

REVISTA CIENCIA JOVEN TONAMITL

REVISTA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA ESTUDIANTIL DE LA UNIDAD ACADÉMICA
DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE GUERRERO

CIENCIA JOVEN TONAMILT



REVISTA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA ESTUDIANTIL DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA DE
LA UAGro.

AUTORIDADES INSTITUCIONALES

DR. JAVIER SALDAÑA ALMAZÁN
Rector de la Universidad Autónoma de Guerrero

DRA. BERENICE ILEADES
**Directora de Investigación Científica de la Universidad
Autónoma de Guerrero**

DR. BULFRANO PEREZ ELIZALDE
Directora de la Unidad Académica Facultad de Medicina

DR. ANTONIO ROSALES JIMENEZ
Subdirector de Integración de Funciones Sustantivas

DRA. GRISELDA PASTRANA URANGA
**Subdirección de Planeación, Acreditación y Evaluación
Académica**

CUERPO ACADEMICO DE ENVEJECIMIENTO
BIOPSICOSOCIAL
De la Unidad Académica Facultad de Medicina

Dr. Antonio Rosales Jiménez
Dra. Aidé Ibarez Castro
Dra. María de los Reyes Campos Mayo

CIENCIA JOVEN TONAMILT



REVISTA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA ESTUDIANTIL DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA DE
LA UAGro.

COMITÉ EDITORIAL ESTUDIANTIL

DIRECTOR GENERAL

ALEJANDRO ANDRACA DIAZ

SECRETARIO(a) DE REDACCIÓN

DIOSELINA ÁLVAREZ LOYA

CONSEJO EDITORIAL DE ALUMNOS

MICHELLE TORRES PAVÍA

SABY PATRICIA GARCÍA PLATÓN

JAHZEEL BALANZAR MALDONADO

COMITÉ EDITORIAL ASESOR DOCENTE (ASESORIAS)

DRA. AIDÉ IBAREZ CASTRO

DRA. MARÍA DE LOS REYES CAMPO MAYO

DRA. GRISELDA PASTRANA URANGA

DR. ANTONIO ROSALES JIMÉNEZ

DR. BULFRANO PÉREZ ELIZALDE

DR. ARTEMIO LAGUNAS FLORES

DR. RAFAEL AGUIRRE AÑORVÉ

DR. GILBERTO HERRERA GARCÍA

DR. RICARDO LUNA AGUILAR

CIENCIA JOVEN TONAMILT



REVISTA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA ESTUDIANTIL DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA DE
LA UAGro.

INDICE

EDITORIAL

MELINA YEARIM BERMÚDEZ GARCÍA.....5

MEDIDAS PREVENTIVAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZONOSIS EN EL
PARQUE PAPAGAYO DE ACAPULCO GUERRERO 2015.....6-16

ALEJANDRO ANDRACA DIAZ* DR. RICARDO LUNA AGUILAR **

ATENCIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA DE LA PREVENCIÓN Y ACCIÓN ANTE UN DESASTRE
NATURAL EN ACAPULCO, GRO. 2015

ALVAREZ LOYA DIOSELINA* CAMPOS MEJIA MONICA* HERNANDEZ BAHENA M. YANET *

ROMAN CHAMU J. LUIS * DRA. AIDE IBAREZ CASTRO**.....17-31

PESQUIZAJE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS EN
ACAPULCO GUERRERO 2015.

TORRES PAVIA MICHELLE* AÑORVE NICOLAS R. YAMILETH**32-39

DRA. AIDE IBAREZ CASTRO***

CALIDAD DEL SUEÑO EN ESTUDIANTES DE 1° – 3° SEMESTRE DE MEDICINA UAGRO.
ACAPULCO 2015.

JUAN CARLOS ROMERO LOPEZ* DRA. MA. DE LOS REYES CAMPOS MAYO** 39-47

AMBIENTE SALUDABLE EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL MUNICIPIO
DE ACAPULCO, GRO. 2014.....48-55

JAHZEEL BALANZAR MALDONADO * DR. ARTEMIO LAGUNAS FLORES**

ENTREVISTA PSICOSOCIAL AL PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO.....56-59

ANDRACA DIAZ ALEJANDRO *

EDITORIAL

MELINA YEARIM BERMÚDEZ GARCÍA

La Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Guerrero, se encuentra ubicada en la ciudad y puerto de Acapulco, ciudad que en 1080 la habitaban la población de “nahoa”, ciudad rodeada de cerros de suaves perfiles que le ponen el marco panorámico forrados de espesa vegetación.

Históricamente Acapulco ha sido y es curiosidad en el ámbito de la recreación para el extranjero y el interior de nuestra república Mexicana, ahora en el año 2007 en que la Unidad Académica de Medicina cumple 33 años de su fundación, sus estudiantes llenos de curiosidad en la búsqueda de poder garantizar la salud de los Guerrerenses, toman el conocimiento y las herramientas que proporciona la actividad de la investigación, ya que el conocimiento científico en el desarrollo de las naciones es inherente al mismo, y la importancia que para la ciencia tiene el trabajo de los investigadores, así como el papel de las instituciones de educación en el área de la salud de brindar educación crítica para la generación del conocimiento. Los estudiantes en el presente tienen interrogantes sobre cómo mejorar la salud en el futuro pero también buscar el conocimiento de: cómo era el conocimiento de la salud en el pasado, cuando los ciudadanos gozaban en el puerto y en el estado abundante vegetación, áreas selváticas, árboles que adornaban con sus flores como los tabachines. También una alimentación basada en proteína animal de aves, con su abundante pesca, ¿cómo sería la salud en ese tiempo?, ¿cuáles fueron sus prioridades de salud?, ¿cómo va a ser el envejecimiento del futuro? .En el presente la investigación busca medir la realidad del estado de salud y enfermedad de la población, y poder transformarla en parte del bienestar, reconocemos que la investigación cuyos resultados no se publican, permanece incompleta, tampoco se puede corroborar y en consecuencia no pueden contribuir al caudal de conocimientos científicos en esta área, que es la medicina. La actividad científica realiza con un gran número de investigadores de distintos niveles y el nivel más pequeño es el estudiante aprendiendo a hacer investigación, asesorado por profesores de materias que construyen el conocimiento científico. El financiamiento de esta actividad se argumenta sobre la base de criterios utilitarios, pero el conocimiento es de utilidad para la humanidad, los estudiantes que desafiamos en nuestro tiempo este gran lago, que es la investigación, presentamos ante la sociedad estudiosa en la academia y la ciencia en el nivel de pregrado la revista “**Ciencia Joven Tonamitl**” órgano de información científica estudiantil de la Unidad Académica de Medicina que busca motivar la inquietud de saber cómo hacer investigación en los estudiantes de nivel pregrado y romper el estigma de que es una actividad inalcanzable cognitivamente, y poder así exigir mayor atención en este campo de los excelentes catedráticos con los cuenta nuestra institución

MEDIDAS PREVENTIVAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZONOSIS EN EL PARQUE PAPAGAYO ACAPULCO GRO. 2015

ALEJANDRO ANDRACA DIAZ*

DR. RICARDO LUNA AGUILAR **

RESUMEN

INTRODUCCION: Las zoonosis son un grupo de enfermedades transmitidas al hombre por animales, a través de algún fluido corporal o mediante la presencia de algún intermediario como pueden ser los mosquitos u otros insectos².

OBJETIVO: Identificar las medidas de prevención de enfermedades por zoonosis.

METODOLOGIA: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo. Se aplicaron 50 evaluaciones a visitantes del lugar, 13 a trabajadores de las instalaciones del parque y 2 sobre el cuidado y estado en el que se encuentran los animales en cautiverio. Se midieron las variables: variable independiente; medidas de prevención de zoonosis. Variables dependientes: población visitante, utilización de medidas de higiene y trabajadores del parque.

RESULTADOS:

El 12 % de la población visitante mantiene contacto directo con los animales mostrando el riesgo de adquirir una enfermedad por zoonosis. Con respecto a la utilización de medidas de higiene el 46% del total de los visitantes mantienen de forma continua el uso de medias profilácticas de higiene personal, mientras que el 40 % se mantiene con ignorancia de la prevención ya que nunca llevan a cabo medidas de higiene. se encontró que el 92 % de los trabajadores , mantienen contacto ya sea directo o indirecto con los animales en cautiverio o ambulantes sea cual sea su área de trabajo el contacto existe. El 70 % de los trabajadores labora sin conocimiento sobre las medidas de prevención por el contacto con los animales y sus desechos por falta de información al respecto.

CONCLUSIONES: En materia de salud y blindaje epidemiológico el parque papagayo, no cuenta con las medidas de prevención para evitar que la población y sus trabajadores no corran el riesgo de adquirir una enfermedad zoonótica y para evitar la predisposición de un foco de infección.

PALABRAS CLAVE: Zoonosis, Transmisión, Medidas preventivas.

INTRODUCCION

Las zoonosis constituyen un grupo de enfermedades de los animales que son transmitidas al hombre por contagio directo con el animal enfermo, a través de algún fluido corporal como orina o saliva, o mediante la presencia de algún intermediario como pueden ser los mosquitos u otros insectos. También pueden ser contraídas por consumo de alimentos de origen animal que no cuentan con los controles sanitarios correspondientes, o por consumo de frutas y verduras crudas mal lavadas.²

El principal motivo de esta investigación es verificar la vigilancia epidemiológica que tienen estas instalaciones y, evaluar si es factible a ser un foco de infección entre la población y de esta manera poner en riesgo la salud de la misma Las zoonosis constituyen un grupo de enfermedades de los animales que son transmitidas al hombre por contagio directo con el animal enfermo, a través de

*ESTUDIANTE DE 7° SEMESTRE DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA.

** PROFESOR INVESTIGADOR DE TC ASOCIADO "C" DE LA UAMed.

algún fluido corporal como orina o saliva, o mediante la presencia de algún intermediario como pueden ser los mosquitos u otros insectos. También pueden ser contraídas por consumo de alimentos de origen animal que no cuentan con los controles sanitarios correspondientes, o por consumo de frutas y verduras crudas mal lavadas.²

Las zoonosis pueden ser causadas por diferentes agentes, tales como parásitos, virus o bacterias. Los parásitos son organismos que pueden encontrarse por fuera del animal (ej: en la piel), éstos se denominan ectoparásitos; o por dentro (ej: en el intestino), llamados endoparásitos.²

Enfermedades transmitidas por zoonosis que podrían afectar a la población de Acapulco Gro: Leptospirosis, rabia, Sarna, Toxoplasmosis, Ancylostoma, Toxocara.

EBOLA: El virus del Ebola es un problema actual de salud, por su fácil diseminación es también una enfermedad zoonótica. El Ébola está catalogado como nivel de bioseguridad por ser de alta peligrosidad para los humanos⁴, Se ha descrito contagio a través del semen de infectados hasta 7 semanas después de su recuperación.^{5-6,8}

Es importante mencionar que en el transcurso del año anterior se presentó un problema de salud a nivel mundial, ya que la aparición de una epidemia por Virus del Ebola en África que amenazo a todas las naciones del mundo, fue un foco de atención para todas las instituciones de salud.¹

La característica más destacada del actual brote ha sido los síntomas progresivos gastrointestinales: anorexia, náuseas y malestar abdominal, seguidos de vómitos y diarrea que conducen a la disminución del volumen intravascular,^{3,5-8,13} ocasionando profundos trastornos electrolíticos, hipoperfusión, y *shock*. La hemorragia es una manifestación tardía, la cual se presenta generalmente como sangrado gastrointestinal, pero ocurre solo en una minoría de los pacientes.¹³⁻¹⁴

LEPTOSPIROSIS: La infección provocada por la sero variedad Canícola se considera la más común, siendo la transmisión a través de la orina de perros infectados. Por otro lado, la leptospirosis canina debida a la serovariedad Icterohaemorrhagiae es menos frecuente y se asocia a la presencia de ratas al ser éstas las portadoras y transmisoras de la misma. Debe considerarse que ambas pueden infectar al hombre, por lo que su presencia en la población canina resulta de importancia para la salud pública.³¹

En las zonas marginadas existe una gran cantidad de perros y roedores que son una fuente potencial de diseminación de la *Leptospira* entre estas especies y también al humano.²⁵

TOXOPLASMA: El *T. gondii* es protozooario coccidiano de félidos; los humanos y animales de sangre caliente actúan como hospedadores intermediarios. Aunque *Toxoplasma gondii* infecta gran proporción de las poblaciones animales y humanas del mundo, no es causa frecuente de enfermedad. Las personas inmunodeficientes y los fetos infectados congénitamente tienen un riesgo muy alto de toxoplasmosis que pone en peligro la vida²⁶

ESCABIASIS: La escabiasis o sarna es una infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Se trata de una ectoparasitosis relativamente frecuente que se contagia por contacto directo de piel con piel y, a veces, a través de fómites (sábanas, toallas y ropas). En algunos casos se puede adquirir por contacto con animales infestados, sobre todo perros (*S. scabiei* var. *canis*).³⁰

RABIA: Es considerada una zoonosis, el hombre no es el eslabón de la cadena que asegura en la naturaleza la conservación y transmisión del virus, es considerado un huésped accidental, que en la

mayoría de los casos llega a ser el huésped terminal. Esta zoonosis se mantiene a expensas de la fauna doméstica o salvaje y la presencia de casos en seres humanos responde principalmente a transmisión por su mordedura; en países donde el control antirrábico es inadecuado, el perro es el medio de transmisión en 90% o más de los casos, en países desarrollados representa sólo 5%, en éstos los animales salvajes son los transmisores más frecuentes.²⁸

ANCYLOSTOMA: El ancylostoma es un parásito que causa diarrea leve tanto en personas como en animales. El ancylostoma se encuentra principalmente en carnívoros (animales que comen carne) como por ejemplo, perros y gatos. En algunos países, hasta el 96% de los perros y el 80% de los gatos pueden encontrarse infestados. El ganado bovino y los roedores también pueden verse infestados con ancylostoma.²⁹

TOXOCARIOSIS: Toxocara es un género que comprende parásitos intestinales de perros y gatos capaces de infectar accidentalmente al hombre pudiendo producir una severa enfermedad. En los animales la infección ocurre al ingerir huevos infectivos o accidentalmente hospedadores de transporte o paraténicos. El suelo juega un rol muy importante en la diseminación de esta zoonosis parasitaria. En el hombre la infección es siempre oral no transmitiéndose de persona a persona.³⁰

Los presentes resultados tiene como objeto demostrar que las instalaciones del parque papagayo de Acapulco Gro. No cuenta con las medidas de prevención y vigilancia epidemiológica necesarias para la prevención de enfermedades transmitidas por zoonosis, aspecto que debería ser tomado por nuestras instituciones de salud, ya que de ser demostrada esta deficiencia, hablaríamos entonces de un posible foco de infección en Acapulco, ya que el parque papagayo es uno de los sitios más frecuentados por la población en general.

MATERIAL Y METODO

Se llevó a cabo la realización de un estudio observacional, descriptivo analítico en el periodo de mayo – junio del 2015, dentro de las instalaciones del parque papagayo en Acapulco Gro.

La población de estudio fue clasificada y estudiada en tres grupos representativos, dependiendo las actividades que realizan dentro de las instalaciones del Parque Papagayo

- Personas que visitan el parque,
- Personal que labora en el parque
- Personal que esté a cargo de la supervisión y cuidado de los animales que se encuentran en cautiverio.

Se utilizaron encuestas diferentes dependiendo de la población de estudio: la selección de la muestra es no probabilística, seleccionándose a los participantes de manera aleatoria. Se excluye del estudio a los trabajadores que en ningún momento tienen contacto con los animales, o áreas verdes del parque.

Para evaluar las medidas preventivas que toman los visitantes del parque se llevó a cabo una encuesta descriptiva de 15 preguntas en una población de 50 participantes, las cuales evaluaban las medidas de prevención y sanitarias que el visitante lleva a cabo durante su visita al parque papagayo.

Para evaluar las medidas preventivas y las condiciones en las que laboran los trabajadores de las instalaciones se realizó una encuesta con una serie de 20 preguntas, dichas encuestas fueron aplicadas a un grupo de 13 trabajadores de diferentes áreas del parque papagayo.

Para la evaluación final, nos centramos en los cuidados y medidas de prevención epidemiológicas que se deben de tomar con respecto a los animales en cautiverio dichos aspectos fueron evaluados con la ayuda y orientación de los trabajadores a cargo del cuidado directo del animal.

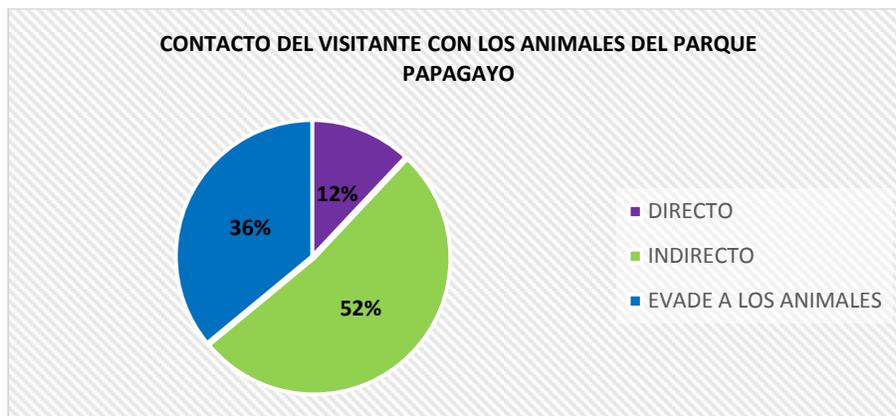
Dentro de los criterios de exclusión encontramos a las personas que visitaban el parque y trabajadores que no estuvieron de acuerdo que se les llevara a cabo la aplicación de la evaluación.

Fue necesario solo un encuestador para llevar a cabo la aplicación de dichas encuestas asistiendo periódicamente a las instalaciones durante el periodo de mayo y junio del presente año.

Para determinar los datos finales se hizo un comparativo del riesgo que presentan las personas dependiendo de la actividad que realizan dentro de la instalaciones con las medidas de prevención que se ausentan y que predisponen a que la población pueda Enfermar a causa de estas desatenciones . La ausencia de medidas de prevención contra las enfermedades adquiridas por zoonosis, puede llevar a que las instalaciones del parque papagayo se conviertan en un foco de infección entre la población, un aspecto que compromete las acciones de las instituciones de salud del municipio de Acapulco Gro.

RESULTADOS

A continuación se analizaran los datos obtenidos del estudio sobre las medidas preventivas que llevan a cabo los visitantes y los riesgos al que atribuyen al no seguir medidas de prevención



ESQUEMA 1. REPRESENTACION DEL CONTACTO QUE MANTIENE LOS VISITANTES CON LOS ANIMALES

Con lo representado en el [Esquema 1](#), podemos apreciar que aunque la mayor parte de la población que visita las instalaciones con un 52% no se encuentra en contacto directo con los animales ya sean en cautiverio o no domesticados (sean gatos, patos, ardillas etc.) , el 12 % si lo hace , y un 36 % evita completamente el contacto . Con respecto al 52 % de la población que ha tenido contacto indirecto en lo que se incluyen aspectos como material fecal, pelo, plumas, o algún tipo de factor proveniente del animal.

Con respecto a la frecuencia con la que la población mantiene las medidas de higiene personal como lavado de manos, limpieza y desinfección de las superficies ([Tabla 1.1](#)) donde lleva a cabo sus actividades el 46% del total de los visitantes mantienen de forma continua el uso de medias profilácticas de higiene personal, mientras que el 40 % se mantiene con ignorancia de la prevención ya que nunca llevan a cabo medidas de higiene.

	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	23	46.00
Nunca	20	40.00
En ocasiones	7	14.00
Total	50	100.00

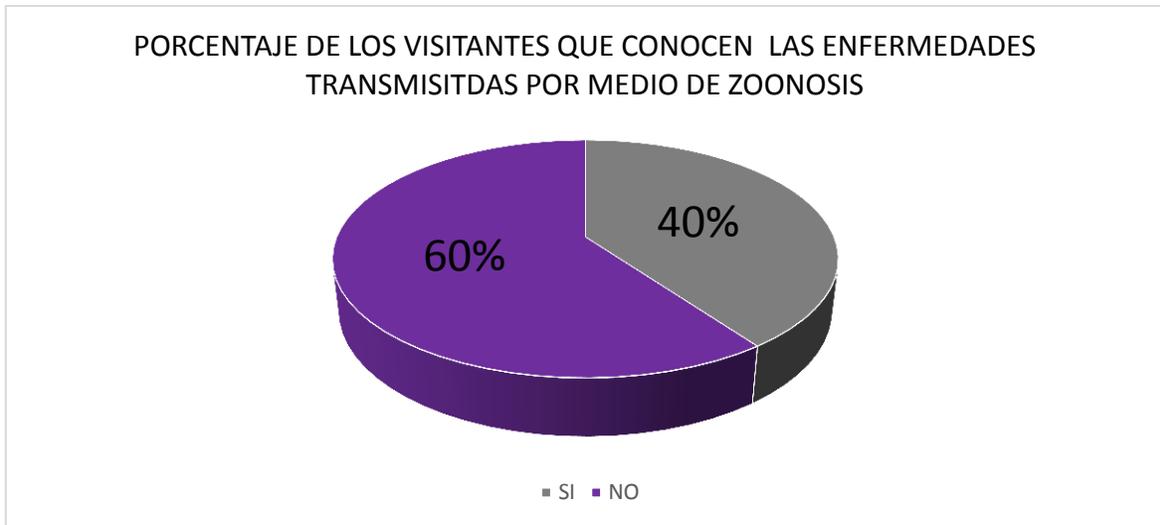
TABLA 1.MANTENIMIENTO DE MEDIDAS SANITARIAS POR LOS VISITANTES

En la [Tabla 1.1](#) se aprecian la frecuencia de la cantidad de visitantes que ha tenido contacto en algún momento de su estancia en el lugar con las heces de animales en su mayoría heces de gatos. Un 54 % de la población que visita las instalaciones ha mantenido contacto con las heces animales, en su mayoría gatos que se encuentran en abundante descontrol en las instalaciones del parque papagayo siendo este un gran mecanismo de transmisión de enfermedades zoonóticas, y un factor predisponente a la adquisición de una enfermedad.

	Frecuencia	Porcentaje %
Si	27	54.00
NO	23	46.00
Total	50	100.00

TABLA 1.1 CONTACTO DE LOS VISITANTES CON LAS HECES ANIMALES

Por último en el [Esquema 1.1](#) se muestra el porcentaje de la población que tiene conocimiento sobre las enfermedades zoonóticas siendo con un 60% la población visitante ignorante sobre cuáles son las enfermedades zoonóticas y un 40 % que sí reconocen dichas enfermedades, y es la población que mantiene medidas de higiene necesarias para evitar algún tipo de infección.

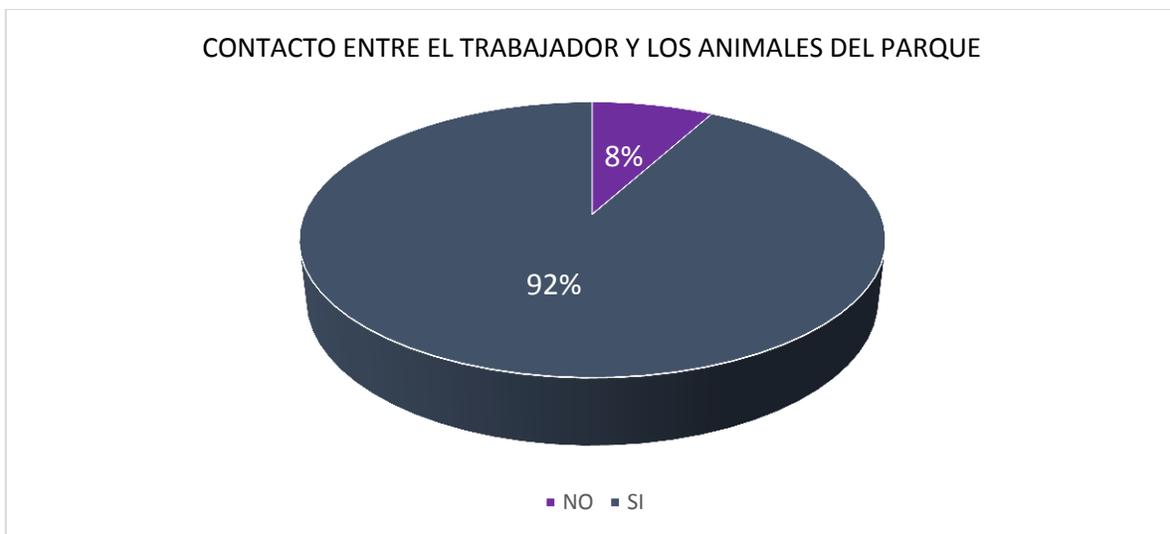


ESQUEMA 1.1. PORCENTAJE DE LOS VISITANTES QUE CONOCEN LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION POR ZONOSIS.

Realizando un comparativo las personas que visitan el parque papagayo, si bien no mantienen medidas de higiénicas y de prevención personales, es porque no reconocen cuales zona las enfermedades y los riesgos a los que están expuestos.

A continuación se analizaran los resultados obtenidos en la realización de la evaluación a los trabajadores de las instalaciones del parque papagayo.

Durante el desarrollo de las actividades laborales de los trabajadores, se encontró que el 92 % del total, mantienen contacto ya sea directo o indirecto con los animales ya sea en cautiverio o ambulantes sea cual sea su área de trabajo el contacto existe. ([Esquema 2](#))



ESQUEMA 2. CONTACTO ENTRE EL TRABAJADOR Y LOS ANIMALES DEL PARQUE PAPAGAYO

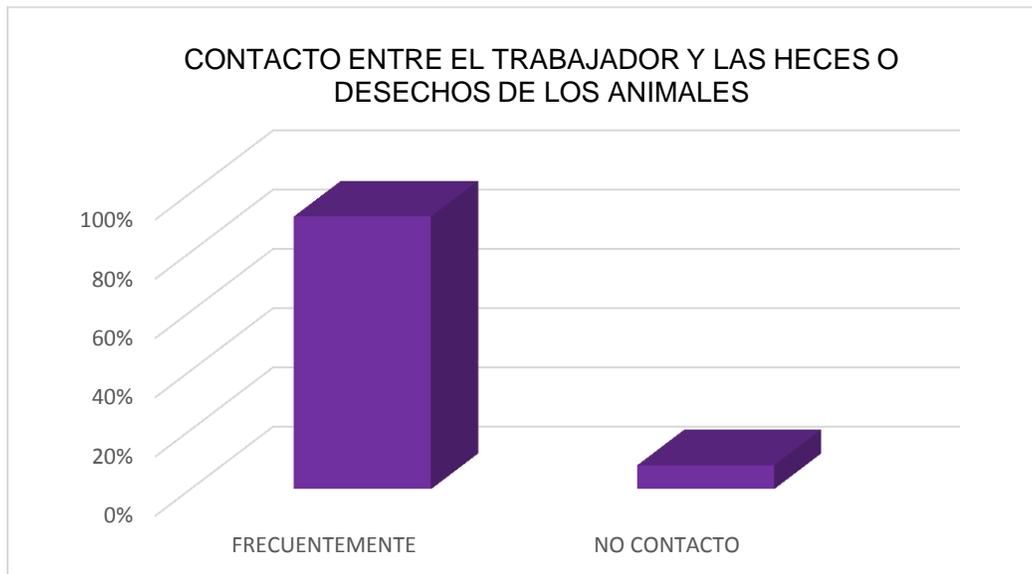
Se evaluó también si para llevar a cabo las actividades laborales se les impartió alguna plática de medidas preventivas que deberían tener con el manejo de desechos animales, o bien con su propia

persona (tabla 2) y encontramos que el 70 % de los trabajadores labora sin conocimiento sobre las medidas de prevención por el contacto con los animales y sus desechos por falta de información al respecto.

	Frecuencia	Porcentaje %
NO	9	70%
SI	4	30%
Total	13	100 %

Tabla 2. RECIBIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA LLEVAR A CABO LABORES DE LOS TRABAJADORES DEL PARQUE PAPAGAYO

En el Esquema 2.1 se demuestra que los trabajadores frecuentemente están en contacto con las heces y desechos de los animales en un 92 % y mencionan un gran número de heces de Gatos que se encuentran dentro del parque papagayo.



ESQUEMA 2.1 CONTACTO ENTRE EL TRABAJADOR Y LAS HECES O DESECHOS DE LOS ANIMALES

Con respecto a la relación de que los trabajadores mantengan un frecuente contacto con las heces animales y así, se predisponen a el riesgo de enfermar por alguna de las enfermedades transmitidas por zoonosis ya que para llevar a cabo sus actividades, no utilizan ninguna medida de prevención contra el riesgo al que se exponen.

Con respecto a la evaluación a las medidas preventivas y cuidados que se tienen con los animales en cautiverio, en el momento que llegaron los animales al parque fueron supervisados por el veterinario, siguen los estatutos conforme la ley federal de sanidad animal, el aseo y la limpieza del animal en cautiverio es frecuente y cumplen con su programa de desparasitaciones internas y externas.

El personal al cuidado de los animales en cautiverio tiene el conocimiento sobre las enfermedades que la falta de las medidas preventivas en el manejo de los animales puede llegar a presentarse. Dichas medidas como la manera de tratar al animal enfermo, el desecho al drenaje de los residuos del animal y demás medidas sanitarias después de tratar y manipular al animal nos arrojan un factor protector en relación a la capacidad de las enfermedades de producirse a partir de los animales en cautiverio.

Cabe mencionar que las personas a cargo del cuidado animal en cautiverio ignoran la cantidad de gatos ambulantes que se encuentran en las instalaciones, dicha población de gatos no está controlada, y tampoco han pensado en soluciones para disminuir el riesgo que se pueda establecer un foco de infección, a partir del número descontrolado de gatos.

DISCUSIÓN

Hablar de medidas preventivas no solo incluye aquellas que se conocen si no también todas aquellas que se llevan a cabo, así en conjunto las medidas de prevención deben si se conocen, practicarse de manera adecuada, en beneficio de nuestra propia salud.

Con respecto a las personas que visitan las instalaciones del parque papagayo podemos decir que en varias ocasiones la población se ha expuesto, pero si se ha expuesto es porque no estuvo prevenido, es por ello que se evaluó también el conocimiento sobre las enfermedades que corre el riesgo de contraer a partir del contacto directo o indirecto con los desechos y heces animales el resultado nos arrojó que en su mayoría la población de Acapulco no conoce dichos riesgos, entonces no ve la necesidad de prevenirse de ello.

Con respecto a la salud del trabajador que en cuestión de prevención está en riesgo ya que su salud se ve atentada día con día, cada vez que entra en contacto con las fuentes de infección. Las estancias de los animales en cautiverio se encuentran en buen estado, el manejo sanitario y de salud de los animales parece ser el indicado.

Pero cabe mencionar la cantidad, inmensa de gatos no domesticados que se encuentran dentro de las instalaciones, y que es una situación que no está controlada, y a la que poca importancia se le ha dado ya que el gato es un transmisor de varias enfermedades que se pueden adquirir por zoonosis y que pone en riesgo la salud de la población en Acapulco. Situación que podría preestablecer un foco de infección de enfermedades zoonóticas.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos entonces podemos comprobar que en materia de salud y blindaje epidemiológico el parque papagayo, no cuenta con las medidas de prevención para evitar que la población y sus trabajadores no corran el riesgo de adquirir una enfermedad zoonótica.

El parque papagayo de Acapulco no cuenta con las medidas de prevención ni vigilancia epidemiológica para evitar la predisposición de un foco de infección dentro de las instalaciones y que en algún momento puede atentar contra la salud de la población de Acapulco.

Dicha situación, involucra de manera importante a las instituciones de salud del municipio de Acapulco ya que de no establecerse un programa de prevención y de vigilancia epidemiológica dentro de las instalaciones del parque papagayo, se predispone a la formación de un posible foco de infección, y que en algún momento atente contra la salud de la población del municipio de Acapulco y se convierta en un serio problema de salud pública.

PROPUESTAS

Las instituciones de salud del municipio deberían implementar un programa de prevención y vigilancia epidemiológica dentro de las instalaciones del parque papagayo y de esta manera reducir los riesgos que la falta de medidas preventivas representa para la población. Dentro de dicho programa se deberá incluir la participación de la población, dándole a conocer las enfermedades y los riesgos que conlleva la falta de prevención.

BIBLIOGRAFIA:

1. Organización panamericana de salud : **Enfermedad del virus del Ebola ,implicaciones en las Américas .OMS:155**
2. Raúl Vargas García: **zoonosis emergentes y reemergentes y su riesgo potencial en México. sin editorial.2014,1 : 01-15**
3. Secretaria de salud: **NOM para la vigilancia epidemiológica. Diario oficial de la federación. 1999,1 :01-24**
4. Salim Mattar. **Ebola ¿Qué tan lejos estamos?. Revista cordoba.2014 , 19(3): 24**
5. Sergio Monroa Pérez: **Ebola y medicina respiratoria. Nennol Cir tórax. 2014,73: 168-171**
6. Pierre formenty: **Ebola virus disease. 2014,1. 121-142**
7. Victoriano Garza: **epidemia de Ebola 2014. Culcyt. 2014, 1: 03**
8. Angel Amorin Javier: **Enfermedad del virus del Ebola y la sanidad ambiental. Revista de salud ambiental. 2014,14: 131-134**
9. P.Bres: **medidas de salud pública en emergencias causadas por epidemias. 1987, 1. 48**
10. 10 Mario L. Avila : **Ebola amenaza global, 2014, 3: 1-6**
11. Carlos cabello: **zoonosis con reservorios silvestres. Revista médica de chile. 2008. 136: 385-393**
12. Walter Ledermann: **Ebola: joven y corta historia de un joven virus. Revista médica de chile. 2003.1 :113-114**
13. Raul E. Vargas : **Aspectos epidemiológicos de las zoonosis departamento de salud pública , 2010, 1: 01-15**
14. Fernando Perdo: **Ebola pánico con sentido. Revista biomedic. 2014,25: 107-109**
15. Luis Anaya Velarde: **Situación del brote del Ebola en África Occidental. UNAM. 2014, 57 :7-6**
16. Dirección general de salud pública: **EVE servei De epidemiologia. 2014,01. 01-19**
17. Mercedes Juan López. **manual de preparación y atención de casos de la EVE. Secretaria de salud. 2014. 1 :46**
18. Consejería de sanidad y asuntos sociales: **Procedimientos de actuación frente a casos sospechosos y confirmados de EVE. Costilla Macha 2014.1: 01-20**
19. Centro de coordinación de alertas y emergencias sanitarias: **procedimientos de actuación frente caos sospechosos de EVE. Secretaria general de Sanidad.2014, 1 : 01-14**
20. Ricardo Lamberghini: **procedimientos de actuación frente a casos sospechosos de Ebola. Hospital Rawson. 2014, 1: 1-35**
21. Secretaria general de calidad, innovación y salud pública: **Procedimiento de actuación frente a casos sospechosos y confirmados de la EVE en relación con el brote en África Occidental. consejería de slud y políticas sociales .2014. 1: 1-28**
22. Dirección general de salud pública **protocolo de actuación en casos sospechosos de la EVE. Generaliata valenciana. 2014,2 : 1-36**
23. Judit Martinez Abreu: **respuesta internacional e información científica constante por una epidemia preocupante el virus del Ebola. 2014. 1 : 1-13**
24. Victoriana Garza Almanza: **Ebola impacto ambiental y nuevas enfermedades: universidad Autónoma de ciudad Juárez .1994. 1: 01-12**
25. Teodora terrada bravo. **Toxoplasmosis y parasitosis reemrgentes.del nuevo milenio. Rev. Mex Pat Clin .2005 ; 52(3): 151-162**
26. AMA Luna, CLP Moles: **Leptospirosis canina un problema de salud en México. Revista de salud animal. 2008; 30(1): 1—11**
27. V. García –Patos Briones: **Escabiasis. 2006; 1(1): 159-163**

28. Llamas López Leonardo, Orozco Eduardo. **Rabia; infección viral del Sistema nervioso central.** Revista Mex. Neurociencia. 2009; 90(3): 212-219
29. Z.S. Pawlowski: **Infección y anemia por Anquilostoma.** OMS. 1992;10(1): 1-106
30. Susana Archelli, Leonora Kozubski: **Toxocara y Toxocariosis.** Bloquim Clin Latinoam. 2008;42(3): 379-84

ATENCIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA DE LA PREVENCIÓN Y ACCIÓN ANTE UN DESASTRE NATURAL EN ACAPULCO, GRO. 2015

ÁLVAREZ LOYA DIOSELINA*
DRA. AIDE IBAREZ CASTRO**

RESUMEN

Introducción: En los últimos años en el Estado de Guerrero se ha visto afectado por desastres naturales, los cuales han causado daños a miles de familias principalmente las que residen en zonas de la costa, siendo así la población más expuesta a estos; cuyos daños no solo se han visto reflejados física y psicológicamente en la población.

Objetivo. Identificar las características de las atenciones a la Salud de la población por el personal responsable en los Centro de Salud en las zonas de riesgo.

Material y Métodos. Se estudiaron 4 Centros de Salud en los cuales 17 trabajadores aceptaron participar en el estudio, los cuales fueron elegidos por ser personal que brindo las atenciones a la comunidad en el último desastre natural "Huracán Ingrid y Manuel"

Las variables estudiadas fueron: organización del personal y los recursos para momentos de desastre, actualización sobre desastres y daños a la salud, la existencia de un programa de desastre. A través de un estudio observacional descriptivo. Utilizando para dichas mediciones la "Evolución preliminar de los daños y análisis de las necesidades en la salud mental y comunitaria" de la Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres de la Organización Panamericana de la Salud.

Resultados. Los Centros de Salud que se encuentran en zonas de alto riesgo a desastres no se encuentran organizadas adecuadamente, además de no contar con los recursos y la información suficiente para poder capacitar a la comunidad a cargo como una excelente herramienta de acción para la prevención y acción ante la situación de desastres naturales.

Conclusión: La deficiencia en la atención a la salud biopsicosocial de la población afectada por desastres naturales va a deberse por la desactualización y la mala organización del personal activo de Salud de Primer Nivel para la toma de acciones preventivas ante esta situación.

Un nivel de preparación adecuado puede ser esencial para salvar vidas y medios de vida ante los riesgos asociados a los peligros naturales, logrando aumentar la eficacia de la capacidad de respuesta ante estos eventos.

Palabras Claves: Desastre, Riesgo, Eficacia, Centro de Salud, Protección, Salud Mental y Física.

INTRODUCCIÓN

Según el Dr. Avedis Donabedian (Profesor Emérito de Salud Pública por la Universidad de Michigan), se define como calidad de atención médica a la "*Calidad en el grado en que los medios más deseables se usan para alcanzar las mayores mejoras posibles*"; aunque según el Dr. Ruelas (Presidencia de la Sociedad Latinoamericana de Calidad de la Atención a la Salud), está se define como "*La calidad de una combinación de beneficios con los menores riesgos posibles*"¹. Siendo así los servicios de Salud en Atención Primaria son los responsables de la atención de la salud biopsicosocial de la comunidad cuando se encuentran afectados a causa de los desastres naturales, por lo cual se busca implementar acciones para la protección y cuidado de la salud mental, física y social de la población en riesgo.

Esta investigación evalúa el grado de los beneficios y servicios de atención médica y psicológica que el paciente, tiene a disposición por parte de la Secretaria de Salud (SSA) en el servicio de atención primaria antes, durante y después de un desastre natural en la misma zona de desastre que residen.

Las áreas de mayor riesgo en el Municipio de Acapulco corresponden en su mayoría a la zona Diamante. En septiembre de 2013, el Director de Protección Civil de Acapulco, explicó: "*se han considerado 62 zonas inundables, la zona oriente que es a donde se generaron los problemas de inundación correspondiente a la zona Diamante; estos eventos surgieron porque no se han respetado principalmente los ríos, los cauces, arroyos, en los asentamientos que existen y que a la fecha son demasiados, nos dimos cuenta que rebasan las tres mil familias en asentamientos irregulares*".¹⁶.

En septiembre de 2013, se reportaban alrededor de 70 mil viviendas afectadas por inundaciones en el Puerto de Acapulco. De ellas, 50 mil se ubican en la zona oriente, principalmente en las áreas catalogadas en el Atlas de Riesgo como zonas inundables.^{16, 17}.

El Atlas de Riesgo, marca como zonas susceptibles a inundaciones a las áreas cercanas a las lagunas de Tres Palos y Negra de Puerto Marqués, así como las márgenes de los ríos Colacho y el de La Sabana. Pese al peligro, en esas zonas se construyeron asentamiento como Tunzingo, Llano Largo, La Poza, La Zanja, Cayaco, La Frontera, Nueva Revolución, La Sabana, El Quemado así como decenas de fraccionamientos de la zona Diamante.^{12, 18}.

A la fecha, Protección Civil de Acapulco tiene contabilizadas a más de 14 mil personas en el puerto habitando en zonas de riesgo.²

Las distintas zonas de desastre que se tomaron en cuenta durante la evaluación y cantidad de personas correspondientes que las habitan pertenecientes a la Ciudad de Acapulco de Juárez fueron las colonias, Puerto Márquez (3335 habitantes) , Alfredo V. Bonfil, Barra Vieja (772 habitantes) y Llano Largo (3500) que se encuentran principalmente cerca de la zona costera y se vieron afectadas principalmente por inundaciones, destrucción de viviendas y otras pérdidas materiales, así como la falta de atención médica y apoyo en el ámbito psicológico.^{11, 12, 13}.

Entre los trabajadores de la salud que se encuentran en la atención médica de primer nivel y que fueron evaluados respectivamente se encuentran: Médicos Generales, Enfermeras, Promotoras de Salud, Trabajadores sociales, Médicos pasantes del servicio social, Psicólogos, Odontólogos, encargados de farmacia y estudiantes de medicina que se encontraban laborando en cada unidad cuando la Tormenta Tropical "Manuel y el huracán "Ingrid" entraron al territorio del Estado de Guerrero en septiembre de 2013.

En los Centros de atención medica de primer nivel de la región oriental de Acapulco Guerrero., la calidad de atención médica y psicológica se presenta deficiente ante los desastres naturales, como lo fue en el más reciente evento en Septiembre del año 2013, cuando México experimentó de manera simultánea la entrada del Huracán categoría 1 "Ingrid" por el Golfo de México y la Tormenta Tropical "Manuel" por la costa del Pacífico, "Afectando hasta un 75% de municipios del estado de Guerrero, 59000 personas evacuadas, 52433 en albergues, 139 fallecidas, 53 desaparecidas y 35 heridas aproximadamente" ^{3, 14}. Así como las miles de personas que fueron salvadas por la evacuación oportuna debido a afectaciones importantes en sus hogares; la mayoría de estos casos reportados en Chilpancingo y Acapulco. ⁴

Según informes del entonces Gobernador de Guerrero, Ángel Aguirre Rivero (2011-2014), la tormenta tropical Manuel tuvo mayor incidencia de daños quite el huracán Paulina, esto basándose en el porcentaje de la entidad afectada.⁵

METODOLOGÍA

El tipo de estudio que se realizó fue observacional transversal, descriptivo.

En el año del 2013 en el mes de septiembre llegaron las tormentas Ingrid y Manuel que mostraron un impacto negativo hacia 59 de los 81 municipios que conforman el estado de Guerrero^{11, 13, 18}. En Acapulco de Juárez las colonias, Puerto Márquez, Bonfil, Barra Vieja y Llano Largo, entre otras fueron unas de las más afectadas por las lluvias e inundaciones, lo que mostro que para este tipo de desastres la mayor parte de la población no está preparada ante un desastre natural, ocasionándole un daño físico y mental, lo cual se considera un problema de salud.

Este estudio fue desarrollado dos años después de estos hechos ocurridos, con el fin de analizar la resiliencia y los efectos psicológicos pos-desastre causado a la población por desastres naturales en el estado de Guerrero, especialmente en las colonias de Acapulco. Se incluyó a cuatro centros de salud, con un total de 17 trabajadores que aceptaron participar en el estudio.

La evaluación fue realizada por el grupo responsable de esta investigación. El apoyo por parte del personal de salud de las colonias afectadas donde participaron todos los trabajadores fue de forma voluntaria, permitiendo la aplicación de 17 encuestas.

La encuesta consto de 64 preguntas con diversos apartados los cuales incluyeron:

- ❖ Factores de riesgo a daño psicológico ante un desastre
- ❖ Factores protectores a daño psicológico ante un desastre
- ❖ Listado de recursos disponibles en la comunidad:
 - Humanos
 - Materiales
 - Económicos
- ❖ Listado de necesidades de la comunidad:
 - Psicosociales
 - Institucionales
- ❖ Identificación de prioridad en salud mental

Las diferentes variables permiten un conocimiento preliminar del impacto del desastre y tratan de identificar las necesidades más inmediatas, ofrece una apreciación global de tipo cualitativa y que puede ser diligenciado rápidamente. Este formulario se ha diseñado de tal manera que no ocupa más de dos páginas; de esta forma, se trata de simplificar y agilizar el mecanismo de recolección de información que debe ser llevado a cabo por personal de salud. Otro principio es que los aspectos considerados están descritos en un lenguaje sencillo y común, se hace difícil establecer criterios muy cerrados para problemas cuya evaluación depende mucho de las circunstancias y de la apreciación subjetiva (más que de una medición de acuerdo con los estándares). Consiste de un listado de factores de riesgo a los que está expuesta la comunidad afectada, los factores protectores de que dispone, un inventario de recursos y el grado de resolución de las necesidades básicas, psicosociales e institucionales. Es una lista de verificación en términos de afirmaciones que se califican de acuerdo con la percepción del personal de salud del nivel primario, marcando en la casilla correspondiente.^{7, 8, 9, 10.}

Para medir las diferentes variables se utilizó, La evaluación rápida de la situación de salud mental después de un desastre o emergencia es parte del EDAN de salud.^{8, 10.}

Se constituye en una herramienta que facilita definir, con la mayor objetividad posible, las acciones prioritarias e inmediatas que se requieran en este campo. Incluye el registro cuantitativo y cualitativo de la localización, extensión y gravedad de los efectos psicosociales que produce el acaecimiento; implica, también, determinar la situación de los servicios de salud mental y su capacidad funcional de respuesta.^{8, 10.}

Primeramente nos presentamos, se les explico el objetivo del estudio, el uso de los resultados; en caso de que estuvieran de acuerdo se les proporcionaba una encuesta.

La encuesta fue llenada de forma privada y auto administrada.

Los resultados se procesaron y digitalizaron a una base de datos en Microsoft Excel, en apoyo del programa de análisis estadísticos SMALL STATA 12.0, tomando cada pregunta como una variable dependiente.^{7, 9.}

Antes de cualquier evaluación a realizar, se leyó y firmó el consentimiento informado cada persona encuesta, con la finalidad de respetar la autonomía de la persona entrevistada en relación a la investigación realizada.

Los datos proporcionados se mantendrán en anonimato por lo cual no se solicitó su nombre más que su cargo para la protección de la integridad del personal, así personas ajenas al equipo no podrán alterar los datos o usarlos para dañar la integridad de los participantes.

Para determinar el tamaño de la muestra de esta investigación, se emplea la fórmula aleatoria simple, con un margen de error (E) de un 5%, una confiabilidad (Z) del 95%, con las variables positiva (p) y negativa (q) de 0.5 y una población total (N) de 22; dando como resultado un tamaño muestral (n) de 17 personas a estudiar, divididas equitativamente entre las 4 colonias, por tanto, se estudiarán a 4 personas elegidas al azar por cada una de las colonias ya mencionadas. Todo esto calculado de la siguiente manera:

$$n = \frac{NZ^2pq}{NE^2 + Z^2pq} \qquad n = \frac{84.5152(0.25)}{0.22 + 0.9604}$$

$$n = \frac{22(1.96)^2(0.5 * 0.5)}{(22)(0.01)^2 + (1.96)^2(0.5 * 0.5)} \qquad n = \frac{21.1288}{1.1804} = 17$$

$$n = \frac{22(3.8416)^2(0.25)}{18(0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos, nos muestran una imagen de que los Centros de Salud localizados en zonas de alto riesgo a desastres por inundaciones, no cuentan con la organización adecuada ante una situación de esta magnitud, además de no contar con los recursos tanto económicos como materiales, con una información insuficiente para poder capacitar a la comunidad a cargo, lo cual es deficiente para la prevención y acción ante los desastres naturales. (Imagen 1).

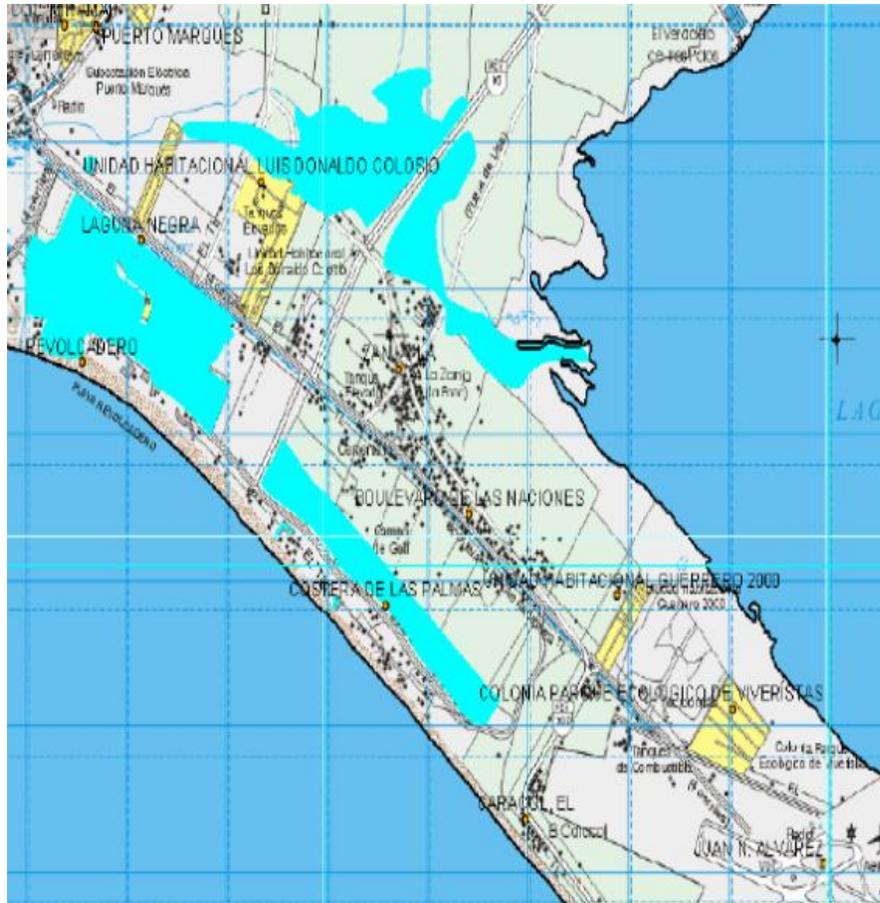


Imagen 1. Zonas de riesgo por inundación en la región oriental de la zona urbana del municipio de Acapulco Guerrero. ¹⁸

Las encuestas realizadas en los Centros de Salud fueron exactamente las esperadas, con una distribución del personal analizado de adecuado a su localización en los ya mencionados Centro de Atención Médica.

LUGAR	ENCUESTAS	PORCENTAJE
<i>CENTRO DE SALUD 1</i>	8	47 %
<i>CENTRO DE SALUD 2</i>	1	6 %
<i>CENTRO DE SALUD 3</i>	3	18 %
<i>CENTRO DE SALUD 4</i>	5	29 %
TOTAL	17	100 %

Tabla 1. Distribución porcentual de Trabajadores evaluados de primera atención médica.

Entre el personal estudiado se encuentran Médicos Generales, Enfermeras, Médicos Pasantes, Psicólogo, Odontólogo, Promotores de Salud, Encargados del Servicio de Farmacia y un Estudiante de Medicina.

CARGO DE LOS ENTREVISTADOS	FRECUENCIA
<i>MEDICO GENERAL</i>	4
<i>ENFERMERA</i>	5
<i>PASANTE DE MEDICINA</i>	2
<i>PSICÓLOGO</i>	1
<i>ODONTÓLOGO</i>	1
<i>PROMOTOR DE SALUD</i>	1
<i>ENCARGADO DE FARMACIA</i>	2
<i>ESTUDIANTE DE MEDICINA</i>	1

Tabla 2. Profesionales evaluados en el proceso de atención médica y psicológica.

La mayoría de los centros de salud carecen de la disponibilidad de la organización previa al desastre, además de la marcada carencia de personal capacitado en salud mental. Como lo expresa en la Tabla 3.

Cabe mencionar que solo un Centro de Salud cuenta con el apoyo para el cuidado y atención primaria de la Salud Mental de manera fija, con lo cual se puede y logra una mejor atención a la comunidad; el resto de estas instituciones, hacen uso de evaluaciones y pruebas como son: Escala de Depresión, Deterioro Cognoscitivo y Estado Mental del Anciano (IQCODE, FOLSTEIN), Cuestionario de Conducta (CONNERS) y Herramienta de Detección de Violencia Familiar, exponiendo que los pacientes que requieran una atención especializada deberán ser trasladados a un segundo nivel de atención de salud.

FACTORES PROTECTORES	DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
<i>Organización Previa</i>	29 %	71 %
<i>Personal Capacitado En Salud Mental</i>	6 %	94 %
<i>Servicio Social Disponible</i>	65 %	35 %
<i>Programa Externos De Ayuda</i>	35 %	65 %
<i>Ayuda Gubernamental</i>	94 %	6 %

Tabla 3. Disponibilidad de programas y servicios ante un desastre.

Además se registraron datos que dan a conocer que, después del desastre las atenciones médicas y psicológicas son reforzadas con brigadas temporales que realizan atenciones biopsicosociales, que por el carácter temporal la cobertura de atención no corresponde con la población afectada haciéndolas poco eficientes, esto por la falta de seguimiento hasta llegar a las altas sanitarias. Tabla 4.

RECURSOS HUMANOS	TOTAL
<i>Psicólogo</i>	13
<i>Psiquiatra</i>	0
<i>Medico en salud mental</i>	16
<i>Enfermera en salud mental</i>	31
<i>Trabajador social</i>	33
<i>Terapista</i>	2
<i>Estudiantes</i>	21

Tabla 4. Refuerzos de los recursos humanos en pos-desastre

En cuanto la disponibilidad de los recursos materiales y económicos se obtuvieron resultados que muestran carencia de elementos importantes como son los medicamentos y los servicios de salud mental, del mismo modo la mayoría de los centros de salud estudiados no cuentan con un fondo monetario para ser usado en acciones necesarias de salud de la población afectada. Tabla 5.

		DISPONIBLE	AUSENTE
RECURSOS MATERIALES	Fármacos	41 %	59 %
	Juegos/Juguetes	41 %	59 %
	Servicio de salud mental	53 %	47 %
RECURSOS ECONÓMICOS	Fondos para acciones de salud	18 %	82 %

Tabla 5. Disponibilidad de recursos materiales y económicos a los Centros de Salud pos-desastre.

Cabe resaltar que respecto al seguimiento para la Capacitación del Personal Activo de Primer Nivel para la acción ante situación de desastre, se concentra en la tabla 6. Como puede verse, anteriormente se capacitaba al personal con algunos cursos, conferencias y otro medio de comunicación, aumentando estas acciones en el periodo después de la tormenta tropical Ingrid y Manuel, observando que después de la contingencia, las capacitaciones decaen, y la actualización de la información para mejorar las acciones de prevención y acción.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ACTIVO DE PRIMER NIVEL DE SALUD

	CURSOS	TALLERES	CONFERENCIAS	OTROS
<i>ANTES DEL 2013</i>	29.4%	0%	5.8%	11.7%
2013	11.7%	17.6%	11.7%	5.8%
2014	0%	0%	11.7%	17.6%
2015	0%	0%	0%	0%

Tabla 6. Capacitación del personal de primer nivel.**DISCUSIÓN**

Hablar de desastre naturales es un tema de gran interés del cual no se conocen artículos relacionados a este, por lo cual se han tenido dificultades para la obtención de dicha información.

Los desastres naturales como son las tormentas tropicales, huracanes e inundaciones son problemas de gran relevancia que afectan a las costas de Guerrero, siendo de importancia, debido a que la mayoría de la población se encuentra habitando en zonas de alto riesgo o áreas que pueden convertirse en causas de desemboque de aguas hacia el mar, pese a esto, se niega la población a cambiar su ubicación, porque no cuentan con los recursos económicos para iniciar una nueva infraestructura en una zona segura, o debido a que, por situaciones sentimentales a esta misma se niegan a abandonarlas.

De acuerdo al concepto de Salud según la Organización Mundial de la Salud, es el estado completo de bienestar físico y social de una persona, la salud tiene que ver con el medio ambiente que rodea a esta, considerando sus componentes que determinan el estado de salud: la adaptación al medio, el estado de equilibrio fisiológico, alimentación saludable y la perspectiva biológica y social equilibrada, donde un incumplimiento de estos generara el estado de enfermedad.^{4, 6.}

Para lograr este estado en las personas que son víctimas del desastre, es necesario diagnosticar, evaluar y dar el tratamiento adecuado a sus necesidades de estas mismas, considerando los servicios más indispensables acorde a su edad, sexo y grado afectación en la salud. Las dificultades que se presentaron para la toma y recolección de datos fueron complicadas y variadas, causando que el equipo de investigación realizara varias visitas a estos Centros de Salud; entre las principales se encuentran:

- El personal de salud no se encontraba completo en horario y turno asignado.
- La inseguridad a la que se sentían expuestos el personal estudiado, creyendo que su información seria usada con represarías hacia ellos, negándose a ampliar la información requerida.

- La inseguridad expuesta al equipo de investigadores, ya que en algunas localidades también son víctimas de la inseguridad social.
- La falta de conocimiento para la localización exacta del centro de salud, retardando la realización del trabajo.
- La falta de intervención donde elementos del personal no laboraron en el periodo en que ocurrió el desastre. Estas personas no fueron interrogadas, ni se usaron como muestra del trabajo realizado.

Independientemente de las dificultades ya mencionadas para el desarrollo de esta investigación ya mencionada, el sistema de salud en su primer nivel de atención requiere de mayor administración, supervisión, evaluación y avances en la planificación de las soluciones tomando en consideración la actualización de su personal en el tema de desastre para poder dar satisfacción a la necesidad de una mejor vida de los miembros de su responsabilidad en la comunidad y no permitir que los procesos de vida de la población afectada por desastre evolucione con depresión, alteración de la personalidad, alteraciones emocionales, desencadenamiento de procesos psicopatológicos, biseralización por procesos de estrés postraumático, etc. Teniendo un impacto negativo de la vida en sociedad de estas comunidades afectadas.

CONCLUSIÓN.

La evaluación de la salud de una persona que ha sido participe de un desastre natural, deben ser analizados de forma física, mental y social, contemplando los puntos débiles y fuertes de estas mismas, su ambiente antes, durante y después de la afección, así como también los contactos sociales y el apoyo que recibe, todo esto con la finalidad de evitar un trauma psicológico y a su vez un problema reflejado en la salud física, esto con la finalidad de dar un tratamiento individualizado y adecuado a cada caso presentado.

Cabe resaltar que la deficiencia de la preparación adecuada por parte del personal activo de Salud de Primer Nivel, juega un papel muy importante, al no contar con la información actualizada y los recursos para actuar antes, durante y después de un desastre. No obstante, un nivel de preparación adecuado puede resultar esencial para salvar vidas y medios de vida ante los riesgos asociados a los peligros naturales, logrando aumentar la eficacia de la capacidad de preparación ante estos eventos.

PROPUESTAS.

Una comunidad que emerge de una catástrofe es distinta respecto a la que fue antes del evento. El desastre que se vivió en las zonas del oriente de Acapulco, representa un acontecimiento importante para la población, que se ha de mantener en la memoria colectiva construyendo y reconstruyéndose al paso del tiempo. Cualquier desastre es un proceso social conformado por experiencias individuales y compartidas que se inserta en el devenir de la comunidad.

Se pretende que con apoyo de las organizaciones especialistas en desastre, capaciten no solo a la comunidad en riesgo, sino también a los encargados del área de la salud, para que de esta manera se logre prevenir y actuar ante situaciones de desastres que puedan incurrir en la comunidad a su cargo.

Es necesario mencionar, que el conocimiento de las representaciones sociales sobre el riesgo y el desastre hace que los sujetos construyan ideas preventivas con las que actuarán e implementarán estrategias adecuadas a sus condiciones físicas y sociales, tanto a nivel individual como familiar y colectivo en situaciones de riesgo y/o desastre.

Además, la generación de un fondo monetario para cubrir las necesidades de primera instancia de la misma población, a la cual no le cubran los recursos gubernamentales en tiempo y forma, para así evitar mayor deterioro a la atención de los afectados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorena Elizabeth González Medécigo y Esperanza Guadalupe Gallardo Díaz; "CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA: LA DIFERENCIA ENTRE LA VIDA O LA MUERTE"; Revista Digital Universitaria; 1 de agosto 2012 • Volumen 13 Número 8 • ISSN: 1067-6079.
2. <http://noticieros.televisa.com/mexico/1310/marcan-62-zonas-peligro-inundaciones-acapulco/> CONSULTADO: 19/06/2015. HORA: 13:50:40
3. http://www.agua.unam.mx/boletines/pdfs/ingridmanuel_oct13.pdf CONSULTADO 28/06/15. HORA 18:56:30
4. SAGARPA (2013). "HURACÁN MANUEL: 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2013". "TEMPORADA DE HURACANES". Climatología fitosanitaria. N° 23. p.p. 1- 3.
5. Héctor Ledesma; " Paulina vs Manuel: fenómenos devastadores"; Periódico El Universal; Lunes 21 de septiembre del año 2013; Jalisco, México.
6. <http://www.concepto.de/salud-segun-la-oms/> consultado: 10 de junio de 2015. Hora: 16:43:08.
7. Ing. Luis Manfredo Reyes Guatemala (7 de julio del 2011). "*Teoría básica del muestreo*". "*Introducción al muestreo*" Estadística, Matemática y Computación.
8. Corlien M. Varkevisser, Indra Pathmanathan, Ann Brownlee (2011). *Muestreo*. "DISEÑO Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE SISTEMAS DE SALUD". "Elaboración de la propuesta de investigación y trabajo de campo". Editorial Mayol. Edición 1. Módulo 11 (Volumen1) pp 223-235.
9. M. en C. Roberto Hernández Sampieri, Dr. Carlos Fernández Collado, et al. (1991) *¿Cómo seleccionar una muestra?* METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. McGraw-Hill. Edición 1. Capítulo 8.
10. M. en C. Roberto Hernández Sampieri, Dr. Carlos Fernández Collado, et al. (1991). Metodología de la investigación. Capítulos 5. Edición 1. editorial McGraw-Hill.
11. Adriana Covarrubias (Acapulco, Guerrero. Jueves 26 de septiembre de 2013). "Se inundan 11 colonias de Acapulco por lluvias". El Universal.
12. Médicos sin fronteras (17 de septiembre del 2013). "Acapulco: Médicos Sin Fronteras apoya a las poblaciones afectadas por la tormenta tropical Manuel". (2013).
13. Novedades Acapulco (27 de septiembre de 2013). "Nuevas inundaciones afectan a la Zona Diamante de Acapulco".

14. Karla Galarce Sosa (Acapulco, Gro. septiembre 15, 2014). "Abandonadas, cientos de casas de la zona Diamante que afectó la lluvia de 2013". EL SUR, PERIÓDICO DE GUERRERO. Año 22. Época 5.
15. Jorge Rodríguez Mónica Zaccarelli Davoli Ricardo Pérez OPS/OMS; GUÍA PRÁCTICA DE SALUD MENTAL EN DESASTRES. Serie Manuales y Guías Sobre Desastres; Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, © 2006.
16. <http://mexico.cnn.com/nacional/2013/10/13/10-cosas-que-aprendimos-tras-el-paso-de-las-tormentas-ingrid-y-manuel>. CONSULTADO: 16/06/2015. HORA: 20:21:56.
17. <http://mexico.cnn.com/nacional/2013/09/19/manuel-ingrid-lluvias-tormenta-muertos-evacuados-afectados-cifras> CONSULTADO: 16/06/2015. HORA: 20:18:40
18. <http://colegiodearquitectosdeguerrero.org.mx/2b.pdf> CONSULTADO: 19/06/2015. HORA: 13:57:23
19. Oliva Delgado Alfredo; Consejería de Salud; INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL DESARROLLO POSITIVO ADOLESCENTE Y LOS ACTIVOS QUE LO PROMUEVEN; Sevilla; 2011.
20. Caballero, Dora; SALUD MENTAL Y DESASTRES: INTERVENCIÓN EN CRISIS. PAUTAS PARA EQUIPOS DE RESPUESTAS / Carmen Camacho; Rosario Rodríguez; Olga Arnez. La Paz: OPS/OMS, 2006.
21. Organización Mundial de la Salud; PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL 2013-2010. Organización Panamericana de la Salud; 2013.
22. Secretaría interinstitucional de la Estrategia Internacional de Reducción de Desastres (EIRD), Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH); PREPARACIÓN ANTE LOS DESASTRES PARA UNA RESPUESTA EFICAZ; Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 2008.
23. Organización Mundial de la Salud; MARCO DE RESPUESTA A EMERGENCIAS. Organización Panamericana de la Salud; 2013.
24. Ulloa Fernando; MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRE PARA COMUNICADORES SOCIALES; 2011.
25. Naciones Unidas, 2009; UNISDR TERMINOLOGÍA SOBRE REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES; 2009.

26. IASC; GUÍA DEL IASC SOBRE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS HUMANITARIAS Y CATÁSTROFES; 2007.
27. Organización Mundial de la Salud; PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL. Organización Panamericana de la Salud; 2004.
28. Ramón Florenzano, Francisca Dussaillant; INDICADORES DE SALUD MENTAL Y SALUD FÍSICA; Universidad del Desarrollo, Santiago Chile, Mayo 2011.
29. Organización Mundial de la Salud; VOLVER A CONSTRUIR MEJOR. ATENCIÓN DE SALUD MENTAL SOSTENIBLE DESPUÉS DE UNA EMERGENCIA. Organización Panamericana de la Salud; 2013.
30. Toscana Aparicio, Alejandra; IMPACTO DEL HURACÁN PAULINA EN LA POLÍTICA LOCAL DE ACAPULCO; Política y Cultura, núm. 19, primavera, 2003.
31. <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/09/17/919142>; CONSULTADO: 17/06/2015.
HORA: 13:42:18.

PESQUIZAJE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN ACAPULCO GUERRERO 2015.

MICHELLE TORRES PAVÍA *

DRA. AIDE IBAREZ CASTRO **

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema social muy grave para millones de familias y para los sistemas nacionales de salud de todo el mundo. **OBJETIVO:** Analizar la prevalencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor y su relación con factores sociodemográficos y de salud en la población del municipio de Acapulco Gro. **MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo. Se incluyeron a 25 pacientes con desarrollo cognoscitivo leve, moderado o severo, se le aplicó MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL" DE FOLSTEIN" y aquellos que obtuvieron un puntaje menor a 23 se les aplicaron el Test ADAS-COG Escala para la evaluación de la enfermedad de Alzheimer. **RESULTADOS:** Las edades se encuentran en un rango de 65 a 80 años. La mayoría de los sujetos tienen entre 65 y 70 años; aproximadamente 30% tiene entre 66 y 70 años, y sólo una proporción pequeña (2%) tiene más de 75 años, la probabilidad de deterioro cognoscitivo mayor en las mujeres, aumentó con la edad, fue mayor en los sujetos con analfabetismo y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión. El puntaje predominante en "MINIMENTAL DE FOLSTEIN" fue 19- 15 (52%) indicando la presencia de deterioro cognoscitivo, los resultados obtenidos en el Test ADAS-COG, que fue aplicado exclusivamente a sujetos con puntaje menor de 23, del cual el puntaje predominante fue de 23- 33(40%) indicando un estado moderado a grave en la Enfermedad de Alzheimer. **CONCLUSIONES:** La prevalencia del deterioro cognoscitivo en Acapulco Gro, y su relación con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones así como también su tratamiento oportuno en la población adulta mayor.

Palabras clave: envejecimiento; deterioro cognoscitivo; adulto mayor; demencia; analfabetismo.

INTRODUCCIÓN

La demencia se define como el deterioro adquirido en las capacidades cognitivas que entorpece la realización satisfactoria de actividades de la vida diaria. ⁽¹⁾ El Alzheimer es una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados. Por lo general, el paciente empeora progresivamente, mostrando problemas perceptivos, del lenguaje y emocionales a medida que la enfermedad va avanzando. ⁽²⁾ La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema social muy grave para millones de familias y para los sistemas nacionales de salud de todo el mundo.

Es una causa importante de muerte en los países desarrollados, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, lo que hace que esta demencia tenga un impacto tan fuerte en el sistema sanitario y en el conjunto de la sociedad es, sin duda alguna, su carácter irreversible, la falta de un tratamiento curativo y la carga que representa para las familias de los afectados. ⁽³⁾ La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, aunque ello puede variar mucho de un paciente a otro. ⁽⁴⁾ El aumento en la expectativa de vida ha tenido implicaciones importantes para los sistemas de salud en el ámbito mundial.⁽¹⁵⁾ Las proyecciones señalan que, entre 1980 y el año 2050, la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años aumentará 77%.⁽⁵⁾ Con ello se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad entre las que el deterioro cognoscitivo sin demencia y la demencia representan condiciones que afectan de manera directa la salud mental de la población adulta mayor y determinan un mayor uso de los servicios de salud.⁽⁷⁾ El deterioro cognoscitivo sin demencia constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia,⁽¹⁶⁾ si se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión a demencia es de 1 a 2% anual.⁽⁶⁾

Algunas variables sociodemográficas que se han asociado con una mayor probabilidad de demencia son la edad, el género femenino y la baja escolaridad. Asimismo, algunas enfermedades crónicas de la vejez como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardíaca y cerebral,⁽¹⁷⁾ así como hipertensión, han mostrado una fuerte relación con el desarrollo de la demencia por sus efectos directos o indirectos en el estado del cerebro. Estas enfermedades, junto con la cirrosis, constituyen las seis principales causas de mortalidad en la población mexicana.⁽⁸⁾

El análisis de los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México permitirá examinar la importancia que tienen el deterioro cognoscitivo individual y el deterioro cognoscitivo más dependencia funcional en la población mexicana⁽¹⁸⁾, así como la relación que ambos trastornos tienen con algunas enfermedades crónicas características del adulto mayor.⁽⁹⁾

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el mes de mayo del 2015 en el municipio de Acapulco de Juárez en Parque papagayo en las instalaciones de SEDESOL, en el proceso de registro al programa del adulto mayor y con consentimiento verbal a los participantes así como también a sus respectivos familiares, dado que en este lugar se encuentra un gran número de sujetos con los criterios requeridos para el estudio.

Se incluyeron a 25 sujetos con desarrollo cognoscitivo leve, moderado o severo, a los cuales se les informó previamente los objetivos del estudio y aquellos que estuvieron de acuerdo fueron ubicados en una aula asignada para el desarrollo de dicha actividad de forma privada, se le aplicó MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL" DE FOLSTEIN" y aquellos que obtuvieron un puntaje menor a 23 se les aplicó el Test ADAS-COG Escala para la evaluación de la enfermedad de Alzheimer.

Los encuestadores fueron los miembros del equipo investigador, quienes estuvieron presentes todo el tiempo que tomó el llenado de las encuestas, para auxiliar a los participantes para el desarrollo de dichas preguntas y actividades.

Dentro de los criterios de exclusión se encontraron aquellos que no accedieron a participar además de los que presentaron puntaje en MINIMENTAL DE FOLSTEIN mayor a 24.

La encuesta MINIMENTAL FOLSTEIN constó de 11 ITEMS con diversos apartados, los cuales incluyeron datos generales, prueba de orientación, memoria, atención y cálculo, memoria diferida y lenguaje.

El Test ADAS-COG Escala para la evaluación de Alzheimer constó de 11 actividades con diversos apartados, los cuales incluyeron datos generales, recuerdo de palabras, órdenes, denominación de objetos y dedos, praxis constructiva, praxis ideatoria, orientación, reconocimiento de palabras, recuerdo de las instrucciones de la prueba de memoria, capacidad de lenguaje hablado, comprensión de lenguaje hablado y dificultad de encontrar las palabras adecuadas.

Para evaluar ambas encuestas, se sumó el total de puntos obtenidos en las diversas preguntas y actividades para determinar el estado mental de cada sujeto.

MINIMENTAL DE FOLSTEIN:

Resultado de la prueba: menor o igual a 23 algún deterioro cognoscitivo. Mayor o igual a 24 normal.

Test ADAS-COG:

Resultado de la prueba: 0 no hay afectación, 11 leve presencia de una conducta, 22, 33, 44 y 55 corresponden a los grados de leve, moderado y moderadamente grave.

Se definió como persona con algún deterioro cognoscitivo a sujetos que hayan obtenido puntaje menor de 23 en MINIMENTAL DE FOLSTEIN.

La variable de discapacidad cognitiva fue medida mediante MINIMENTAL DE FOLSTEIN. La cual se define como la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce a limitaciones sustanciales en el desarrollo corriente.

La variable Grado de discapacidad mental fue medida mediante Test ADAS-COG. La cual tiene como definición objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género,...).

Los resultados de la encuesta fueron digitalizados en una base de datos Excel, luego del control de calidad se eliminaron las encuestas que no cubrían los requisitos necesarios. El análisis de datos se realizó usando Excel.

RESULTADOS

De un total de 80 adultos de la tercera edad de 60 – 80 años se encuestaron 50 personas (62.5%), de los cuales 25 personas fueron eliminadas por obtener un resultado en **MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL “MINIMENTAL” DE FOLSTEIN** un puntaje mayor de 24, quedando 25 encuestas incluidas.

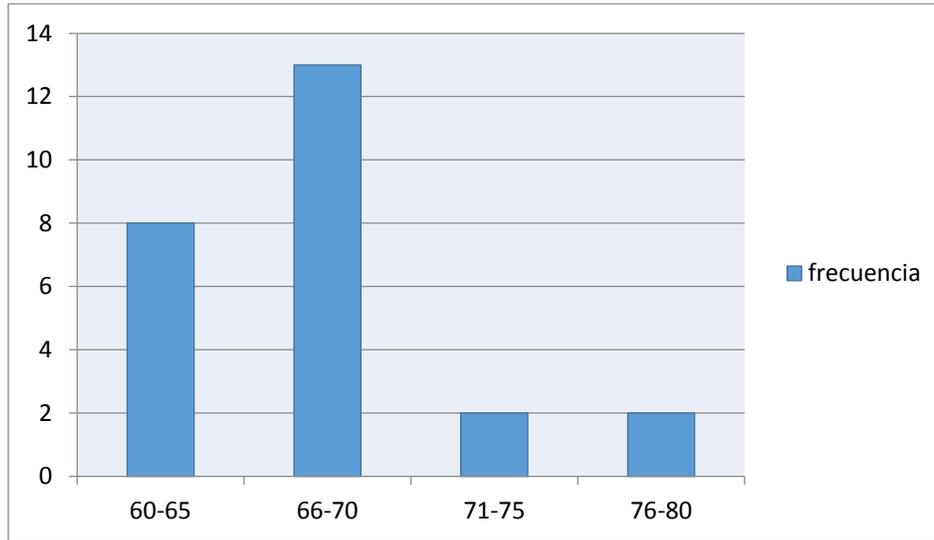


Figura1. Frecuencia de edad de los pacientes estudiados.

Las edades se encuentran en un rango de 65 a 80 años. La mayoría de los sujetos tienen entre 65 y 70 años ; aproximadamente 30% tiene entre 66 y 70 años, y sólo una proporción pequeña (2%) tiene más de 75 años (figura 1).

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES.	
TOTAL	25
SEXO	
MASCULINO	9
FEMENINO	16
EDAD	
60-65	13
66-70	8
71-75	2
76-80	2
NIVEL EDUCATIVO	
ANALFABETISMO	18
PRIMARIA	6
SECUNDARIA	1

Figura2. Características demográficas de los pacientes estudiados.

En la Figura 2 pueden observarse las prevalencias totales por sexo, edad y escolaridad. Se entrevistó un total de 25 sujetos adultos mayores; el grupo de edad predominante fue de 66 – 70 el 76% fue sexo femenino, con escolaridad trunca; y el 15% de ellos presentaba antecedentes heredo-familiares de Alzheimer y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardiaca y depresión. La proporción de mujeres es un poco mayor que la de hombres. De la muestra, 72% es analfabeta o tiene menos de cinco años de escolaridad.

TABLA 3. PUNTAJES OBTENIDOS EN “MINIMENTAL DE FOLSTEIN”		
ESCALA MINIMENTAL	TOTAL	%
24-20	10	(40%)
19-15	13	(52%)
14-10	2	(8%)
9-5	0	(0%)
4-0	0	(0%)

NOTA: ≤ 23 indica deterioro cognitivo, ≥ 24 indica que el paciente se encuentra NORMAL.

El puntaje predominante en “MINIMENTAL DE FOLSTEIN” fue 19- 15 (52%) indicando la presencia de deterioro cognitivo (Tabla 3).

TABLA 4. RESULTADOS OBTENIDOS EN ESCALA TEST ADAS-COG		
ESCALA TEST-ADAS	TOTAL	%
SIN DETERIORO	0	(0%)
LEVE	0	(0%)
MODERADO	9	(36%)
MODERADAMENTE GRAVE	10	(40%)
GRAVE	6	(24%)

Nota: sin deterioro pacientes con puntaje 0, Leve entre 1-11, Moderado entre 12-22, Moderadamente grave entre 23-33, Grave 34 – 55. En la Tabla 4 se muestra los resultados obtenidos en el Test ADAS-COG, que fue aplicado exclusivamente a sujetos con puntaje menor de 23, del cual el puntaje predominante fue de 23- 33 (40%) indicando un estado moderadamente grave en la Enfermedad de Alzheimer.

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que el deterioro cognoscitivo es una condición importante en la población de adultos mayores mexicanos.^(10,11,12) Aunque en el presente estudio no se emplearon criterios clínicos para clasificar a los sujetos con demencia, la presencia de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional constituyen dos de los criterios principales para el diagnóstico de demencia, de acuerdo con los sistemas de clasificación más empleados.^(13,14) En relación con la escolaridad, frecuentemente se ha reportado que tanto la prevalencia como la incidencia del deterioro cognoscitivo es mayor en sujetos con bajo logro educativo.⁽¹⁹⁾ En el grupo de sujetos con deterioro cognoscitivo más dependencia funcional, la probabilidad es mayor en las mujeres, aumenta con la edad y es menor en los sujetos casados.⁽²⁰⁾ En relación con las variables de salud, se encontró que la probabilidad de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional era mayor en sujetos con autorreporte de diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardíaca, enfermedad cerebral y depresión.^(21,22,24) El peso significativo de la diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardíaca, enfermedad cerebral y depresión en forma individual y conjunta (diabetes, enfermedad cerebral y depresión), dentro de un modelo con la edad y el género, coincide con algunos estudios.⁽²³⁾ La alta prevalencia de diabetes y enfermedad cerebral en pacientes con demencia ha sido reportada en poblaciones México-americanas.^(25, 27) Consideradas como seis de las primeras causas de mortalidad en la población mexicana⁽²⁶⁾, la diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva representan enfermedades crónicas importantes durante la vejez, cuyos efectos micro y macrovasculares sobre el cerebro, pueden señalar un aumento en el riesgo de demencia.⁽²⁸⁾ El peso mayor de algunas comorbilidades como la diabetes en la población México-americana ha llevado a algunos autores a plantear que, aunque las cifras de prevalencia de demencia son similares, la etiología puede ser diferente al de otras poblaciones, donde el peso de factores genéticos es mayor.⁽²⁹⁾ Su fuerte asociación con la demencia ha sido también una evidencia ampliamente reportada en diversos estudios, en los que se plantea el papel de la depresión como síntoma preclínico y asociado a la demencia.⁽³⁰⁾ En el grupo de sujetos que presentan deterioro cognoscitivo sin alteración funcional, no se observaron asociaciones significativas con variables sociodemográficas y de salud. Este grupo es similar al descrito por varios autores como sujetos con "deterioro cognoscitivo sin demencia".

CONCLUSIÓN

El aumento de la frecuencia de las enfermedades en este grupo poblacional como se observan la diabetes mellitus , enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión, mal controladas medicamente, son consideradas enfermedades de alto riesgo de pérdida cognitiva, por lo cual consideramos que la investigación debe tener una mayor muestra que represente a este grupo poblacional en el municipio de Acapulco y poder comprobar la presencia de riesgo de pérdida cognitiva, sus causas asociadas propias de la cultura, del tipo de alimentación, medio ambiente y el acceso a los servicios de salud que esta generación mayor a 60 años presenta.

BIBLIOGRAFIA

1. Flint Beal M, Richardson E, Martin J. Enfermedad de Alzheimer y demencias afines. En: Harrison TR. Principios de medicina interna. 14ª edición. México: Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 1998: vol. II: 2613-2616.
2. Berciano Blanco J. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias. Enfermedad de Alzheimer. En: Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 15ª edición. Madrid, España: Editorial Elsevier, 2006: vol II: 1486-1489.
3. Kettl P. Helping families with end-of-life care in Alzheimer's disease. Comment in: J Clin Psychiatry. 2007 Mar; 68(3):428-9.
4. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs R, Morris JC, Rabins P, *et al.* Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol 2001;58:1985-1992.
5. Cruz-Alcalá L. Prevalencia de algunas enfermedades neurológicas en la Ciudad de Tepatlán, Jalisco. Rev Mex de Neurociencias 2002;3:71-76.
6. Scarmeas N, Levy G, Tang MX, Manly J, Stern Y. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's Disease. Neurology 2001;57:2236-2242.
7. Frank J. La transición epidemiológica en América Latina. Bol Of Sanit Panamer 1991;3(6).
8. Bayarre H, Fernández A, Trujillo O, Castañeda I, Menéndez J. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos del municipio Playa. Trabajo para optar por el premio anual del MINSAP. La Habana, 1997.
9. Llibre Rodríguez J, Guerra Hernández MA, Pérez Cruz H, Bayarre Veá H, Samper Noa J. Prevalencia y factores de riesgos de síndrome demencial en adultos mayores del municipio Marianao. Rev Neurol Esp 1999;29(10):912-17.
10. Richards M, Folstein M, Albert M. Multicenter study of predictors of disease course in Alzheimer's disease. (The "Predictor Study") Alz Dis Assoc Disord 1993;7:22-32.
11. Díaz Zayas N, Llibre Rodríguez J. Impacto biopsicosocial y económico del cuidado en familiares de pacientes con demencia (Tesis de Terminación de la Especialidad, 2002).
12. Llibre Rodríguez JJ, Guerra Hernández M. Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. Rev Cubana Med 1999;38(2):134-42.
13. Hyman BT. Estudios moleculares y anatómicos en la enfermedad de Alzheimer. Neurología (Revista electrónica) 2001 (citado 29 jul 2002);16(3):100-4 (33 pantallas). Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/Wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?
14. Hofman A, Rocca WA, Brayne C. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1994 findings. Int J Epidemiol 1994;2:736-48.
15. Hashimoto Y, Niikura T, Tajima H, Yasukawa T, Sudo H Ito Y. A rescue factor abolishing neuronal cell death by a wide spectrum of familial Alzheimer's disease genes and Abeta. Proc Natl Acad Sci USA (Revista electrónica) 2001 (citado 29 jul 2002);98(11):6336-41 (56 pantallas). Disponible en: <http://www.pnas.org/cgi/content/full/98/11/6336>
16. The 10/66 Dementia Research Group. Methodological issues for Population-based Research into Dementia in Developing Countries. A Position Paper from the 10/66 Dementia Research Group. Intern J Geriat Psych 2000;15:21-30.
17. Duara R, Barker W, López Alberola R, Loewenstein DA. Alzheimer's disease: interaction of apolipoprotein E genotype, family history of dementia, education, ethnicity and age onset. Neurology 1996;46(6):1575-79.

18. Lovestones S, Mcloughlin DM. Protein aggregates and dementia: is there a common toxicity? *J Neurol Neurosurg Psychiatry (Revista electrónica)*2002(citado 29 jul 2002);72(2):152-61(109 pantallas). Disponible en:<http://jnnp.nmjjournals.com/cgi/content/full/72/2/152>.
19. Payami H, Montee K, Grimslid H, Shattue S. Increased risk of familial late-onset Alzheimer's disease in women. *Neurology* 1996;46:126-9.
20. Haley, Robert W. "Is there a connection between the concentration of cholesterol circulating in plasma and the rate of neuritic plaque formation in Alzheimer's Disease? (Editorial). *Arch Neurol* 2000; 1410-2.
21. Jick H, et al. "Statins and the Risk of Dementia." *Lancet* 2000;1627-31.
22. Wolozin Benjamin, et al. "Decreased prevalence of Alzheimer's Disease associated with 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors." *Arch neurol* 2000;1439-43.
23. Ardila A, Ostrosky-Solis F, Rosselli M, Gómez C. Age-related cognitive decline during normal aging: the complex effect of education. *Arch Clin Neuropsychol* 2000;5:495-513.
24. Launer LJ, Andersen K, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Amaducci LA, *et al.* *Neurology* 1999;52: 78-84
25. Nguyen HT, Black SA, Ray LA, Espino DV, Markides KS. Predictors of decline in MMSE scores among older Mexican-Americans. *J Gerontol: Medical Sciences* 2002;57:181-185.
26. Reyes S. Population ageing in the Mexican Institute of Social Security. Health policy and economic implications. México: IMSS-Fundación Mexicana para la Salud, 2001.
27. García-Peña C. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud/ Area Envejecimiento. México DF: Centro Médico Nacional XXI/Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006.
28. Mejia Arango S, micuel jaimes A .Deterioro cognositivo y factores asociados en el adulto mayor en mexico, *Salud Pública Méx* 2007; Vol. 49(sup 4):475-481
29. Ritchie K, Artero S, Touchon J. Classification criteria for mild cognitive impairment: Apopulation-basedvalidation study. *Neurology* 2001;56:37-4230.
30. Lopez OL, Jagust WJ, DeKosky ST, Becker JT, Fitzpatrick A, Dulberg C, *et al.* Prevalence and classification of mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study. Cognition study. *Arch Neurol* 2003;60:1385-1389

CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE 1°-3° SEMESTRE DE MEDICINA UAGRO, ACAPULCO 2015.

ROMERO LÓPEZ JUAN CARLOS*

DRA. MARÍA DE LOS REYES CAPOS MAYO**

RESUMEN

Introducción: Los estudiantes de medicina son poblaciones que tienen privación del sueño debido a sus horarios de trabajo o estudio; por lo tanto, esto podría conducir a fatiga y/o somnolencia, repercutiendo en el proceso del aprendizaje.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es conocer como es la calidad de sueño en el estudiante de medicina de la UAGRO.

Materiales y métodos: El estudio es tipo descriptivo de diseño observacional durante el mes de junio del 2015 donde participaron alumnos de 1°, 2° y 3° semestre inscritos en la Facultad de Medicina UAGRO, Acapulco, GRO. Se utilizó criterios de inclusión con un rango de edad de 18-22 años, hombres y mujeres. Se excluyó a estudiantes pertenecientes a semestres mayores y con edades mayores a 22 años. El instrumento a usar es PQSI Consta de 19 ítems autoevaluados y 5 cuestiones. La sensibilidad es 89.6% y la especificidad del 86.5%.

Resultados: Se obtuvo una puntuación general en el PSQI de 14.76. La puntuación en mujeres fue 6,6 y en hombres 8,12. De la población un 82% de los estudiantes tiene una duración de sueño de entre 6 y 7 horas. Aproximadamente un 17.65% requiere algún tipo de fármaco para poder descansar.

Conclusiones: Es común que los estudiantes adquieran malos hábitos durante el transcurso de la su carrera y por ende adquieran malas costumbres. Los estudiantes de medicina tienen una mala calidad de sueño y para el desarrollo de este hábito influyen muchos factores.

Palabras clave: Calidad de sueño, Estudiantes de medicina, Trastornos de sueño.

INTRODUCCIÓN

El sueño es un estado fisiológico activo y rítmico que en alternancia con otro estado de conciencia básico que es la vigilia, aparece aproximadamente cada 24 horas (21).

Es un proceso biológico básico que influye sobre todas las funciones del cuerpo e interactúa de manera bidireccional con todos los aparatos y sistemas del organismo, de tal forma que los trastornos del sueño se asocian con alteraciones respiratorias, neurológicas, cardiovasculares, endocrinas, inmunológicas, etc., y viceversa.

Los estudiantes de medicina son poblaciones que tienen privación del sueño debido a sus horarios de trabajo o estudio; por lo tanto, esto podría conducir a fatiga y/o somnolencia, repercutiendo en el

*ESTUDIANTE DE 7° SEMESTRE DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA.

** PROFESOR INVESTIGADOR DE TC ASOCIADO "C" DE LA UAMed.

proceso del aprendizaje. La información actual, señala que los estudiantes universitarios tienen malos hábitos del sueño; por lo que, en estudiantes de medicina ello estaría relacionado a la creciente exigencia académica, ocasionando problemas de salud mental y altos niveles de estrés (2).

La repercusión de una mala calidad de sueño no es únicamente orgánica, sino que afecta el desarrollo y funcionamiento social, el nivel del rendimiento laboral, relaciones interpersonales, etc.

Estudios en Latinoamérica señalan altas prevalencias de pobres durmientes en alumnos de la carrera de medicina, con estimaciones que van de 48 a 73%¹⁵, sin embargo, dichos estudios no dan cuenta acerca de las dificultades de dormir (18).

En un estudio de estudiantes de 3° y 4° año se obtuvo que El 34% y 33% de estudiantes de ambos años, demoraron en conciliar el sueño entre 30-60 minutos. Solo el 2% de los alumnos de cuarto año demoraron más de una hora en hacerlo (2).

En México, los primeros años de formación como médicos implican actividades meramente académicas (no asisten a guardias, ni se enfrentan aún a pacientes), pero los alumnos tienen horarios de clase que inician a las 07:00 horas y pueden extenderse hasta las 18:00, una gran carga académica, además de un alto porcentaje de quejas de sueño (18). Un estudio en México Del total de la población, 23 (3.5%) presentaron dificultad para conciliar el sueño, 41 (6.3%) para mantenerlo y 74 (11.4%) despertaron muy temprano

En este estudio se plantean un objetivo principal relacionado con lo que acabamos de señalar: evaluar la calidad del sueño en una población específica, concretamente una muestra de estudiantes universitarios de medicina

MATERIALES Y MÉTODO

El estudio fue tipo descriptivo de diseño observacional durante el mes de junio del 2015 donde participaron alumnos de 1°, 2° y 3° semestre inscritos en la Facultad de Medicina UAGRO, Acapulco, GRO.

Se cumplió los criterios de inclusión con un rango de edad de 18-22 años, hombres y mujeres. Se excluyó a estudiantes pertenecientes a semestres mayores y con edades mayores a 22 años.

Es importante remarcar los alumnos 4-8 semestre ya desempeñan en las sedes hospitalarias la mayor o alguna parte del tiempo. Esta situación puede considerarse como una variable importante al momento de realizar el estudio ya que ambos años académicos están sometidos a carga curricular, hábitos y horarios de estudio notablemente distintos que pueden intervenir en la calidad de sueño

Procedimiento

Se tomó una muestra no probabilística de 50 estudiantes siguiendo dichos criterios de inclusión. Los participantes fueron ubicados en sus aulas correspondientes de clases se les explicó el objetivo de dicha investigación, el uso de sus resultados y en caso de que estuvieran de acuerdo se les proporcionó una de las encuestas para que las contestaran. Se excluyó aquellos que no estuvieron de acuerdo.

Instrumento

Se empleó el cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño, un cuestionario autoadministrado anónimo. Consta de 19 ítems autoevaluados y 5 cuestiones. Las cinco últimas cuestiones son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del PSQI. Los

19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Buysse propone un punto de corte de 5 (≅ 5 malos dormidores). La sensibilidad es 89.6% y la especificidad del 86.5%.

Definición De Las Variables

Se definió como mala calidad de sueño al hecho de un mal descanso durante la noche y tener un deficiente funcionamiento durante el día.

Se calificó como malos durmientes a aquellos que participantes cuyos valores en el Índice Pittsburg de Calidad de sueño obtuvieron como valor mayor de 5 puntos.

Análisis Estadísticos

Los resultados fueron capturados en una base de datos en Microsoft Excel 2013. El análisis de datos se realizó usando el paquete estadístico STATA 12.0

Aspectos Étnicos

La participación fue voluntaria, anónima, con consentimiento informado hablado y se respondieron todas las preguntas de los cuestionarios.

RESULTADOS

De una población total de 392 estudiantes se encuestó a 50 (12,7%) participantes que contestaron los reactivos de PSQI. La edad promedio fue de 19.64 años (DE= 1,24) (Tabla 3), todos inscritos hombres (50%) y mujeres (50%)

SEXO	CALIDAD	FRECUENCIA	INTERPRETACIÓN
Hombre	8.12	25	Mala calidad
Mujer	6.64	25	Mala calidad
Total	14.76	50	

Tabla 1. Resultados obtenidos del cuestionario PSQI en hombres y mujeres.

Se obtuvo una puntuación general en el PSQI de 14.76 (Tabla 1). La puntuación en mujeres fue 6,6 y en hombres 8,12.

PERTURBACIONES DE SUEÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	30	60 %
No	20	40%

Tabla 2. Perturbaciones de sueño en los participantes

Tabla 3. Frecuencia de edades.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	CUM
18	12	24.00	24.00
19	10	20.00	44.00
20	16	32.00	76.00
21	8	16.00	92.00
22	4	8.00	100.00
Total	50	100	

De la población un 82% de los estudiantes tiene una duración de sueño de entre 6 y 7 horas (Tabla 4). Lo cual nos indica un mal descanso y un mal hábito. Se asoció en un 60% de los estudiantes este problema a perturbaciones de sueño. Esto demuestra que una parte de los estudiantes son susceptibles a poder desarrollar algún trastorno relacionado con la diurna.

DURACIÓN DEL SUEÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Más de 7 horas	6	12%
Entre 6 y 7 horas	41	82 %
Entre 5 y 6 horas	3	6%
Total	50.00	100.00

Tabla 4. Frecuencia de la duración de sueño (Horas)

Aproximadamente un 17.65% requiere algún tipo de fármaco para poder descansar (Tabla 5).

UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN PARA DORMIR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	41	80.39%
Si	9	17.65%
Total	50	100%

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La puntuación obtenido por el PQSI fue de 14.76, lo cual nos indica que la población de 1-3 semestre conllevan una mala calidad de sueño. Es necesario investigar cuales son los factores que ocasionan estos hábitos en los estudiantes, con esto podríamos conocer que es lo que en verdad influye a tener esta forma de vida.

Es importante considerar, a partir de este estudio, que no solo los grupos de semestres avanzados tienen problemas con el buen dormir sino también aquellos que van iniciando. Esta investigación contribuye ello, y se observó que al igual que otros semestres mantienen una frecuencia estable en los problemas comunes de un universitario.

La carrera de medicina tiene sus particularidades, por ejemplo, se informa que sus alumnos presentan frecuentes alteraciones en los patrones del sueño, así como mayor prevalencia de

“pobres durmientes” con respecto a los estudiantes de otras carreras. Esto es sorprendente si observamos los resultados obtenidos ya que a pesar de la gran carga académica, la mayoría de los estudiantes mantienen un buen estilo de vida (descanso). Esto es importante porque se encontraron ciertas cifras de alumnos que habían tomado algún fármaco o medicamento para dormir lo cual indica la presencia de un trastorno de sueño.

Estudios previos en poblaciones latinoamericanas han confirmado estas frecuencias elevadas de mala calidad del sueño (> 50%), especialmente entre estudiantes de licenciatura en medicina (20).

Solo un pequeño porcentaje asociaba el no poder dormir con el uso de algún medicamento.

En un estudio se demostró que un mayor consumo de alcohol (7-14 copas a la semana) disminuye significativamente la duración del sueño (< 6 h).

Recientemente 2 estudios investigaron el efecto del tabaquismo intenso y crónico (aprox. 20 cigarros al día por 13 años) sobre el sueño, en ambos estudios se demostró que los fumadores tienen periodos significativamente más cortos de sueño, una latencia de sueño más larga (tiempo que tardan en conciliar el sueño), mayor frecuencia de apneas (pausas respiratorias) y cantidad de movimientos durante el sueño, además de que refirieron subjetivamente una menor calidad de sueño que los no fumadores; de forma interesante los niveles sanguíneos de nicotina se correlacionaron de forma inversa con la duración del sueño de ondas lentas, y es interesante mencionar que dichos efectos negativos sobre el sueño se han demostrado incluso en fumadores pasivos.

Una encuesta en estudiantes de farmacología demostró que más del 92% de los estudiantes referían una mala calidad del sueño además de una elevada frecuencia de somnolencia diurna (40%), con un 77% que reportaron un horario de sueño muy irregular (20).

El haber obtenido una puntuación aceptable no es un indicador completamente seguro, hay veces en las que es el mismo estudiante el miente en dichas encuestas con el fin de ocultar sus problemas.

Barrenechea Loo Michael Bill y Gomez Zeballos Cecilia obtuvieron que El 34% y 33% de estudiantes de tercer y cuarto año, demoraron en conciliar el sueño entre 30-60 minutos. Solo el 2% de los alumnos de cuarto año demoraron más de una hora en hacerlo.

Se observó el 6% de los alumnos con eficiencia subjetiva del sueño menor de 85% en tercer año y 14% en cuarto año (2).

Se puede concluir que la mayor carga para un estudiante siempre es el estudio, a mayor rango, mayor responsabilidad pero también debemos recordar que también la forma en que influyen los factores van a depender la actitud de este para afrontar los problemas y saber organizar su tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Mendoza Meza Luz Dary, Del Castillo Castilla Luis. Algunos Aspectos Fisiológicos del Sueño. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 20 de enero del 2005.
- 2.- Barrenechea Loo Michael Bill, Gomez Zeballos Cecilia, Huaira Peña Augusto Jonathan¹, Pregúntegui Loayza Ivethe, Aguirre Gonzales Melissa, Rey de Castro Mujica Jorge. Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina. CIMEL 2010 Vol. 15, Nº 2. Mayo 2011 (Epub Agosto 2011).
- 3.- Sierra Juan Carlos , Jiménez-Navarro Carmen, Domingo Martín-Ortiz Juan. CALIDAD DEL SUEÑO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DEL SUEÑO. Salud Mental, Vol. 25, No. 6. Primera versión: 21 de enero de 2002. Segunda versión: 4 de julio de 2002. Aceptado: 24 de septiembre de 2002.
- 4.- V.M. Vázquez García, J.A. Macías Fernández, F. Alonso del Teso, R.M. González las Heras, G. de Teresa Romero, A.A. Álvarez Hurtado y J.I. Carretero Ares. La calidad del sueño asociada a la polimedicación. Atención Primaria. Vol. 26. Núm. 10. 27-julio-2000.
- 5.- Charles Huamaní, Arturo Reyes, Percy Mayta-Tristán, Raúl Timana, Abel Salazar 1,2, David Sánchez, Hugo Pérez. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 18 de diciembre de 2006.
- 6.- Gómez Ossa Ricardo. Caracterización de insomnio en estudiantes de medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira. Revista Médica de Risaralda. Abril 17 de 2012.
- 7.- María Ángeles Iáñez, Elena Mir¹, Andrés Catena y Gualberto Buela-Casal. Calidad de sueño en sujetos con diferentes patrones habituales de sueño. 26 de agosto de 2003.
- 8.- Lic. Pía Borquez. "CALIDAD DE SUEÑO, SOMNOLENCIA DIURNA Y SALUD AUTOPERCIBIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS". 80-91, 2011
- 9.- Charles Huamaní. Calidad del sueño en estudiantes de medicina de dos universidades peruanas. 16 de noviembre de 2007.
- 10.- Mauricio Rueda Sánchez, Luis Alfonso Díaz Martínez, Edgar Osuna Suárez. Definición y prevalencia y factores de riesgo de insomnio en la población general. 11/08/08.
- 11.- Víctor J. Quevedo-Blasco, Raúl Quevedo-Blasco. Influencia del grado de somnolencia, cantidad y calidad de sueño sobre el rendimiento académico en adolescentes.
- 12.- M.A. García-Jiménez, F. Salcedo-Aguilar, F.M. Rodríguez-Almonacid, M.P. Redondo-Martínez, M.L. Monterde-Aznar b, A.I. Marcos-Navarro, M.P. Torrijos-Martínez. Prevalencia de los trastornos del sueño en adolescentes de Cuenca, España. 11.05.04
- 13.- Isabel Cristina Salazar Torres, Marcela Arrivillaga Quintero. EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS, COMO PARTE DEL ESTILO DE VIDA DE JÓVENES UNIVERSITARIOS.

14.- JEIMMY LICETH ALVAREZ ROSARIO, JOSE JAIME CASTAÑO CASTRILLON, Fis, M.Sc JUAN GUILLERMO MARIN, CAROLINA NAVAS PAMELA VERÓNICA NOREÑA, HUGO MAURICIO OVALLE, MARTHA LUZ PAEZ CALA, Psic, M.Sc, INGRID CAROLINA SANTA DUQUE, NATHALIA TORO, GINNA ZORAIDA URUEÑA, ANDRES MAURICIO VALDERRAMA. ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES. Mayo 2006.

15.- JEIMMY LICETH ALVAREZ ROSARIO, JOSE JAIME CASTAÑO CASTRILLON, JUAN GUILLERMO MARIN, CAROLINA NAVAS, PAMELA VERÓNICA NOREÑA, HUGO MAURICIO OVALLE, MARTHA LUZ PAEZ CALA, INGRID CAROLINA, SANTA DUQUE, NATHALIA TORO, GINNA ZORAIDA URUEÑA, ANDRES MAURICIO VALDERRAMA. "ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MANIZALES, AÑO 2006"

16.- Rodríguez Suárez Julio, Agulló Tomás Esteban." ESTILOS DE VIDA, CULTURA, OCIO Y TIEMPO LIBRE DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS", Psicothema, 1999. Vol. 11, nº 2, pp. 247-259.

17.- Durand Arias Sol, Rojas Ávila Cynthia, Jiménez Genchi Alejandro. "Evaluación clínica de los síntomas relacionados con el dormir". Psiquis (México), Ene-Feb. Vol. 20, Núm. 1, 2011.

18.- SILVIA A. TAFOYA, MARÍA M. JURADO, NORMA J. YÉPEZ, MARIANA FOUILLOUX, MARÍA C. LARA. "DIFICULTADES DEL SUEÑO Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA CIUDAD DE MÉXICO". MEDICINA - Volumen 73 - Nº 3, 2013

19.- *Marín Agudelo Hernán Andrés, Sosa Rodríguez Susana, Vivanco Dora, Aristizábal Natalia, Clara Berrio María, Vinaccia Alpi Stefano.* "Factores culturales que privan de sueño y causan somnolencia excesiva en estudiantes universitarios: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, Vol. 15, Núm. 1: 57-68, enero-junio de 2005.

20.- *Carrillo-Moraa Paul, Ramirez-Perisb Jimena, Magana-Vazquez Katia.* "Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario". Vol. 56, N.o 4. Julio-Agosto 2013.

21.- Manuel De-La-Llata-Romero, Armando Castorena-Maldonado, María Corsi-Cabrera, Manuel Díaz, Reyes Haro-Valencia, Alejandro Jiménez-Genchi, María Sonia Meza-Vargas, Rogelio Pérez-Padilla, Óscar Próspero-García, Margarita Reyes-Zúñiga, Luis Torre-Bouscoulet, Matilde Valencia-Flores, Javier Velázquez-Moctezuma. "Medicina del Dormir: Desarrollo, contribuciones y perspectivas. Reporte del grupo de trabajo en Medicina del Dormir". *Revista de Investigación clínica*. Vol. 63, Num 1. Enero-Febrero 2011. PP 90-99.

22.- Abilio Reig Ferrer, Julio Cabrero García, Rosario I. Ferrer Cascales, Miguel Richart Martínez. "La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios". 2003

23.- JORGE LORÍA-CASTELLANOS¹, JUAN MANUEL ROCHA-LUNA², GUADALUPE MÁRQUEZ-ÁVILA. "Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión". *Emergencias* 2010; 22: 33-39.

24.- *Edmundo Rosales , Martha Egoavil , Claudia La Cruz , Jorge Rey de Castro.* "Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana". *Anales de la Facultad de Medicina* Págs. 150 – 158.

25.- *Franklin Escobar-Córdoba, María Fernanda Cortés-Rueda, Juan Sebastián Canal-Ortiz, Lesly Alejandra Colmenares-Becerra, Henry Alberto Becerra Ramírez2, Cristhian Camilo Caro-Rodríguez.* "SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA EN ESTUDIANTES DE TERCER SEMESTRE DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. *Rev.Fac.Med* 2008 Vol. 56 No. 3.

26.- JUAN CARLOS TRUJILLO LORA, WILMAN IGLESIAS PINEDO."SUEÑO Y ASIGNACIÓN DE TIEMPO ENTRE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: EL CASO DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO". *Semestre Económico*, volumen 13, N° 27, pp. 99- 116 • ISSN 0120-6346, enero-junio de 2010.

27.- JOSÉ SALINAS PEDRO. ¿EL INSOMNIO LE QUITA EL SUEÑO? *MEDULA, REVISTA DE FACULTAD DE MEDICINA. VOL. 20 NO. I*

28.- Luis Fernando Varela Pinedo, Tania Tello Rodríguez, Pedro José Ortiz Saavedra3, Helver Chávez Jimeno. *Acta Med Per* 27(4) 2010.

29.- F. Salcedo Aguilar, F.M. Rodríguez Almonacid, M.L. Monterde Aznara, M.A. García Jiménez, P. Redondo Martínez y A.I. Marcos Navarro." Hábitos de sueño y problemas relacionados con el sueño en adolescentes: relación con el rendimiento escolar"

30.- Blasco Espinosa J. R. Llor Esteban B. García Izquierdo M. Sáez Navarro M. C. Sánchez Ortuño M. "Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana". 15 de enero de 2002.

31.- *Roberto Hernandez Sampieri, Carlos Fernandez Collado.* "Metodología de la investigación". Cuarta edición. *Alcaicería NO.8 Col. Zona Norte Central de Abastos Iztapalapa. Mexico D. F. McGRAWHILLIINTERAMERICMA EDITORES, SA DE C.V. abril del 2006*

31.- *Corlien M. Varkevisser, Indra Pathmanathan, Ann Brownlee.* *Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud Volumen I: elaboración de la propuesta de investigación y trabajo de campo. Primera edición. Bogotá, Colombia. Mayol Ediciones S.A. julio de 2011*

AMBIENTE SALUDABLE EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR, GRO. 2014.

JAHZEEL BALANZAR MALDONADO*
DR. ARTEMIO LAGUNAS FLORES**

RESUMEN

Introducción. El estado de Guerrero ocupó el segundo lugar en morbilidad por tuberculosis pulmonar en el país en 2013 con una cifra de 1 127 casos y una tasa de 34.56 por 100 mil habitantes, muy superior a la media nacional. Durante el año 2004, las jurisdicciones sanitarias más afectadas fueron Acapulco (588 casos TBP) y Costa Chica (177 casos).

Objetivo. Identificar cuáles son las características necesarias que permiten establecer un ambiente saludable para alcanzar la alta sanitaria en pacientes con tuberculosis pulmonar.

Método. Se realizó un estudio descriptivo analítico a 22 pacientes con TB pulmonar de las colonias Emiliano Zapata, Simón Bolívar y Postal en 2014. La encuesta se realizó de acuerdo a los lineamientos nacionales para la aplicación de desarrollo de las estrategias de entornos saludables, las variables estudiadas fueron: Ambiente Saludable, paciente con diagnóstico de TB pulmonar, ingresos Económicos, servicios básicos de salud y alimentación, condiciones de la vivienda, habitación personal, hacinamiento, servicios públicos, tipo de propiedad.

Resultados. Se realizaron 9 encuestas en la Col. Simón Bolívar, 6 en la Col. Postal y 7 en la Col. Emiliano Zapata. El 100% no cuentan con los ingresos suficientes para cubrir los servicios básicos, de salud y de alimentación. El 36.36% vive en un ambiente no saludable, 63.63% vive en un ambiente medianamente saludable y el 0% vive en un ambiente saludable. Además el 31.81% no cuenta con el servicio de drenaje. El 36.37% de los pacientes no cuenta con servicios cercanos de salud. El 54.54% no cuenta con habitación personal y vive en hacinamiento urbano. El 33% es dueño de la propiedad donde vive.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes con Tb pulmonar viven en un ambiente que no es saludable para sus condiciones de alta sanitaria, lo cual impide que estos pacientes logren alcanzar el cumplimiento de su tratamiento y la restitución de su salud, por lo que se requiere implementar medidas sanitarias que ayuden al mejoramiento del ambiente saludable en estos pacientes.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar, ambiente saludable, servicios de salud.

Abstract

Introduction. The Warrior's condition occupied the second place in morbidity for pulmonary tuberculosis in the country in 2013 with a number of 1 127 cases and a rate of 34.56 for 100 thousand inhabitants, very superior to the national average. During the year 2004, the most affected sanitary jurisdictions were Acapulco (588 cases TBP) and Coast Girl (177 cases). I target. Identify which are the necessary characteristics that allow to establish a healthy environment to reach the sanitary discharge in patients with pulmonary tuberculosis. **Methods.** There was realized a descriptive analytical study to 22 patients by pulmonary TB of the colonies Emiliano Zapata, Simón Bolívar and Postcard in 2014. The

survey was realized in agreement to the national limits for the application of development of the strategies of healthy environments, the studied variables were: Healthy, patient Environment with diagnosis of pulmonary TB, Economic income, basic services of health and supply, conditions of the housing, personal room, accumulation, public services, type of property. Results. 9 surveys were realized in the Cabbage. Simón Bolívar, 6 in the Cabbage. Postcard and 7 in the Cabbage. Emiliano Shoe. 100 % does not possess the sufficient income to cover the basic services, of health and of supply. 36.36 % lives in a not healthy environment, 63.63 % lives in a moderately healthy environment and 0 % lives in a healthy environment. In addition 31.81 % does not possess the drainage service. 36.37 % of the patients does not possess nearby services of health. 54.54 % does not possess personal room and lives in urban accumulation. Conclusions. The majority of the patients with pulmonary Tb live in an environment that is not healthy for his conditions of sanitary discharge, which prevents that these patients manage to reach the fulfillment of his treatment and the restitution of his health, by what it is needed to implement sanitary measures that help to the improvement of the healthy environment in these patients.

Key words: pulmonary Tuberculosis, healthy environment, services of health.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable, que ha reemergido como una amenaza para la salud pública en el mundo. Todo esto a pesar de los tratamientos eficaces y de las medidas de control que realizan la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la UICTER (Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología y Enfermedades Respiratorias), a través del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).⁽¹⁾

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. ⁽²⁾

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo a lo largo de la vida de enfermar de tuberculosis de un 10%. Sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunitario está dañado, como ocurre en casos de infección por el VIH, desnutrición o diabetes, o en quienes consumen tabaco. ⁽³⁾

Cuando la enfermedad tuberculosa se presenta, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etcétera) pueden ser leves por muchos meses. Como resultado, los pacientes tardan en buscar atención médica y en este periodo transmiten la bacteria a otros. A lo largo de un año, un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de los enfermos tuberculosos mueren. ⁽⁴⁾

La tuberculosis afecta principalmente a los adultos jóvenes, es decir, en la edad más productiva. Pero todos los grupos de edad están en riesgo. Más del 95% de los casos y las muertes se registran en los países en desarrollo. ⁽⁵⁾

Las personas infectadas por el VIH tienen entre 26 y 31 veces más probabilidades de enfermar de tuberculosis, el riesgo de desarrollar tuberculosis activa también es mayor en las personas aquejadas de otros trastornos que deterioran el sistema inmunitario. ⁽⁶⁾

En 2013, aproximadamente medio millón de niños (de 0 a 14 años) enfermaron de tuberculosis, y una media de 80 000 niños seronegativos murieron por esta causa según los datos estadísticos de OMS.⁽⁷⁻⁹⁾

Es por ello que es de suma importancia implementar acciones y programas que como médicos nos permitan tener un control adecuado de la enfermedad, para así poder impedir los brotes de la misma.⁽¹⁰⁾ El agravamiento de esta situación de salud se debe a ciertas condiciones que hacen más vulnerable a la población; como son los pacientes inmunodeprimidos, las restricciones de la población a los servicios de salud, el crecimiento de las poblaciones marginales, las migraciones en busca de mejorar la calidad de vida, la pobreza y con ella la mala nutrición, el hacinamiento, problemas sociales, entre otras condiciones que exponen a la población a padecer la enfermedad.^(11,12)

MATERIAL Y MÉTODO

Participan en este estudio 22 pacientes voluntarios de ambos géneros con diagnóstico de tuberculosis pulmonar según los criterios de la World Health Organization-WHO-(1993) inscritos en el programa de control y prevención de tuberculosis pulmonar de Acapulco, Gro.

El ambiente saludable se evaluó de acuerdo a los lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias de entornos saludables, la vivienda saludable cumple con las siguientes condiciones fundamentales: tenencia segura, ubicación segura, diseño y estructuras adecuadas, espacios suficientes para una convivencia sana y servicios básicos de buena calidad.

Las variables utilizadas fueron: condiciones estructurales de la vivienda, tenencia segura, funcionamiento familiar. Las escalas se definieron de la siguiente manera:

Condiciones estructurales de la vivienda: Condiciones constructivas y de mantenimiento observadas por el encuestador. Buena: sólida, sin filtraciones ni grietas. Regular: sólida, pero con algunas filtraciones y/o grietas. Mala: insegura, con filtraciones y grietas en la mayoría de las habitaciones o apuntalamientos.

Tenencia segura: si era dueño o no de la casa o vivía en hacinamiento, el cual se obtuvo dividiendo el número de convivientes entre el número de habitaciones utilizadas como dormitorio. 3 y más se consideró hacinamiento.

Funcionamiento familiar: Proceso resultante del conjunto de interacciones entre los miembros de una familia. Se calificó según la opinión del encuestador y el criterio del médico de familia, atendiendo a la definición de las categorías aquí establecida.

Familia funcional: No existen conflictos ni crisis en la dinámica familiar. Existen adecuadas relaciones interpersonales. Hay armonía en el seno de la familia y con los vecinos. Existe estabilidad psicológica y adecuada atención a enfermos y discapacitados. Moderadamente disfuncional: No existe armonía familiar como resultado de enfermedad, divorcio, nuevo miembro en la familia y existen dificultades en las relaciones interpersonales. Disfuncional: Existe crisis por el manejo inadecuado de enfermedad, discapacidad, muerte de un miembro, conflictos y riñas entre padres, padres e hijos o entre estos. Inadecuadas relaciones con los vecinos, alcoholismo, intentos suicidas, comportamiento antisocial.

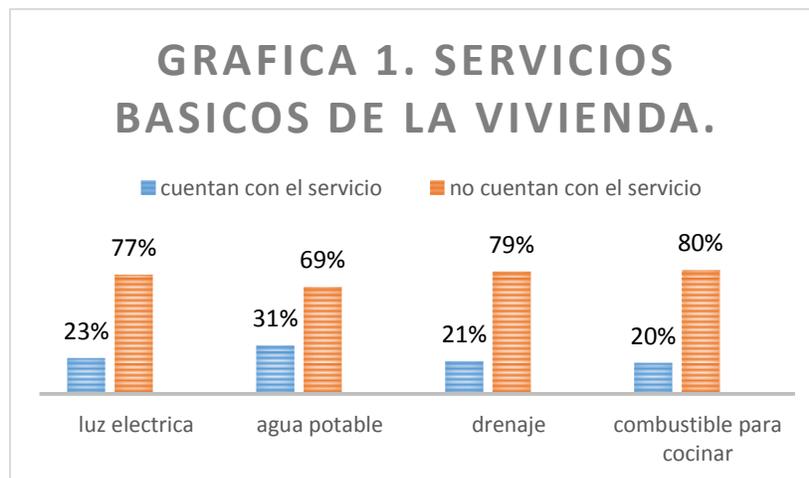
Los datos obtenidos fueron registrados en una base de datos del programa Excel. Los datos se presentaron en gráficas y tablas.

RESULTADOS

Los resultados nos muestran que la mayoría de los participantes Socio demográficamente presentan un estrato socioeconómico bajo y un nivel de educación básico primaria-secundaria (tabla 1).

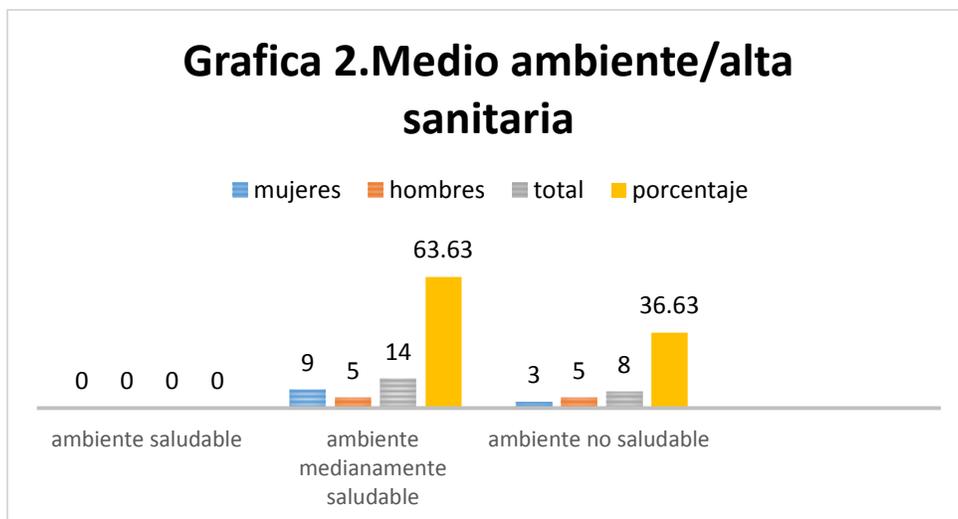
Genero	Femenino	54.54%
	Masculino	45.45%
Escolaridad	Primaria	21%
	Secundaria	19%
	Preparatoria	29%
	Sin educación	31%
Ocupación	Empleado	44%
	Ama de casa	16%

Con respecto a los servicios básicos de la vivienda se encontró que tan solo el 21% cuenta con el servicio de drenaje (grafica 1). El 23.75% de la población cuenta con los servicios básicos de la vivienda los cuales incluyen luz eléctrica, agua potable, drenaje y combustible para cocinar.



En cuanto al espacio de la vivienda el 77.27% (17) no cuenta con habitación personal, 72.72% (16) no cuenta con zona de cocina, 27.27% (6) no cuenta con baño propio.

En la gráfica 2 se comparan los porcentajes obtenidos del ambiente en el que se encuentran los pacientes, el 0% viven en un ambiente saludable.



En la tabla dos se muestran la frecuencia y el porcentaje de hombres y mujeres obtenidos de las variables tenencia segura, estructura adecuada de la vivienda e ingresos adecuados.

Tabla 2. Tenencia segura, estructura adecuada de la vivienda e ingresos suficientes.

<i>Tenencia segura</i>	Hombres	Mujeres	Total	
			<i>*f</i>	<i>**%</i>
Casa propia	2	3	4	18.18
Casa rentada	4	2	6	27.27
Hacinamiento urbano	4	8	12	54.54
<i>Estructura adecuada de la vivienda</i>				
Buena	4	1	5	22.72
Regular	3	4	7	31.81
Mala	3	7	10	45.45
<i>Ingresos adecuados</i>				
Los ingresos son suficientes para cubrir los servicios básicos de la vivienda, de salud y alimentación	2	1	3	13.63
Los ingresos son deficientes para cubrir los servicios básicos de la vivienda, de salud y alimentación	6	3	9	40.90
Los ingresos insuficientes para cubrir los servicios básicos de la vivienda, de salud y alimentación	2	8	10	45.45
<i>*f=frecuencia</i>				
<i>**%=porcentaje</i>				

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

De acuerdo a los datos obtenidos en el estudio el 63.63% de los pacientes entrevistados viven en un ambiente que es medianamente saludable, es decir, que no es posible considerarlo como óptimo para ellos. Más del 50% de las viviendas de los pacientes del estudio no cumplen con las categorías indicadas de acuerdo a los lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias de entornos saludables.

Observamos en la gráfica número 2 que no existe ambiente saludable para que personas diagnosticadas con TB pulmonar tengan la posibilidad de lograr una alta sanitaria independientemente del tratamiento que los servicios de salud garantizan.

También observamos que el ambiente medianamente saludable presenta variables modificables si estas personas son atendidas por instituciones integradas a los servicios que el sistema de gobierno tiene como programas en la lucha contra la pobreza.

Se observa que el género femenino presenta mayores carencias en las variables, tenencia segura, estructura adecuada de la vivienda, ingresos suficientes, reflejando menor acceso a las políticas de género en estos indicadores sociales.

La escolaridad y la ocupación, son variables que definen impacto en el manejo de una enfermedad propias en la historia de la humanidad vinculadas a esta enfermedad donde aun no se ha podido modificar esta asociación por lo cual es necesaria la intervención de las instituciones de salud, las instituciones de educación y de la modificación de una política económica que llegue hast estos estratos soiales y tengan la capacidad de transformar el entorno de vida de los grupos poblacionales donde se presenta dicha enfermedad.

CONCLUSIÓN

Los pacientes con Tb pulmonar viven en un ambiente que no es saludable, lo cual impide que estos pacientes logren alcanzar una alta sanitaria por lo que se requiere implementar medidas sanitarias que ayuden al mejoramiento del ambiente saludable en estos pacientes.

Sugerimos se integre en las estrategias sanitarias del programa de control de esta enfermedad el indicador del medio ambiente favorable para alcanzar el alta sanitaria de estos pacientes y no lleguen a las complicaciones de la enfermedad y la muerte.

Bibliografía

1. Caminero JA. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. París: Ed. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER); 2003.
2. Gato Chamizo I, Matos Duarte S, Pedraja Blanco M, Castillo Romero E. Factores asociados a la tuberculosis pulmonar en pacientes de 15 años y más. Pinar del Río: Bol Med Gen Integr. 2000;4(3):9-14.
3. Mireles Hernández OM, Chiong Silva O, Miranda Rosales M, Santos Puentes A. Comportamiento de la tuberculosis pulmonar. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2002 [citado mayo 2010];18(2):98-102.
4. Humberto Machado P, Valdés Díaz S, González Ochoa E, García Silvera E. Riesgo de enfermar de tuberculosis de los convivientes adultos de enfermos bacilíferos. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2007 [citado mayo 2010];59(1).
5. World Health Organization. Global tuberculosis control. WHO Report 2007. Ginebra:WHO; 2007. WHO/HTM/TB/2007.376.
6. Terazón Miclín, O., & Prego Ferrer, M. (1998). Enfoque de riesgo en la tuberculosis. *Revista cubana de medicina*, 37(1), 18-21.
7. Machado Leyva, P. H., Valdés Díaz, S., González Ochoa, E., & García Silvera, E. (2007). Riesgo de enfermar de tuberculosis de los convivientes adultos de enfermos bacilíferos. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 59(1), 0-0.
8. Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Pérez, B. E., Sánchez, M. O., & Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de psicología*, 23(2), 245-252.
9. Muñoz Soca, R., & Fernández Ávila, R. (2011). Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar en el municipio "10 de Octubre". *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 325-335.
10. Vega, M. O. (2010). NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE TUBERCULOSIS ENTRE LOS PACIENTES EN SALA DE ESPERA. CENTRO DE SALUD "PUNCHAUCA", CARABAYLLO. LIMA, PERÚ.
11. Iñahuazo, I., & Marizol, Y. (2012). Incidencia de la tuberculosis y factores de riesgo asociados en el área de influencia del Hospital Universitario de Motupe en el periodo Junio 2006–Junio del 2011.
12. Factor Carrillo, E. S. (2013). *Relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud Sobre Medidas Preventivas Frente a la Tuberculosis Pulmonar en Escolares del Nivel Secundario de la Institución Educativa Manuel a. Odria del Distrito de Ciudad Nueva Tacna 2012* (Doctoral dissertation).
13. Achaca Palomino, R. (2009). Significado de ser enfermo de tuberculosis pulmonar para los adolescentes que acuden a la Micro Red "El Agustino": agosto-diciembre, 2008.
14. Zubieta Rubín de Celis, A., & Cruz Nina, J. (2014). Factores de riesgo socioeconómicos asociados a tuberculosis pulmonar en pacientes de 15 y más años. Hospital Municipal Modelo Corea, ciudad de El Alto. Gestión 2012. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 55, 17.
15. Caiza Zambrano, F. J. (2015). Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la zona de salud n°9 (Distrito Metropolitano de Quito) durante los meses de mayo y junio del 2015.
16. Caiza Zambrano, F. J. (2015). Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la zona de salud n°9 (Distrito Metropolitano de Quito) durante los meses de mayo y junio del 2015.

17. Larico Cruz, C. M. (2009). Conocimientos de las medidas preventivas y actitudes en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores en Noviembre–Diciembre 2008.
18. Meza M, Accinelli R, Mendoza D. Factores de riesgo para el fracaso del tratamiento antituberculoso totalmente supervisado. *Rev Sociedad Peruana Med Interna*. 1999; 33(8):140–4.
19. Lenga RG. Factores socio-demográficos culturales que influyen en el abandono al tratamiento de tuberculosis de los pacientes en el Centro de Salud “El Progreso”, Lima 1995–1996. [Tesis para obtener el grado de Licenciado en Enfermería.] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
20. De Fatima Militão M, de Sá CC, Leite AR Vieira W, Salustiaño A. Factores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;9(6):368–74.
21. Ivarez GGC, Alvarez GJF, Dorantes JJE, Halperin FD. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas México. *Salud Publica Mex*. 2000;42(6)520–8.
22. Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Salustiano A. Factores pronósticos para tratamiento de tuberculosis pulmonar en Recife, Pernambuco, Brasil, 1994–1999. *Rev Pan Salud Publica*. 2001;9(6):368–74.
23. Ruano, d. a. c. conocimientos, actitudes y practicas de las/os enfermeras/os de los distritos de salud del area de jutiapa, acerca de los cuidados al paciente que esta bajo tratamiento acortado estrictamente supervisado (taes) del programa de tuberculosis.
24. de Maria Miranda, F. EXPERIENCIAS DE VIDA DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO. *Hospital Hipólito Unanue de Tacna*, 22.
25. Gallardo Veliz, D. T. (2014). Situación epidemiológica de la tuberculosis en pacientes de 2 centros de rehabilitación social Los Ríos, marzo 2012.
26. Collazos Flores, C. L. (2013). Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT-CS San Luis, 2012.
27. Armas Pérez, L., González Ochoa, E., Hevia Estrada, G., & Peláez Castro, E. (1996). Elementos del diagnóstico clínico y el tratamiento de la tuberculosis. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(1), 59-68.
28. Armas Pérez, L., González Ochoa, E., Hevia Estrada, G., & Peláez Castro, E. (1996). Elementos del diagnóstico clínico y el tratamiento de la tuberculosis. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(1), 59-68.
29. Armas Pérez, L., González Ochoa, E., Hevia Estrada, G., & Peláez Castro, E. (1996). Elementos del diagnóstico clínico y el tratamiento de la tuberculosis. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(1), 59-68.
30. Jave, O. (2009). Investigando en tuberculosis. ¿ Dónde estamos, quiénes somos, hacia dónde nos dirigimos?. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 276-27.

ENTREVISTA PSICOSOCIAL DEL PACIENTE TERMINAL O GRAVEMENTE ENFERMO.

ALEJANDRO ANDRACA DIAZ

NOMBRE DEL PACIENTE: SANTIAGO

EDAD: 75 AÑOS

ENFERMEDAD: CANCER PULMONAR

EL PACIENTE TERMINAL ES AQUÉL QUE POSEE UNA ENFERMEDAD AVANZADA, PROGRESIVA E INCURABLE, CON POCAS POSIBILIDADES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO ESPECÍFICO, EL CUAL PRESENTA NUMEROSOS PROBLEMAS O SÍNTOMAS, LOS CUALES SON VISERALIZADOS Y ASOCIADOS A LAS EMOCIONES DEL PACIENTE, SUS FAMILIARES Y EL EQUIPO TERAPÉUTICO QUE LE ATIENDE, ESTANDO SU SITUACIÓN RELACIONADA, IMPLÍCITA O EXPLÍCITAMENTE, LA PRESENCIA DE LA MUERTE Y MANEJANDO UN PRONÓSTICO DE VIDA INFERIOR A SEIS MESES.

A CONTINUACION REALIZAREMOS AL ENTREVISTA PSICOSOCIAL AL SR. SANTIAGO PACIENTE INTERNADO EN EL HOSPITAL REGIONAL VICENTE GUERRERO NO 1 DEL IMSS, HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DESDE HACE UNA SEMANA, CON 75 AÑOS DE EDAD, QUE SE ENCUENTRA CON DIAGNOSTICO DE CANCER PULMONAR BILATERAL, METÁSTASIS EXTRATORACICA, SE ENCUENTRA CONSIENTE Y AUN PUEDE DIALOGAR, ACLARO QUE EL SR. SANTIAGO ACABA DE SER DIAGNOSTICADO Y ESTA EN TRÁMITES DE TRASLADO A LA CIUDAD DE MÉXICO A UN HOSPITAL DONDE PUEDAN REALIZARLE LOS PROCEDIMIENTOS QUE REQUIERE PARA PROLONGAR SU VIDA UN TIEMPO MAS.

NOS DISPONEMOS A REALIZARLE UNA ENTREVISTA:

ALEJANDRO: *HOLA MUY BUENOS DÍAS SR. SANTIAGO, ME PRESENTO SOY ALEJANDRO, ESTUDIANTE DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO, QUISIERA SABER SI ME PERMITE HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS.*

SANTIAGO: *-CLARO DR. ADELANTE. COMO LE PUEDO LLAMAR DR. O POR SU NOMBRE?*

ALEJANDRO: *USTED COMO ES MI AMIGO PUEDE LLAMARME ALEX.*

SANTIAGO:-AH BUENO ALEX SI ES ASÍ ADELANTE. SI PUEDO CONTESTAR LO HARE.

ALEJANDRO: BUENO DON SANTIAGO, DIGAME COMO SE SIENTE USTED EN ESTE MOMENTO?

SANTIAGO: PUES SIENDO SINCERO YO SABÍA QUE ALGUNA VEZ ME LLEGARÍA EL DÍA EN QUE MI INMORTALIDAD SE ACABARÍA (RIENDO). PUES ME SIENTO BIEN Y MAL A LA VEZ , SABES MAL PORQUE MIS HIJAS Y MI MUJER ME DECÍAN A DIARIO QUE DEJARA DE FUMAR , Y A DIARIO LES DECÍA ES MI VIDA ADEMÁS SOY INMORTAL (RIENDO), Y ELLAS REÍAN CONMIGO , PERO EN EL FONDO SABÍA QUE TENÍAN RAZÓN , SIEMPRE ME FUE MUY DIFÍCIL DEJAR EL ALCOHOL Y EL CIGARRO , HOY LAS VEO ANGUSTIADAS Y LES DIGO QUE NO SE PREOCUPEN QUE SU MADRE ME ESPERA HAYA ARRIBA Y QUE LO QUE ME PASA NO ES SU CULPA , SI NO MÍA , Y ME SIENTO BIEN A LA VES PUES LA ÚNICA SENSACIÓN QUE NO EH SENTIDO EN LA VIDA ES MORIR , Y SIENDO LO ÚNICO QUE ME FALTA POR HACER ENTONCES YO ABRE TERMINADO MI TURNO AQUÍ EN ESTA VIDA

ALEJANDRO: ¿QUÉ OPINA USTED SOBRE LA POSIBILIDAD DE DEJAR ESTE MUNDO? ¿LE TEME A LA MUERTE?

SANTIAGO: HIJO , ESPERO ENTIENDAS LO QUE TE DIRÉ , ESTE MUNDO NUNCA SE DEJA , SOLO PASAMOS A OTRO NIVEL DONDE NUESTRO CUERPO DUERME Y NUESTRA ALAMA DESCANSA , PERO SIEMPRE TE QUEDAS, QUIZÁ NO ES ALGO QUE PUEDAS ENTENDER EN SU TOTALIDAD , Y NO PORQUE CREO QUE SEAS TONTO , SINO PORQUE A MÍ ME COSTÓ AÑOS DARME CUENTA , NO LE TEMO MORIR , LE TEMO A LO QUE VIENEN DESPUÉS DE ELLO , PERO SÉ QUE ALGUIEN ESTÁ ARRIBA Y COMO LOS 45 AÑOS QUE PASAMOS JUNTOS SIEMPRE ABOGANDO POR MI BIENESTAR, MI ESPOSA ABRIL , ELLA SIEMPRE ME CUIDARA.

ALEJANDRO -¿Y QUÉ COSAS LE HUBIERA GUSTADO HACER? ANTES DE IRSE DON SANTIAGO QUE LE GUSTARÍA ARREGLAR, OBTENER, ALGÚN PENDIENTE EN LA VIDA.

SANTIAGO: ANTES DE QUE MI ESPOSA FALLECIERA, LE PROMETÍ UN PAY DE LIMÓN, COMO SIEMPRE LE GUSTO, ESE DIA LA PASTELERÍA NO ABRIÓ, Y CUANDO REGRESE A CASA LE DIJE QUE NO LO HABRÍA ENCONTRADO Y ME DIJO QUE ESTABA BIEN Y LE DIJE QUE LO HARÍA YO EN CASA, Y ELLA ME DIJO NO LO HAGAS, LA COCINA QUEDA HECHA UN DESASTRE CONTIGO, Y SI ME PREGUNTAS QUE QUIERO AHORA, YO CREO QUE UN PAY DE LIMÓN ESTARÍA PERFECTO.

ALEJANDRO: AHORA DON SANTIAGO, PLATÍQUEME DE SU VIDA. DESDE NIÑO HASTA EL DÍA DE HOY TODO LO QUE RECUERDE?

SANTIAGO : -POR SUPUESTO, PS DE NIÑO ERA LO NORMAL, TRABAJABA EN CASA CON MI PADRE EL ARREGLABA ZAPATOS, ERA MUY BUENO DE ÉL FUE QUE APRENDÍ A LO QUE ME DEDIQUE TODA MI VIDA , TERMINE MIS ESTUDIOS CON EL ESFUERZO DE TODOS MIS PADRE , MIS HERMANOS , Y ME DEDIQUE AL COMERCIO , FUI ADMINISTRADOR DE MIS

PROPIOS NEGOCIOS , CONMIGO TRABAJARON MIS HERMANOS , ALAOS 22 AÑOS CONOCI A LA MUJER MAS HERMOSA DEL MUNDO , Y LA DEJE IR , PERO A LOS 30 CONOCI A LA MUJER MAS BELLA DEL UNIVERSO , Y NO PODÍA REGARLA DE NUEVO , FUE LO MEJOR JUNTO CON MIS DOS HIJAS QUE SON GEMELAS PRO CIERTO QUE TUVE EN LA VIDA.

ALEJANDRO: SUS DOS HIJAS DON SANTIAGO, QUE SINTIÓ CUANDO SUPO QUE ERAN GEMELAS Y QUE SINTIÓ CUANDO LAS VIO POR PRIMERA VEZ?

SANTIAGO. MIS DOS HIJAS, CLARISA Y KAREN, MIS DOS PRINCESAS, NO SUPIMOS QUE ERAN GEMELAS HASTA EL MOMENTO DE SU NACIMIENTO (LLORANDO Y SONRIENDO), CUANDO NACIERON CLARI NACIO CON UN PROBLEMA DE PESO BAJO, PERO MI HIJA ESTÁ BIEN AHORA, FUI EL HOMBRE MÁS FELIZ DEL MUNDO, AHORA ELLAS ESTAN HACIENDO FELIZ A OTROS DOS HOMBRES QUE CREME FUERON MUY AFORTUNADOS DE TENER A UNA MUJER TAN HERMOSA COMO ES CLARI Y KAREN.

ALEJANDRO: PS DON SANTIAGO PARA NO AGITARLO TANTO LE HARE LA PREGUNTA MAS IMPORTANTE ¿SI PUDIERA CAMBIAR ALGO EN SU VIDA LO HARÍA?

SANTIAGO: SONRIENDO DICE: SI QUISIERA CAMBIARLE ALGO A MI VIDA SERÍA EL MAS TONTO DE LOS TONTOS, NO CAMBIARÍA NI UN SOLO SEGUNDO DE MI VIDA , PORQUE A PESAR QUE FUE CANSADA , FUE LA MEJOR VIDA QUE DIOS ME PUDO DAR , Y SINCERAMENTE HAY MOMENTOS EN LOS QUE NO QUIERES SABER ANDA Y ESTAR SOLO , PS HIJO EN TU VIDA SENTIRÁS LO MISMO , SOLO RECUERDA QUE SIEMPRE HABRÁ UN DÍA SIGUIENTE PARA HACER DE ESE DÍA LE MEJOR DE TU VIDA , Y SI TIENES LA OPORTUNIDAD HAS QUE SE ALE MEJOR DÍA DE SU VIDA PARA TODAS LAS PERSONAS QUE QUIERES , DI SIEMPRE LO QUE QUIERES DECIR , LLORA CUANDO QUIERAS LLORAR Y CUANDO LLEGUES A MI EDAD , O TE ENCUENTRES EN ESTA ETAPA DE TU VIDA , RIENDO DIRÁS QUE ERES INMORTAL , Y SABES POR QUÉ LO DIGO? PS NUNCA MUERES, CONSIDERO QUE DEJE HUELLA EN ESTE MUNDO Y MIENTRAS SIGA ROTANDO LA TIERRA ALREDEDOR DEL SOL , MI RECUERDO SE MANTENDRÁ EN MIS HIJAS , MIS AMIGOS , MIS NIETOS , ME VOY SATISFECHO DE ESTE MUNDO , Y SI POR MI FUERA ME IRÍA AHORITA MISMO , PERO SI .

ESTOY AQUÍ ES POR ELLOS, MIS HIJAS MIS NIETOS, ELLOS ME QUIEREN AUN AQUÍ Y PS QUE MAS QUEDA NO, ECHARLE GANAS Y A VER CUÁNTO PUEDO DURAR Y SEGUIR DANDO LATA AQUÍ.

ALEJANDRO: BUENO DON SANTIAGO, ME DA GUSTO HABER PLATICADO CON USTED Y ESPERO ALGÚN DÍA PODER DECIR QUE SOY INMORTAL, MAS QUE AGRADECER LA ENTREVISTA AGRADEZCO, HABER ESCUCHADO DE USTED, Y DÉJEME DECIRLE QUE SERÁ INMORTAL PARA MÍ, PS ESTA PLATICA LA RECORDARE POR SIEMPRE,

SANTIAGO: ALEX, PS AGRADEZCO ESTOS MINUTOS, ME GUSTÓ MUCHO CHARLAR CONTIGO, SE TE NOTA QUE ERES MUY BUENA PERSONA, Y SERÁS UN EXCELENTE MÉDICO, QUE DIOS TE BENDIGA HIJO, CÚIDATE Y NO DEJES NADA PENDIENTE ANTES DE IRTE

FIN DE LA ENTREVISTA.

CONCLUSIÓN:

DON SANTIAGO, ES UN PACIENTE QUE ACEPTA SU MUERTE COMO ALGO QUE TENÍA QUE LLEGAR EN ALGÚN MOMENTO Y SE VA DE ESTE MUNDO CON LA ESPERANZA DE HABER QUEDADO EN LA MEMORIA DE SUS HIJAS, AMIGOS Y FAMILIARES, SE VA A ACOMPAÑAR POR OTRO LARGO TIEMPO A SU ESPOSA, QUE DICE ÉL LO ESTÁ ESPERANDO.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO
UNIDAD ACADEMICA DE MEDICINA
REVISTA CIENCIA JOVEN
“TONAMITL”