonely, unmotivated, with developmental motor delay and fatigue. This may even lead to a psychotic disturbance where the individual is completely unable to act normally in his or her relationships.

Depressed people view themselves as unfortunate, frustrated, humiliated, rejected and/or castigated. They look into a hopeless future.

Most people with suicidal ideas are also depressed. The two main reasons why people become depressed are, first of all, a loss of control over their life situation and emotions, and secondly the loss of a positive outlook of the future (despair). When faced with depression and suicidal ideas produced by depression, only therapy that helps regain control and hope may be effective.

Depression narrows ones view of the surrounding world to such an extent that it distorts reality. People focus only on the negative aspects of life and the positive aspects pass them by as if they simply did not exist.

They reject any options offered to them to solve their problems and consider them stupid until no solution seems possible. They interiorize a persistent anguishing sadness that, not unlike the sudden death of their mother or father, produces pain lasting for weeks, months or even years. They begin to believe nothing will alleviate them and their pain will never end. Maybe the only solution is death!

“Suicide is a complex phenomenon that needs to be approached comprehensively to understand and prevent it when it becomes a health problem in our surroundings.”

Suicide is a complex phenomenon because it involves several risk factors such as biological, psychological, social factors among others. Nevertheless, it can be predictable in suicidal behavior (visualizing, planning and attempting). Evidence suggests that suicide is a real phenomenon, a product of personal, psychosocial, family and psychiatric factors.

The fact is there is no response to a suicide; death is conclusive and ends and annihilates any possibility with the suicidal subject. Nevertheless, we should not forget just one case of suicide, despite the silence it leaves behind, paradoxically shouts endless questions about material and nonmaterial conditions.



Introducción

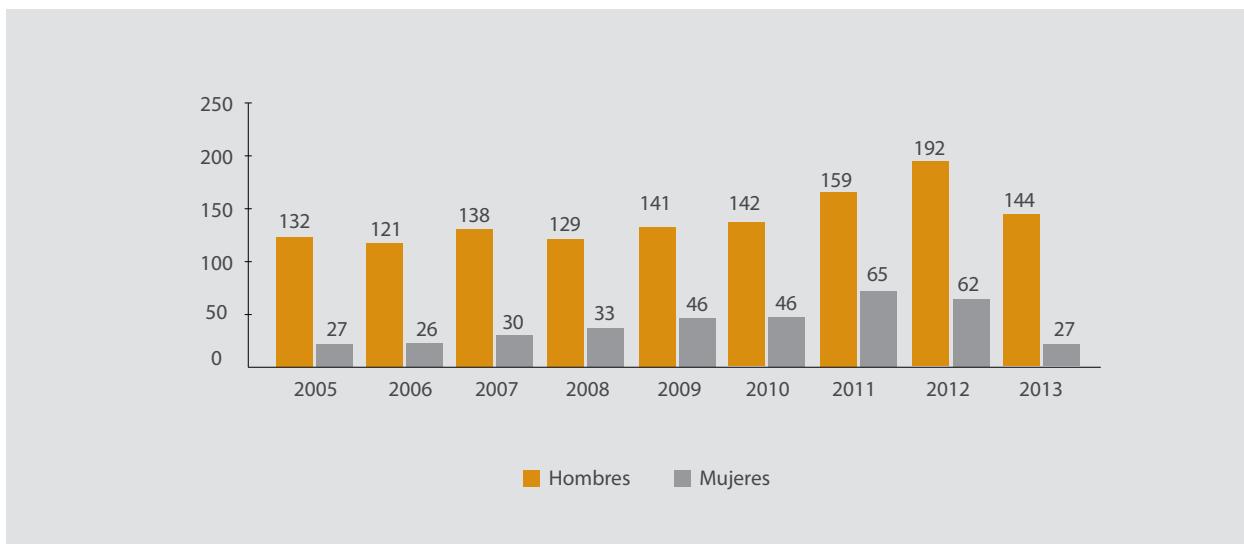
Panorama del suicidio en México

Los suicidios se han convertido en un problema de salud pública en México, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad, durante 2011, en el país se registraron 5,718 suicidios, de los cuales, 80.8% fueron consumados por hombres y 19.2% correspondiente a mujeres, lo que significa que ocurren cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. En lo que se refiere a su evolución, es posible advertir que la tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, pues, de 1990 a 2011 para la población en general, la tasa se duplicó al pasar de 2.2 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Por sexo, en 2011, la tasa de mortalidad de esta causa fue de 8.2 por cada 100 mil hombres y de 1.9 suicidios por cada 100 mil mujeres.

En 2011 se registraron 5,718 suicidios, de los cuales, 80.8% fueron consumados por hombres y 19.2% por mujeres.

- El principal método utilizado para cometer el suicidio, tanto en hombres como en mujeres, fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (78.1% y 72.4%, respectivamente).
- Tres de cada diez mujeres que consumaron el suicidio contaban con un nivel de instrucción medio superior o superior, mientras que en los hombres, dos de cada diez tenían dicho nivel.
- El suicidio en los adolescentes de 15 a 19 años, figura como la tercera causa de muerte.
- De los hombres adolescentes que cometieron suicidio 11.8% se encontraban en unión libre, en las mujeres esta condición se presenta en 12.7%.

Gráfica No.1. Suicidios por año y por sexo (2013 hasta agosto)

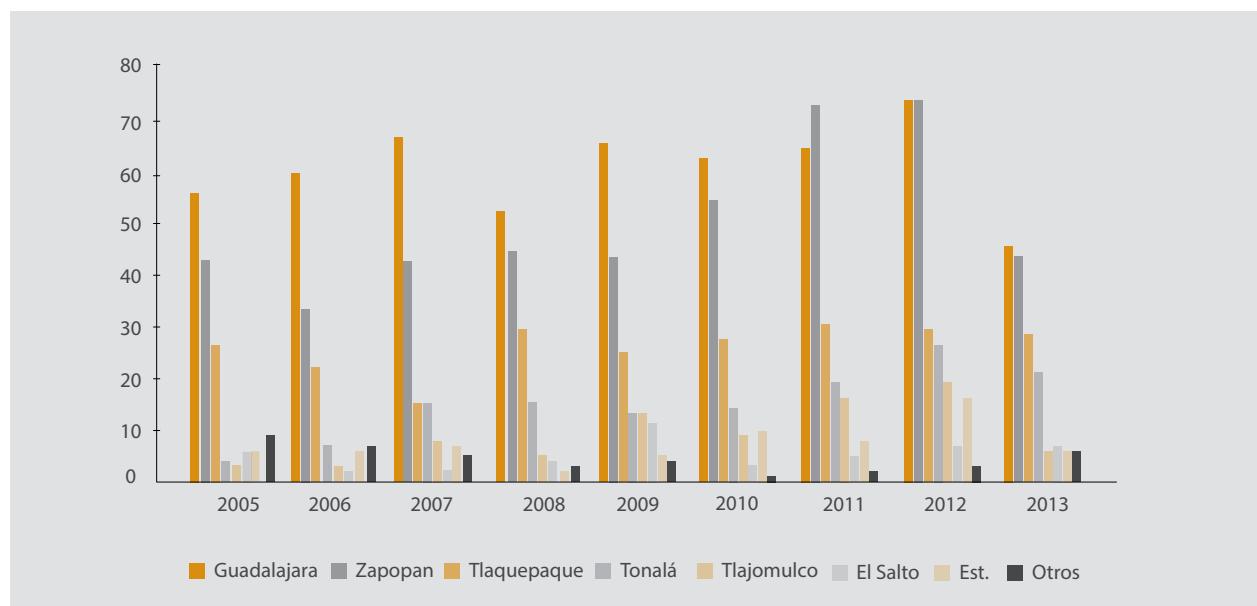


Fuente: Certificados de defunción del Registro Civil No. 1 de Guadalajara.

Los estados con mayor mortalidad por suicidios ese año fueron: Campeche y Tabasco, con tasas de 9,68 y 8,47 por 100.000 habitantes, respectivamente. Las menores tasas se

observaron en Chiapas y el Estado de México, con valores de 1,03 y 1,99 por 100,000 habitantes, respectivamente. (INEGI 2011).

Gráfica No. 2. Suicidios por municipio y año registrados en el Registro Civil No. 1 (2013 hasta agosto)



Fuente: Encuesta conocimiento de los factores que favorecen el contagio de la influenza humana AH1N1.

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación

de una nueva familia con padres y hermanastros, incluso las mudanzas a otras nuevas comunidades; pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparece ser una "solución."

Cuadro No. 1. Suicidios por grupo de edad y sexo en menores de 19 años (2013 hasta agosto)

EDAD	9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		
AÑO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
2005	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	4	1	2	0	2	0	14
2006	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	4	1	2	0	3	1	17
2007	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	1	0	2	1	1	0	3	1	5	0	18
2008	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	5	1	5	4	26
2009	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
2010	0	0	2	0	1	1	0	1	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0	41
2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41
2012	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49
2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
TOTAL	1	0	2	0	5	2	3	4	9	8	17	9	22	10	18	15	36	11	32	7	36	11	257

Fuente: Certificados de defunción del Registro Civil No. 1 de Guadalajara.

A nivel mundial, la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea, el cual impide que se hable abiertamente de ello. De hecho, sólo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades.

La fiabilidad de los sistemas de certificación y notificación de los suicidios requiere importantes mejoras.

Es evidente que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos al de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación, tanto del sector de la salud como de otros sectores. Por ejemplo, los de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación.

Origen del suicidio, métodos e instrumentos:

Fuente: cuestionario aplicado en entrevista a familiar, a los familiares del suicida por personal capacitado (psicólogos), identificando las causas probables del suicidio, realizándose 119 autopsias verbales de 169 posibles, en el año 2007.

Resultados:

Datos personales del suicida hasta 6 meses previos al evento.

Presentan cambios en su forma habitual de comportamiento, aumentando la tristeza; volviéndose irritable y violento, con miedo y apatía y perdiendo el interés por todo lo que lo rodea.

Por otra parte, aumentan las quejas físicas representadas con dolor de cabeza, dolor corporal generalizado, agregándole cansancio y fatiga, entre otras.

En un gran porcentaje se utiliza alguna sustancia y en otros casos se aumentaba el consumo de las mismas; como principal, el alcohol, drogas y tabaco.

Uno de los aspectos álgidos pero no menos importantes que los anteriores, es la presencia de violencia, siendo ésta: física, psicológica, económica y sexual. La pérdida de algo o alguien, significa ser parte de la estructura personal de estos individuos en la fatal decisión, por ejemplo: la pérdida del empleo, de la pareja de un familiar o de un gran amigo.

En otros casos, casi la mitad de ellos, ya habían externado el deseo de morir o estar cansados de vivir y, de igual manera presentaban al menos una enfermedad de algún

tipo en conjunto con problemas económicos (deudas, falta de liquidez, etcetera).

Datos psicosociales del suicida hasta 6 meses previos al evento

En este punto se observan los aspectos cotidianos que se realizan en conjunto con la sociedad y muestran si se alejó, abandonó o descuidó alguno de los siguientes a mencionar. El de mayor importancia fue el aspecto familiar, esto nos dice que la célula de la sociedad es el núcleo familiar y que como tal, está depreciada por la falta de moral y principios; tomándolo en cuenta como el factor más importante ya que es éste el que más se descuida o no se le da la importancia que se requiere.

Aunque los demás: trabajo, alimentación, cuidado personal, amigos, escuela, pareja y otros, también son de relevancia y en conjunto hacen la diferencia, por lo que deberán de ser tratados con la misma importancia, aunque creemos que teniendo un buen núcleo familiar con un cobijo adecuado, estos otros motivos serían de mínima consecuencia.

Otro factor que influye en lo psicosocial - hacia esfuerzo para realizar las actividades cotidianas- y de nueva cuenta aparecen los aspectos familiares: la "convivencia", volvemos al paradigma de las relaciones familiares, si no existe una buena cimentación no existirá una buena estructura, después, los problemas con la pareja o los amigos, tomar los alimentos, trabajar, acudir a la escuela, salir, aseo personal entre otros.

Datos familiares del suicida hasta 6 meses previos al evento

Datos tan importantes como: existían dificultades previas con la familia; se llega a la conclusión que los problemas principalmente son de índole familiar. Dentro de ese núcleo que debería de ser una barrera infranqueable para los problemas; alcohol y drogas en la familia=corrupción familiar, dificultades con la pareja=disfunción familiar, dificultad con los hermanos=conflicto familiar, divorcio en la familia=desintegración familiar, dificultad con los padres=desgregación familiar, y al final intentos de suicidio por la situación general familiar.

Situación familiar posterior al evento por importancia, se vive con sentimiento de enojo o rabia; se vive con sentimiento de culpa, el evento favoreció o desfavoreció la desintegración familiar; buscaron ayuda psicológica, se vive avergonzado frente a los demás, se ha deseado



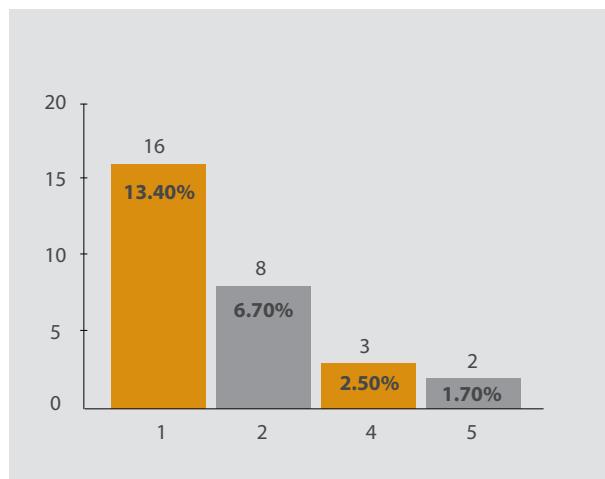
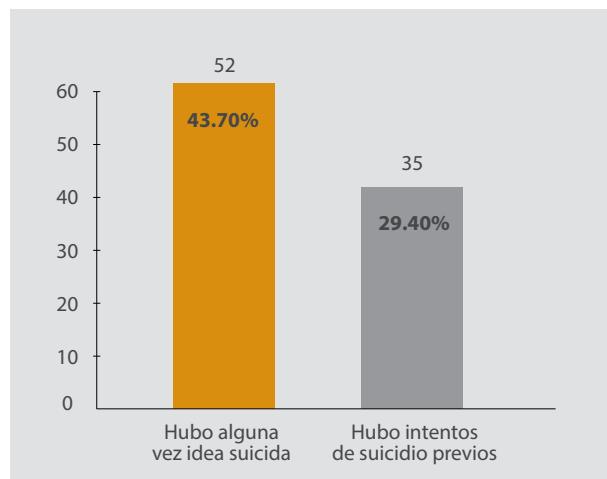
o intentado morir a causa del evento, se buscó ayuda profesional. Algo importante es la necesidad de compartir la experiencia con los demás, sino de momento, pero compartir.

La situación actual psicológica y económica aparente: regular.

Datos Complementarios

Durante la entrevista aparecieron más datos ya sean que consideramos importante incluirlos, como complementarios por ejemplo: anterior ideación suicida acompañado de intentos previos, así como del número de intentos, identificando historial familiar del suicidio.

Gráficos 3 y 4. Intentos de suicidio



Fuente: Certificados de defunción del Registro Civil No. 1 de Guadalajara.

Mencionando de acuerdo al resultado de la entrevista los diferentes tipos de suicidio que han aparecido en estos hechos son: el maníaco, melancólico, obsesivo e impulsivo.

La fragilidad afectiva es otro de los factores que contribuyeron al suicidio ya que eran personas de gran sensibilidad y que cualquier síntoma de presencia de emociones (vergüenza, culpa, desesperanza, culpa, etc.) desequilibraría el estado emocional desencadenando el suicidio, acompañado de esto se agrega el índice sociopatológico del área de procedencia, que efectivamente el nivel es más bien de un nivel media hacia abajo.

Otros de los problemas presentes son las enfermedades mentales, las cuales tenían presencia en algunos casos y en otros, hasta dos o más problemas de salud mental, el más importante: la depresión.

En casi la totalidad de casos de suicidio, aparece la desesperanza en sus tres niveles: leve, moderada y grave,

como parte fundamental de la depresión, además, de esto propicia que aparezcan los factores desencadenantes.

Lo anterior propicia que se presenten problemas de aislamiento social en general, así como señales de advertencias, por ejemplo: cambios en la conducta, abandono, deseos de morir, conducta de término y evidencias documentales.

Discusión y conclusiones:

El estudio demuestra después de haber revisado las tres esferas (personales, sociales y familiares) el principal problema para que se presente el suicidio es la desintegración familiar (divorcios, alcoholismo, drogadicción, abuso, maltrato físico, etc.), y el no reconocimiento de este núcleo, el cual ha perdido importancia en la sociedad y por ende en la misma familia, aunque existen otros no menos importantes.

Los datos personales muestran un estado físico general en proceso de deterioro, con enfermedades frecuentes,

aumento en el consumo del alcohol y drogas, cefaleas constantes, son personas que en algún momento de su vida sufrieron de violencia o pérdida de un ser querido, por lo que estructuralmente se llega a la decisión de estar cansado de vivir.

En el aspecto social, estos se alejan de la familia y de la sociedad en general, no les importa su aspecto personal, dejan de comer o no lo hacen, pierden el interés en el trabajo, en la escuela, dejan la pareja o los amigos, se va perdiendo el interés en el vínculo social, en general no existe convivencia.

Otro factor no menos importante que los anteriores, es el familiar, y como tal, es el núcleo estructural de la sociedad; que por falta de valores morales al seno familiar y poco interés a la preservación y crecimiento de ésta, es que se presentan las dificultades entre los miembros de la familia por factores como alcohol, drogas, violencia, abuso, divorcio, problemas económicos o cualquier otra disfunción familiar, además del suicidio y que por falta de voluntad, capacidad, principios, moral no son capaces de solucionarlas y al contrario fortalecen la desintegración.

De los aspectos que más llaman la atención es el suicidio, la idea suicida y los intentos de suicidio, porque en un porcentaje casi del 50% presentaron una ideación suicida, con el 30% intentos de suicidio previos y el haberlo intentado hasta en cinco ocasiones; con diferentes tipos identificados de suicidio: maníático, melancólico, obsesivo e impulsivo; que en todos los casos se presenta la fragilidad afectiva con manifestaciones propias como la que aparece más que es la desesperanza de grado moderado (según la escala de Beck) en conjunto con algún tipo de enfermedad mental, advirtiendo con señales la espera del factor o motivo desencadenante.

Conclusiones:

Los Factores Desencadenantes, indican un vínculo significativo con el malestar emocional, problemas fisiológicos, y el consumo de sustancias. La evidencia nos sugiere que el suicidio es un fenómeno real, producto del efecto de los factores psiquiátricos y psicosociales en el suicida. A pesar de las variaciones en el objetivo y metodología en los estudios, la literatura es consistente con la formación de hipótesis.

A pesar de los avances en la documentación sobre el suicidio que se ha realizado en la pasada década, hemos confrontado la irresuelta cuestión concerniente a los mecanismos subyacentes.

Los factores de riesgo se caracterizan por tener diversos cambios de conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, (factores culturales y sociodemográficos).
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz. (Situación familiar y eventos vitales adversos: violencia y desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción, etcetera.).
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial, así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva. (Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio).
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales, disfunción familiar.

Factores que constituye una predisposición a cometer suicidio: se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- Depresión.
- Trastornos de Ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Abuso de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno Esquizofrénico.

Los factores Condicionantes, en los suicidas contribuyen a facilitar la realización del mismo y se consideran los que se representan con características personales, tales como:

Sexo, Edad, Raza, Estado Civil, Escolaridad, Religión, Estatus Familiar, Problemas Económicos, Situación Laboral, Adicciones, etcetera.

La mayor parte de los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus



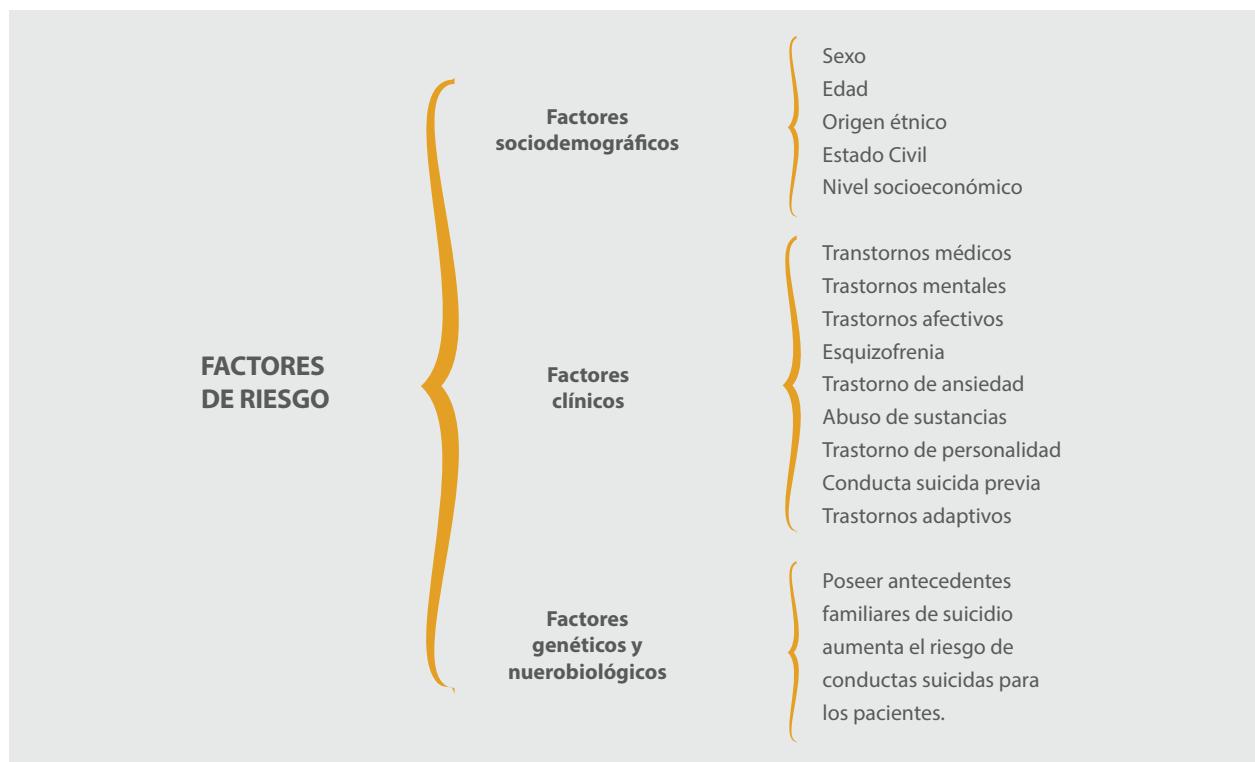
emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación). Ante la depresión y las ideas suicidas que de ella derivan sólo puede resultar eficaz una terapia que ayude a recuperar el control y la esperanza.

La depresión hace que nuestra visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que llegamos a distorsionar la realidad.

Nos fijamos únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasamos de largo, como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran.

Suicidio: señales de peligro

Éstas son algunas señales que indican que su ser querido está pasando por una depresión severa y si hay riesgo de suicidio:



- Cambios en la personalidad, tales como tristeza, retraimiento, irritabilidad, ansiedad, indecisión, apatía.
- Cambios en el comportamiento: falta de concentración en la escuela, en el trabajo, o en las tareas rutinarias.
- Cambios en los patrones de sueño: sueño exagerado o insomnio.
- Pérdida de la fe.
- Cambios en los patrones de alimentación: pérdida del apetito y de peso o aumento exagerado del apetito.
- Pérdida de interés en los amigos, en la actividad sexual y en las actividades en las que participaba antes.
- Preocupaciones sobre dinero y enfermedades (reales o imaginarias).
- Temor de perder el control, de volverse loco, de dañarse a sí mismo o dañar a otros.
- Sentimientos abrumadores de culpabilidad, vergüenza y odio a sí mismo.
- Pérdida de esperanza en el futuro, “las cosas nunca mejorarán, siempre me sentiré igual.”
- Consumo de alcohol o drogas.
- Pérdidas recientes: por muerte, divorcio, separación, término de una relación, trabajo, dinero, condición social, confianza en sí mismo, autoestima.
- Impulsos, planes suicidas; desaparición de pertenencias favoritas; previos intentos o señales de suicidio.
- Inquietud, hiperactividad y agitación pueden ser indicaciones de una depresión.

Referencias bibliográficas

1. Sarmiento, Carolina. *Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes*. http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Carolina_Sarmiento-Silva.pdf, agosto 2013.
2. Puentes, E., López, L. y Martínez, T. *La mortalidad por suicidios: México 1990-2001*. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n2/22244.pdf>, agosto 2013.
3. Mondragón, Liliana. *La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos*. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016b.pdf>, agosto 2013.
4. Cole JCM, Walter HJ, DeMaso DR. "Suicide and attempted suicide". In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 25.
5. Brendel RW, Lagomasino IT, Perlis RH, Stern TA. "The suicidal patient". In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008:chap 53.
6. Cf. Joachim Marschall, «Suicidios hereditarios», *Mente y Cerebro*, 38, 2009, págs. 68-73.
7. *Informe Nacional sobre Violencia y Salud 2006*, Secretaría de Salud, Gobierno de México.
8. Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Argentina: Losada, S.A.
9. *El suicidio desde una perspectiva socio-económica cultural*. Cuicuilco. Vol 12, número 003. Enero/abril 2005.
10. Julio Bobes García, *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*, Barcelona : Psiquiatría Editores, 2004.
11. Claus Roxin, *Eutanasia y suicidio: cuestiones dogmáticas y de política criminal*, Albolote (Granada), Comares, 2001.
12. Mateo Bautista, Marcelo Correa. *Relación de ayuda ante el suicidio*. Argentina: San Pablo. ISBN 950-861-264-9.
13. Rodríguez A, García M, Ciriaco C: *Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay*. Rev Med Uruguay, 21:141-150, 2005.
14. Roy A: *Relationship of childhood trauma to age of first*
15. Suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2):121-125, 2004
16. Terroba G, Saltijeral M T: *La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio*. Salud Pública Mexico, 25:285-293, 1983.}
17. Boletín Especial de Salud Mental, *La Epidemiología de la Salud Mental en México*. Secretaría de Salud y Asistencia (www.salud.gob.mx/conadic/epidsm.htm).
18. INEGI. *Estadísticas de mortalidad, 2011*. Base de datos.
19. Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina, E. *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual*. http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2010/Julio%20Agosto/1-suicidio.pdf, julio 2012

DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO CP 44100
GUADALAJARA, JAL. MÉXICO (33)30305000
E-mail ar2di2ga@yahoo.com.mx ar2di2g@gmail.com

Caso clínico

Isotretinoína a dosis bajas en el tratamiento de la enfermedad de Darier-White

Bonilla-López S. C. (1) Tarango-Martínez V. (2)

(1) Residente 4to año de dermatología del Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio” Secretaría de Salud Jalisco.

(2) Dermatólogo y micólogo; Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación del Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio” Secretaría de Salud Jalisco.

Resumen

La enfermedad de Darier-White es un trastorno autosómico dominante, caracterizado por un defecto de la queratinización provocado por una alteración en el metabolismo del calcio. Por ser una enfermedad relativamente rara, no existen guías para su manejo. Se presenta el caso de un paciente masculino de 36 años con diagnóstico confirmado tratado con isotretinoína oral a 0.2 mg/kg/día, con mejoría del 90% a los 4 meses de tratamiento, proponiendo así, que la isotretinoína a bajas dosis es una opción terapéutica efectiva y que minimiza la incidencia de efectos adversos.

Palabras clave: enfermedad de Darier-White, terapéutica, retinoides orales, isotretinoína oral.

Abstract

Darier White's disease is an autosomal dominant disorder, characterized by abnormal keratinization, that is caused by an alteration in the calcium metabolism, because it is a relatively rare disease, no guidelines for its treatment do exist. We present the case of a 36 year old male patient, with diagnosis of DWD treated with oral isotretinoin (0.2 mg/kg/day) who showed a 90% improvement after four months of treatment, we propose that low dose isotretinoin is an effective therapeutic option that minimizes the incidence of side effects.

Keywords: Darier-White's disease, therapy, oral retinoids, oral isotretinoin.

Introducción

La enfermedad de Darier-White (EDW) fue descrita por primera vez en 1889 por el dermatólogo francés Jean Darier en el hospital Saint-Louis en París y al mismo tiempo de forma independiente por el profesor

de dermatología en la Universidad de Harvard James C. White.¹ Actualmente también se le conoce como disqueratosis folicular o queratosis folicular.

Es un trastorno autosómico dominante caracterizado por pápulas foliculares que forman placas hiperqueratósicas que afectan áreas seborreicas de piel cabelluda, rostro, escote y región interescapular.²

Es una enfermedad rara, con prevalencia estimada de 1 por 55,000 a 100,000 habitantes, e incidencia de 4 por millón en 10 años; con distribución mundial.^{3,4}

Debido a la relativa infrecuencia de esta enfermedad, no existen guías de tratamiento establecidas. Se considera que el manejo debe ser diseñado individualmente. Aunque los tratamientos tópicos tienen beneficio limitado, los emolientes tienen un papel importante en la terapéutica. Los retinoides orales son actualmente el tratamiento de elección en los casos graves, pero muchos pacientes prefieren vivir con la enfermedad, que presentar los efectos adversos de éstos.⁵

Caso clínico

Paciente masculino de 43 años, originario y residente de Guadalajara, Jalisco, México; que consulta por la presencia de lesiones en el cuerpo desde los 8 años de edad, las cuales inician como “granos” duros y rojos que posteriormente se vuelven cafés. Durante su adolescencia las lesiones se exacerbaban y se vuelven pruriginosas, se aplicó múltiples tratamientos tópicos sin mejoría. 4 años previos a su consulta aumenta el número de lesiones con inflamación, salida de secreción amarillenta y fetidez. No refiere antecedentes familiares ni personales de importancia. A la exploración física se trata de una dermatosis generalizada que afecta cuello, tórax en su cara anterior (figura 1),



Figura 1



Figura 2



Figura 3

extremidades superiores e inferiores (figura 2), así como las primeras láminas ungueales de ambos pies (figura 3), constituida por múltiples pápulas poligonales, de color café que confluyen formando placas hiperqueratósicas de aspecto verrugoso, algunas con costras sero-hemáticas, onicolisis e hiperqueratosis subungueal; de evolución aparente crónica.

Se le realizó biopsia y estudio histopatológico que evidenció hiperqueratosis, acantosis, hendiduras epidérmicas con células acantolíticas y cuerpos redondos, con lo que se llega al diagnóstico de EDW.

La biométría hemática completa, pruebas de función hepática y perfil lipídico con resultados normales.

Se inició manejo con polvos sulfatados para lesiones de miembros inferiores e isotretinoína oral a dosis de 0.20 mg/kg/día, con la cual se logró una mejoría del 30% en el primer mes y del 90% a los 4 meses de tratamiento. Se envía a consejería genética para seguimiento.

Discusión

La enfermedad de Darier-White (EDW) es un trastorno autosómico dominante; se caracteriza por alteraciones de la queratinización de la epidermis, uñas y mucosas. Por lo general, sigue un curso crónico con exacerbaciones y remisiones. Los signos aparecen a partir de los 11 años, aunque la mayoría de los pacientes presenta lesiones en la tercera y cuarta décadas de la vida, con similar incidencia en ambos sexos.⁶

Dependiendo de los estudios la prevalencia puede variar de 1 en 100,000 en Dinamarca, 1 en 55,000 o 1 en 36,000 en Inglaterra.^{1,7} Afecta a hombres y mujeres por igual. Aunque es un trastorno autosómico dominante de expresión completa, pueden darse casos esporádicos, sin antecedentes familiares de la enfermedad.⁷

En 1993 el gen de la enfermedad de Darier se vinculó al cromosoma 12q23-24.1, pero investigaciones en 1999 identificaron como causante de la enfermedad al gen ATP2A2; este gen codifica la isoforma 2 de la enzima adenosintrifosfata (ATPasa) de calcio del retículo sarcoplásmico/endoplásmico (SERCA2), el cual constituye una bomba de calcio que transporta a éste desde el citosol hacia la luz del retículo endoplásmico (RE).^{7,8,9}

La bomba SERCA desempeña un papel clave en la señalización del calcio; ya que se encarga de llenar nuevamente al RE de este elemento; este último, es considerado como el principal depósito intracelular de calcio. Este ion desencadena la alternancia entre la proliferación y diferenciación de queratinocitos y es necesario para el ensamblaje de los desmosomas y las uniones adherentes.^{7,8,9}

La acantolisis en la enfermedad de Darier se asocia con diferentes grados de disqueratosis. La pérdida de los desmosomas lleva a una apoptosis caracterizada por desprendimiento celular de los queratinocitos. Existe una hipótesis en la cual esta apoptosis puede ser secundaria a una alteración en la actividad del transporte de calcio, que se apoya en que con la inhibición de la bomba de SERCA se induce la apoptosis en células epiteliales.^{4,10}

Se han reportado numerosas variantes clínicas de la enfermedad entre las cuales se incluyen a la variedad unilateral caracterizada por lesiones ipsilaterales en el cuerpo;¹¹ una variedad localizada en la cual se ve afectada una región limitada del cuerpo¹² y una variedad segmentaria que exhibe un patrón zosteriforme¹³ además se ha reconocido una forma más reciente en un patrón de mosaicismo con afectación periférica de la enfermedad en la cual la radiación ultravioleta B (UVB) podría jugar un rol adicional en su patogenia.¹⁴ La forma generalizada es la más común y las variedades localizadas representan aproximadamente el 10% de los casos.⁴

En el tratamiento, *-aunque no existe un consenso-*, en la mayoría de la literatura se menciona que la asignación de la modalidad terapéutica dependerá según se considere su gravedad como: leve, moderada o severa, reservándose el tratamiento sistémico para la última. Según las variedades clínicas antes mencionadas es el médico el que debe de considerar en qué grupo entra el paciente según el grado de afectación. El cual según los autores proponemos se haga tomando en cuenta la superficie corporal afectada, pero también el grado de afectación en la calidad de vida los pacientes.

En el tratamiento se incluyen medidas generales tales como el uso de ropa de algodón, fresca y delgada, no ajustada, evitar la exposición al sol y el uso de fotoprotectores inadecuados; además se recomiendan sustitutos del jabón y emolientes que contengan urea, ácido láctico que reducen la descamación e irritación.^{5,7}

No existen estudios que respalden la corticoterapia tópica; sin embargo, al parecer son ampliamente usados, pero pocos pacientes responden bien; pueden utilizarse como una alternativa para aliviar la inflamación o irritación producida por retinoides tópicos que se usan como otra modalidad de tratamiento.⁷

El primer caso de EDW tratada con retinoides tópicos fue reportado por Fulton y col., en 1968, usando vitamina A tópica (ácido retinoico).¹⁵

Los retinoides tópicos utilizados son: isotretinoína, tretinoína, tazaroteno y adapalene. Burge y col., en 1995, reportaron que el gel de isotretinoína al 0.05% fue efectivo en 6 de 11 pacientes cuando se trató en una porción de piel de prueba por 3 meses, observaron mejoría de la hiperqueratosis y de las pápulas; la piel tratada mostraba eritema de leve a moderado en la mayoría de los pacientes. La irritación fue severa en 3 de los pacientes. Sin embargo concluyen que la isotretinoína tópica puede ser una alternativa eficaz en pacientes con enfermedad leve.¹⁶

En general, los retinoides tópicos son útiles en algunos casos leves, moderados o localizados de la enfermedad. La isotretinoína y el ácido retinoico son probablemente los más efectivos pero causan más irritación. Los retinoides más nuevos y selectivos causan menos efectos adversos pero pueden ser menos efectivos; sin embargo la evidencia se basa sólo en anécdotas.⁷

Los retinoides orales (etretinato, acitretina e isotretinoína) son el tratamiento de elección para enfermedad de Darier generalizada o severa. Los retinoides sistémicos tienen una acción antiproliferativa y normalizan la diferenciación en epidermis, modulan e inducen la expresión de factores de crecimiento y actúan hacia la normalización del epitelio hiperproliferante. La estimulación de la proliferación de los queratinocitos se expresa por la inducción de la adenosina monofosfato cíclica (AMPc), el factor de crecimiento epidérmico (EGF), proteína quinasa C y factor transformador de crecimiento alfa (TGF- α). Por otro lado la acción de regulación inhibitoria del crecimiento celular está dada por la inhibición de la unión del factor de crecimiento epidérmico a sus receptores, mediado por el factor de crecimiento β_2 (TGF- β_2). Además

producen reducción de los tonofilamentos, disminución de la cohesividad de los corneocitos, alteración de la permeabilidad en la función de membrana y un aumento en la pérdida de agua transepitelial, lo que se manifiesta en el efecto queratolítico de los retinoides en los trastornos hiperqueratósicos.^{17, 18}

Por todos estos efectos mejoran la piel en el 90% de los pacientes, reducen la hiperqueratosis y aplatan las pápulas, pero desafortunadamente tiene una alta incidencia de efectos adversos que en algunas ocasiones obliga a suspenderlos. Los efectos relacionados a la dosis incluyen, resequedad e irritación de las mucosas y rara vez en la piel, (xerosis, xerosis labial, xeroftalmia, epistaxis, fragilidad de la piel y prurito), estos efectos pueden ser tan severos que comprometen su continuidad. Los retinoides pueden elevar los triglicéridos y el colesterol causando anormalidades de la función renal. Se debe monitorizar la función hepática y los valores de los lípidos plasmáticos durante el tratamiento.⁷

Un estudio multicéntrico de 104 pacientes estudió el uso de isotretinoína en períodos cortos y largos. Se comenzó con una dosis de 0.5 mg/kg/día, ajustándola según los síntomas. Después de 1-4 semanas de tratamiento el 70% de los pacientes mostró mejoría. Se consideró inefectiva solo en 5 de los 104 pacientes.¹⁹

Eimer y colaboradores reportaron el caso de un masculino de 16 años con enfermedad de 10 años de evolución que fue tratado inicialmente con una dosis de isotretinoína de 0.4 mg/kg/día que rápidamente fue subida a 0.7 mg/kg/día por un período de 6 meses con buena respuesta clínica y sin efectos adversos. Este es el único caso encontrado en la literatura actual con dosis iniciales de isotretinoína menores de 0.5 mg/kg/día. En el artículo no se menciona por cuánto tiempo se mantuvo esta dosis reducida, ni por qué decidieron aumentarla posteriormente.²⁰ A pesar de conocer casos anecdoticos con manejo de isotretinoína a dosis bajas en pacientes con EDW con buena evolución, no encontramos literatura médica en la búsqueda intencionada en archivos y acervos bibliográficos.

La única evidencia disponible para apoyar la efectividad de la isotretinoína usada a baja dosis es en casos de acné; en los años recientes varios estudios han demostrado que regímenes a bajas dosis pueden ser más preferibles en cuanto a reducción de efectos adversos relacionados a la dosis y a mayor apego al tratamiento por parte del paciente.^{21, 22, 23}

La isotretinoína se reporta efectiva, pero su uso es limitado por sus posibles efectos adversos y en ocasiones por su costo. Debido a la situación económica de nuestro paciente, se trató con dosis bajas de 0.2mg/kg/día, demostrando ser efectiva y con menos efectos secundarios en 4 meses de tratamiento (Fig.4).

Figura 4



a) antes de tratamiento



b) 4 meses



c) 7 meses

Otras modalidades terapéuticas

Abe y colaboradores, reportaron un caso tratado con loción de tacalcitol y fotoprotector exitosamente, en el cual las lesiones resolvieron al cabo de 5 meses y se mantuvieron así al cabo de 1 año de seguimiento. Las análogos de la vitamina D3 inhiben la hiperproliferación de los queratinocitos, regulan su diferenciación en epidermis y en algunos casos inhiben la inflamación. Estas acciones pueden contribuir a la supresión de las lesiones en la EDW.²⁴

Kittridge y colaboradores reportaron el caso de una paciente femenina con enfermedad de Darier refractaria a tratamiento convencional con lesiones en 75% de su superficie corporal con terapia de haz de electrones que inicio con terapia en los pliegues inframamarios con dosis total de 2000 cGy en 10 fracciones usando electrones de 6-MeV con bolos de 1-cm. La paciente presentó dermatitis severa en los sitios tratados que posteriormente resolvió con resolución completa de las lesiones que se mantuvieron por 18 meses. Por lo que la terapia con haz de electrones debe utilizarse sólo en casos complicados refractarios a otros tratamientos y no debe usarse en áreas extensas, valorando siempre riesgo/beneficio.²⁵

Se han reportado casos en los que la terapia fotodinámica ha sido efectiva. El mecanismo por el cual actúa en la EDW se desconoce, se cree que la permeabilidad aumentada de las células acantolíticas resulta en aumento de la penetración del agente fotosensibilizador en las células afectadas, lo que resulta en su muerte celular.

Avery y col., reportó un caso de una paciente femenina de 30 años con enfermedad refractaria a tratamiento tópico

y en la que no se uso retinoides orales porque deseaba un embarazo en los próximos años, que se manejó con terapia fotodinámica en la que se presentó sólo leve inflamación que resolvió al cabo de 2 semanas. Se logró mejoría significativa de las lesiones después de dos tratamientos y se mantuvo libre de lesiones al cabo de 27 meses de seguimiento. Existen sólo otros dos reportes en la literatura con este tipo de terapia, se reportó una serie de casos de 7 pacientes con EDW tratados con terapia fotodinámica, en los que se reportó eritema, exudación y malestar leve que duró de 2-3 semanas y en los que se mostró mejoría significativa con seguimiento de 6 meses hasta 3 años en algunos casos.²⁶

Por la baja prevalencia de la enfermedad, no existe un esquema de tratamiento estandarizado, y sólo se registran casos aislados con diversos tratamientos que van desde emolientes, esteroides, retinoides tópicos y orales e incluso cirugía.

Conclusiones

La enfermedad de Darier-White es infrecuente. En aquellos que la padecen afecta la calidad de vida del paciente por lo cual es importante controlarla con medicamentos eficaces, que no causen más daño que beneficio. La humectación, el aseo y la lubricación son de vital importancia debido a la cronicidad del padecimiento y por el mantenimiento que debe de llevarse en los pacientes. La isotretinoína oral a bajas dosis pueden ser una buena opción terapéutica incluso en fases agudas minimizando de esta manera los efectos secundarios. Si la economía del paciente lo permite, el tratamiento puede darse a largo plazo como mantenimiento, siempre y cuando sea supervisada por dermatólogo altamente capacitado.

Referencias bibliográficas

1. Bologna J, Jirizzo J, Rapini R., *Darier disease and Hailey-Hailey disease*. Dermatology, second edition, Spain, Elsevier Limited; 2008.
2. Lequio M, Garrido M, Giavino G, Vigovich F, Choueala E, *Enfermedad de Darier diseminada*. Dermatol. Argen 2011; 17(6):470-473.
3. Arenas R, *Enfermedad de Darier, Dermatología Atlas, Diagnóstico y Tratamiento*. Cuarta edición, México, McGrawHill, 2006, P. 324.
4. Koch C, *Enfermedad de Darier-White clásica y lineal*. Rev. Argent. Dermatol 2009;90: 142-151.
5. Burge S, *Management of Darier's disease*. Clinical and Experimental Dermatology 1999; 24: 53-56
6. Eimer L, Lagodin C, Bonavia P, Stringa M, Rébora I, Anaya J, *Enfermedad de Darier-White tratada con isotretinoína oral*. Arch. Argent pediatr 2011; 109(4):e63-e66.

7. Cooper S, Burge S, *Darier's Disease. Epidemiology, Pathophysiology and Management*, Am J Clin Dermatol 2003; 4(2):97-105.
8. Dhitavat J, Fairclough R, Hovnanian A, Burge S, *Calcium pumps and keratinocytes: lessons from Darier's disease and Hailey-Hailey disease*. British Journal of Dermatology 2004; 150: 821-828.
9. Klaus W, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick's *Dermatology In General Medicine*. Seventh edition, New York, McGrawHill;2008.
10. Sakuntabhai A, Ruiz V, Carter S, Jacobsen N, Burge S, Monk S y colaboradores, Mun. *Mutations in ATP2A2, encoding a Ca2+ pump, cause Darier disease*. Nat Genet 1999; 21 (3): 271-277.
11. Cox N. *Unilateral Darier disease with contralateral renal agenesis*. Arch Dermatol 1998; 134: 634-635.
12. O'Malley MP, Haake A, Goldsmith L, Berg D. *Localized Darier disease. Implications for genetic studies*. Arch Dermatol 1997; 133: 1134-1138.
13. Sakuntabhai A, Dhitavat J, Burge S, Hovnanian A. *Mosaicism for ATP2A2 mutations causes segmental Darier's disease*. J Invest Dermatol 2000; 115: 1144-1147.
14. Masatoshi A, Yasuda M, Yokoyama Y, Ishikawa O. *Successful treatment of combination therapy with tacalcitol lotion associated with sunscreen for localized Darier's disease*. Journal of Dermatology 2010; 37: 718-721
15. Fulton J, Gross P, Cornelius C, et al. *Darier's disease: treatment with topical vitamin A acid*. Arch. Dermatol 1968; 98 (4): 396-9
16. Burge S, Buxton P. *Topical isotretinoín in Darier's disease*. Br J Dermatol 1995; 133:924-928.
17. Griffiths C, Dabalsteen e; Voorhees J. *Topical retinoic acid changes the epidermal cell surface glycosylation pattern towards that of a mucosal epithelium*. Br J Dermatol 1996; 134:431-6.
18. Desai A, Kartono F, Del Rosso J. *Systemic Retinoid Therapy: A status report on optimal use and safety of long-term therapy*. Dermatol Clin 2007 25 185-193
19. Dicken CH, Bauer EA, Hazen PG, et al. *Isotretinoín treatment of Darier's disease*. J Am Acad Dermatol 1982; 6 (4): 721-6
20. Eime L, Lagodin C, Bonavia P, Stringa M, Róbora I anaya J. *Enfermedad de Darier-White tratada con isotretinoína oral*. Arch Argent Pediatr 2011;109(4):e63-e66 / e63
21. Boyraz N, Kocyigit M. *Comparision of the efficacies of intermittent and continuous low-dose isotretinoín regimens in the treatment of moderate acne vulgaris*. Int. J. Dermatol 2013, 52:1265-1267.
22. Amichi B, Shemer A. *Low-dose isotretinoín in the treatment of acne vulgaris*. J Am Acad Dermatol 2006; 54: 644-646
23. Mandeku-Lefaki I, Delli F, Teknetzis A. *Low Dose schema of isotretinoín in acne vulgaris*. Int. J. Clin Pharmacol Res 2003; 23: 41-46.
24. Abe M, Yasuda M, Yokoyama Y, Ishikawa O. *Succesful treatment of combination therapy with tacalcitol lotion associated with sunscreen for localized Darier's disease*. Journal of Dermatology 2010; 37: 718-721.
25. Kittridge A, Wahlgren C, Fuhrer R, Zirwas M, *Treatment of recalcitrant Darier's disease with electron beam therapy*. Dermatologic Therapy, Vol. 23, 2010, 302-304
26. Avery H, Hughes B, Coley C, Cooper H, *Clinical improvement in Darier's disease with photodynamic therapy*. Australasian Journal of Dermatology (2010) 51, 32-35.89 32

“Madre Ayer y Madre Hoy”

Amorosa Madre, es la historia que te nace
 Son los sueños embelesados de tu dulce futuro los que te permanecen y nunca fallecerán...

Capuchino-Monreal Y. (1), Valenzuela-Heredia R. (2), Vázquez-Moreno J.P. (3), Martínez-Ruiz N. M.⁴, Sánchez-Martínez C. S. (5)

(1) Médico Pediatra, MCSP, Epidemióloga, Coordinadora Estatal de Epidemiología, SSJ, (2) Médico Ginecoobstetra adscrito al HMIELM, (3) Biólogo, Investigador y Fotógrafo CUCBA, U. de G. (4) Médico Pediatra, Subespecialidad en Infectología Pediátrica, Encargada de la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria en HMIELM y (5) Lic. Enfermería, Asistente en Departamento Estatal de Epidemiología, SSJ.

Un Alumbramiento Artístico

Un regalo a nuestros hospitales-hijos, un regalo de dos retinas soñadoras de pincel y brocha para Jalisco: Guillermo Chávez Vega y Gabriel Flores García en nuestra bien amada y coloquialmente conocida Maternidad “López Mateos”.

Esta breve pero enriquecedora apología narrativa de la obra pictórica de estos dos grandes muralistas Jalisciences, plasmada en las cálidas paredes níveas del auditorio del Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos”, ubicado en Avenida Constituyentes número 1075, en la

Colonia Moderna, de Guadalajara, Jalisco; muestra de manera lúcida, por demás matizada en sobria belleza y extremadamente humanizada, la mirada artística de la añoranza al nacer en el pasado rudimentario y la mirada al complejo industrializado nacer contemporáneo, en un mundo globalizado, institucionalizado, que progresá; es decir, un antes “tierra vida solidaridad” y un después “metal vida progreso”, que por simple o compleja que esta “vida” suceda para cada uno de nosotros, siempre será una metamorfosis, siempre habrá un binomio perpetuo, siempre una separación y siempre una bienvenida.

Obra: año 1963 *La Maternidad* de Gabriel Flores.

Pintura mural. Acrílico.

Corriente. Neorrealismo

Proceso de Conservación y Restauración: mayo del año 2012, por el INAH y el Colegio de Michoacán.



Gabriel Flores, pintor, dibujante y muralista, (El Arenal, Jalisco. 1930-1990). *La Maternidad*, esta maravillosa obra plasma el ayer del nacimiento, los elementos inquietantes son el contexto simple de la naturaleza de “tener un hijo”, los trazos gruesos y marrón de la musculatura femenina materna, reflejan la fortaleza requerida para afrontar el trabajo de parto, la madre se hace acompañar de dos ancianos que sostienen el rol de familia y del cuidado terapéutico del contexto; algunos creen que ambos ancianos son un autorretrato del muralista, en el caso

del personaje varón, se aprecian gestos de inquietud científica. En este mural el centro es el fuego que representa la vida; el personaje femenino que sostiene a la mujer embarazada muestra el soporte de bastión, de conocimiento y el amoroso apoyo parental, al acoger el desliz del cuerpo materno sobre su hombro y su pecho, lo que hace suponer que es su madre. Esta obra, en esencia, refleja el valor de una mujer dentro de otra mujer durante la ardua labor de parto y su natural fortaleza para afrontar un hecho implícito en su biología.

Obra: año 1963 *Alegoría de la medicina moderna de la ginecología* de Guillermo Chávez Vega.

Pintura mural. Acrílico.

Corriente. Neorrealismo

Proceso de Conservación y Restauración: mayo del año 2012 por el INAH y el Colegio de Michoacán.



Guillermo Chávez Vega, pintor, muralista, acuarelista y grabador (Guadalajara, Jalisco. 1931-1990). *Alegoría, de la medicina moderna de la ginecología*. Este pletórico mural, cuyos tonos plata-barro, reflejan el rol contemporáneo e institucionalizado de la medicina actual, refleja todo lo que rodea el nacimiento de un nuevo ser, desde la utilización de herramientas tecnológicas, hasta el avance de la medicina basada en evidencia científica, donde la vida es el producto final de este engranaje social.

Los elementos profundamente hermosos en esta obra y que logran conmover al espectador, son las figuras femeninas laterales, cuyo contraste con el centro del mural, sostienen la odisea entre lo objetivo y lo subjetivo, pues mientras la comunidad médica complace al ego del ser, el toque femenino logra volcar la sinapsis neuronal en suspiros del alma del mismo ser; es decir, aunque puede suponerse que los avances tecnológicos de la medicina la vuelven fría e inhumana, las imágenes de la madre amorosa que arrulla a su hijo y la enfermera que cuida de los niños, contrastan y cambian el panorama por

completo, con su transpirar de imágenes bondadosas, lo que bajo todas las perspectivas sobresalen en esta obra.

Así, es que en este lugar podemos apreciar dos hermosos murales que entre sístoles y diástoles de gama pincel y olas de brocha; al contemplarlos pueden sucedernos tantas cosas: podemos escuchar la alegoría del viento; llenarnos de fe; transpirar al amnios materno, volvemos agua, encender el aire sin miedo, volcar el viento de nuestra historia de avance científico y aceptar los cambios sin premura y con paciencia. Más aún apreciarlos en silencio o vacilando en una sesión médica, pueden transportarnos a ese primer y genuino llanto de pequeño, del niño que no entiende el tiempo, del humano que sólo percibe nuestras manos médicas, éas que curan, reciben, saludan y en ocasiones despiden, pero siempre aman, aman tan profundamente al humano del pasado, del presente y del futuro, “aman al humano de siempre y por siempre hijo de una madre”.

Te regalo mis manos ángel mío, mi paciente, mi amigo, te regalo mi ciencia, mi insomnio, mis sueños, mis logros.

Libro recomendado

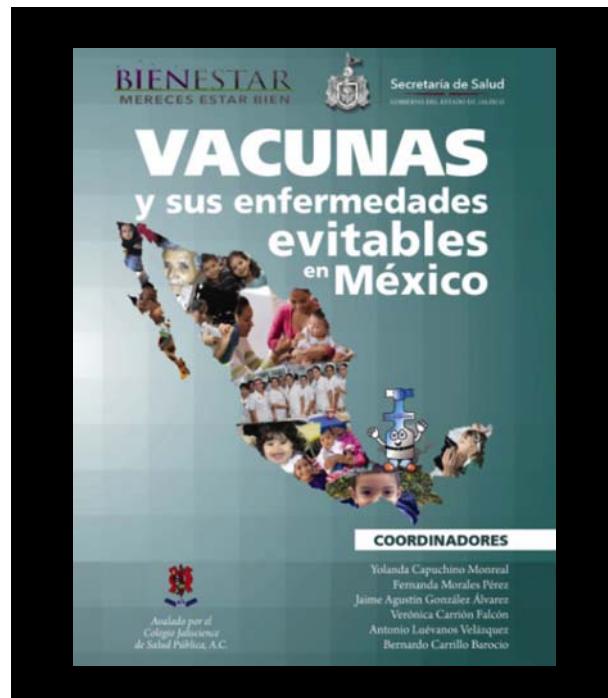
Uno de los logros en investigación para Jalisco es la creación del libro llamado “*Vacunación y sus Enfermedades Evitables en México*”, de Editorial Prometeo y auspiciado por la Secretaría de Salud Jalisco, cuyo objetivo primordial es la difusión científica de las Inmunizaciones y sus enfermedades, sin fines de lucro. Este libro será distribuido en próximas fechas en las Bibliotecas Universitarias y Unidades Médicas de la Secretaría de Salud.

Se trata de una obra intensa y extensa de las inmunizaciones, su desarrollo y aplicación en un país cuyo escenario económico y social es similar al de la mayor parte de países de América Latina, es producto sin duda alguna del liderazgo y tenacidad de un grupo de médicos especialistas e investigadores expertos en la materia, quienes se encuentran profundamente interesados en la Salud de las poblaciones y en sus riesgos epidemiológicos, los que pueden ser controlados mediante las acciones preventivas de uno de los pilares de la salud pública que es el Programa de Vacunación Universal.

Como parte del contenido de este trabajo se encuentra desde la Historia de la Medicina y de la Cartilla de Vacunación, los que son tratados bajo un contexto social, desde la creación de la primera vacuna contra la viruela por Edward Jenner el 14 de mayo de 1796, hasta la consolidación del esquema completo de inmunizaciones que en la actualidad se ve reflejado en amplios cambios científicos y socialmente necesarios que son explicados en los bajo el enfoque de medicina basada en la evidencia y la creación de Núcleos de Vacunación.

El abordaje por parte de los investigadores de este trabajo, pretende explicar una serie de puntos esenciales: a) el desarrollo histórico-social del Programa Universal de Vacunación, b) las generalidades y clasificación general de las vacunas, c) la respuesta inmunológica del ser humano a la administración de estos biológicos, d) los aspectos legales y normativos de la vacunación en México, e) el perfil clínico y epidemiológico de cada una de una de las enfermedades que se evitan con la aplicación de vacunas, f) el futuro de algunas vacunas, g) la vacunación para viajeros h) el impacto económico y social de la vacunación, i) vacunación a grupos especiales, j) los mitos relacionados a la vacunación y finalmente, k) los aspectos prácticos para la instalación de un centro o Núcleo de Vacunación.

Conceptos innovadores fueron la descripción de una vacuna pandémica y su origen, y la vacunación del viajero, descrito en el capítulo de “Sanidad Internacional y Vacunación en México”, especialmente después de la reformulación del



Reglamento Sanitario Internacional, proceso mundial necesario frente a los actuales riesgos epidemiológicos en las personas que viajan con frecuencia. Este trabajo finaliza con una guía práctico para la instalación de “Centros o Núcleos de Vacunación”.

De esta manera el presente documento otorga al lector una visión general y completa de las Inmunizaciones en México, está dirigido para los profesionales y los técnicos de la salud, cuya finalidad es constituirse como una valiosa fuente de información y consulta en el grupo de profesionales y técnicos interesados en la literatura médica y científica, como en aquellos dedicados a la práctica clínica; todos involucrados en el complejo, dinámico y extenso Programa de Vacunación Universal.

Este proyecto fue coordinado por el Señor Secretario Dr. Jaime Agustín González Álvarez, la Dra. Yolanda Capuchino Monreal, la Maestra Fernanda Morales Pérez, la Dra. Verónica Carrión Falcón, el Dr. Antonio Luevanos Velázquez y el Dr. Bernardo Carrillo Barocio y cuenta con una lista de autores y co-autores de gran prestigio en el área de la Investigación.

El libro “*Vacunación y sus Enfermedades Evitables en México*”, de Editorial Prometeo cuenta con 560 páginas, tamaño medio oficio.

Instrucciones para los autores en la revista SALUD JALISCO

La revista SALUD JALISCO es una publicación oficial de la Secretaría de Salud Jalisco. Publicación cuatrimestral. Publica artículos en idiomas español e inglés, que fortalezcan el quehacer de la medicina, la enfermería, la odontología y profesiones afines, para la prevención, curación y rehabilitación del paciente y la calidad en su atención.

Los textos propuestos a la revista SALUD JALISCO deberán cumplir con los lineamientos establecidos en las instrucciones para autores y serán sometidos al proceso de revisión por pares y a la aprobación del consejo y comité editorial, que evaluarán el contenido de cada material, dictaminando en un período no mayor a 45 días, notificando al autor principal sobre el resultado de dicho dictamen.

Todos los artículos deberán incluir una página inicial, la cual constara de:

- Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras.
- Nombre del autor(es) y cargos institucionales.
- Nombre, adscripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia.
- Las fuentes de financiamiento de la investigación y los posibles conflictos de interés de los autores, cuando aplique.
- Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de la versión más reciente del Medical Subject Headings del Index Medicus.
- Las referencias bibliográficas deben cumplir los requisitos uniformes para manuscritos enviados a las revistas biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas).

Secciones de la revista de la Secretaría de Salud Jalisco

1. Editorial. Será escrita por el Secretario de Salud Jalisco o por un editor invitado.

2. Artículos de revisión. Esta sección comprende artículos de revisión de temas relacionados con los contenidos de la revista SALUD JALISCO. El formato es libre. Se deberán incluir al menos 10 referencias bibliográficas.

3. Artículos originales. Estos reportarán hallazgos relevantes para el profesional de la medicina, relacionados con el acto médico y que contribuyan al aumento y refinamiento del conocimiento sobre el tema. Serán escritos en formato IMRYD: Introducción, material y métodos, resultados y discusión y deberán incluir al menos 10 referencias bibliográficas.

4. Casos clínicos. Deberán describir situaciones clínicas reales que con frecuencia se presentan en la consulta del médico de atención primaria, sin embargo se aceptaran trabajos que se hayan observado o atendido en los hospitales de segundo y tercer nivel. Cualquier médico puede redactar y enviar casos clínicos recogidos en su consulta. El comité editorial de la revista SALUD JALISCO seleccionará los mejores trabajos presentados en función del interés docente.

5. Cultura Médica. Estos artículos deberán rescatar todas aquellas manifestaciones culturales que están ligadas a la medicina.

6. Cartas al editor. Deberán abordar comentarios sobre los artículos publicados y será posible la publicación de comentarios por invitación. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de dos meses posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.

Presentación y entrega del manuscrito, cuadros y figuras

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con el procesador de textos Word, a uno y medio espacios (uno y medio renglón) en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras), en tamaño carta, con márgenes de tres centímetros. Las páginas deberán numerarse consecutivamente.

Los trabajos deberán enviarse en documento impreso y en formato digital, por vía correo electrónico, en disco compacto (CD).

Los cuadros y las figuras deberán enviarse en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon (Word™, Excel™, Powerpoint™, Photoshop™, Illustrator™, etc.) y cumplir las especificaciones de las instrucciones para autores.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista SALUD JALISCO
Calle Dr. Baeza Alzaga 107
Zona Centro, Guadalajara, Jalisco.
Código postal 44100.
Teléfono: 3030 5000 extensión 35084.
Correo electrónico: zenteno_gmo@yahoo.es





Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

III FORO ESTATAL DE INVESTIGACIÓN Y CURSO REGIONAL DE COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA



Algunos de los temas a tratar:

- Investigación Colaborativa.
- Gestión de proyectos de investigación.
- Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud.
- Difusión y publicación de las investigaciones realizadas.
- De lo cuantitativo a lo cualitativo.
- Aspectos éticos de las investigaciones.
- Programa e Prevención y Regresión del sobrepeso y obesidad.
- Competencias en seguridad del paciente, en el personal en formación.
- Ética en Investigación.
- Investigación en Sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Presentación de trabajos libres

Sede: Instituto Dermatológico de Occidente

26, 27 y 28 de marzo de 2014

Informes y Registro:

Secretaría de Salud Jalisco

Departamento de Investigación Teléfono: 30 30 50 00 ext: 35084

Correo electrónico: investigacion.ssj@gmail.com foroinvestigacion3.2014@gmail.com
bioetica_saludjalisco@yahoo.com.mx

¿Sabías que México es el país que tiene más niños con obesidad en el mundo?

La obesidad puede causarle a tus hijos enfermedades que provocan graves daños.

Muévanse. Hagan ejercicio todos los días:

- Corran, patinen, paseen en bici, jueguen al aire libre o brinquen la cuerda.
- Cuida el tiempo que pasan tus hijos viendo televisión, en videojuegos o navegando en internet.
- Utilicen escaleras fijas en lugar de elevadores o escaleras eléctricas.
- En distancias cortas caminen o usen la bicicleta, no vayan en coche.

Midanse. Con las grasas, azúcares, harinas y sal:

- Eviten los alimentos fritos o empanizados.
- Limiten el consumo de embutidos como salchichas y jamón, estos contienen exceso de grasa.
- Disminuyan el consumo de sal, puede provocar hipertensión y aumentar el riesgo de padecer enfermedades de los riñones.
- Eviten las bebidas industrializadas como el refresco y los jugos.

Coman y beban sano. Lleven una alimentación balanceada:

- Coman verduras y frutas, son fuente de vitaminas, minerales y fibra.
- Aumenten el consumo de cereales integrales y tubérculos, estos aportan la energía que necesitas.
- Tomen agua natural, entre 6 y 8 vasos diariamente (2 litros), ayuda a mantener tu cuerpo en funcionamiento.
- Consuman leguminosas como garbanzos, lentejas y frijoles, y alimentos de origen animal como pollo, pescado y huevo, dan proteínas que son buenas para el crecimiento y desarrollo de los niños.



**DEJA DE PONER PRETEXTOS,
LA SALUD DE TU FAMILIA ES TU RESPONSABILIDAD**

Infórmate en salud.gob.mx o al 30305060 y 73



**¡No dejes que
el agua se estanke!**

**PREVENIR el dengue
es tarea de TODOS**

**El mosquito del dengue se desarrolla
en tu casa y puede causarte la muerte.**

**Tira, tapa y volteá los cacharros
donde nace, crece y vive el mosquito.**

JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO



