

ADAPTACIÓN Y APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN PACIENTES INTERNADOS

ADAPTATION AND APPLICATION OF A SAFETY PERCEPTION SURVEY IN HOSPITALIZED PATIENTS

MARIA FLORENCIA GALLARDO, JUAN IGNACIO TROBBIANI, CARLA GAZZONI, LUCIA LAMPONI TAPPATÁ, ANA CLARA CABRERA, ALICIA MONALDI, FRANCISCO OROZCO, BRENDA CÓRDOBA, MARCOS LÓPEZ, ISABEL SAGARZAZU, SABRINA SCALESI, CONSTANZA VITALE, MARTA DEL VALLE, MARCELO GARCÍA DIEGUEZ, ANALIA OCAMPO, ALEJANDRO CRAGNO.

Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Resumen: Introducción: La seguridad del paciente ha adquirido gran relevancia en los últimos años. Involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la sanidad puede mejorar la seguridad y el servicio prestado. Existen diferentes cuestionarios relacionados con la percepción del paciente en cuanto a la seguridad de servicios sanitarios. El Ministerio de Sanidad y Política Social de España validó en 2009 un instrumento. **Objetivo:** Describir la percepción de seguridad de los pacientes respecto a la atención sanitaria recibida durante su internación. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal realizado en dos hospitales de la ciudad de Bahía Blanca. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se encuestaron a 35 pacientes mediante el "Cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario", heteroadministrado. **Resultados:** De 24 encuestas, el puntaje obtenido fue una

media de 81.16/100, lo cual indica un alto nivel de seguridad percibida. Sólo un paciente refirió haber sufrido un incidente durante la estadía hospitalaria y 6 pacientes refirieron haber tenido errores clínicos durante la hospitalización. **Discusión:** La seguridad percibida por los pacientes en la atención sanitaria fue similar a la descrita en el trabajo original, lo que indica en ambos casos un alto nivel de seguridad percibida. Las respuestas de los pacientes a la encuesta manifiestan su grado de satisfacción con la atención percibida y no el grado de seguridad, ya que aun habiendo incidentes reconocidos no se perciben como falta de seguridad.

Palabras clave: paciente internado, atención sanitaria, percepción de seguridad, cuestionario.

Abstract: Introduction: Patient safety has become very important in recent years. Involving patients in the different aspects of healthcare can improve safety and service provision. Different surveys were developed related to the patient's perception of safety in health services. The Ministry of Health and Social Policy of Spain validated an instrument in 2009. **Objective:** To describe the healthcare safety perceived by patients during their stay in hospital. **Materials and Methods:** Descriptive quantitative cross-sectional study conducted in two hospitals in the city of Bahía Blanca. A convenience non-probability sampling method was used. Thirty five patients were surveyed by the hetero-administered "Survey on the

Correspondencia: Dr. Alejandro Cragno. Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. (8000).Bahía Blanca. Buenos Aires. Argentina. E-mail: acragno@uns.edu.ar

Recibido: 28 de septiembre de 2014
Aceptado: 22 de noviembre de 2014

healthcare safety perceived in hospitals". Results: 24 surveys were finally available for analysis. The score obtained was an average of 81.16/100, indicating a high level of perceived safety. Only one patient reported to have suffered an incident during hospital stay and 6 patients reported having clinical errors during hospitalization. **Discussion:** Health care safety perceived by patients was similar to that described in the original work, indicating in both cases a high level of perceived safety. Patients' answers expressed their satisfaction with the perceived healthcare and not the degree of safety. The incidents acknowledged were not perceived as lack of safety.

Keywords: hospitalized patient, healthcare, safety perception, survey.

INTRODUCCION

La atención sanitaria es cada vez más compleja, utiliza tecnologías más sofisticadas, se realizan más prestaciones, la diversidad de los profesionales y variabilidad de sus prácticas va en aumento y por todo ello, recibir atención sanitaria entraña cada vez más riesgos potenciales. La seguridad del paciente es la ausencia, desde la perspectiva del paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria (1). A pesar de la explosión en los últimos años, el interés por estudiar y controlar los riesgos de la asistencia sanitaria no es nuevo. Estudios de Schimmel EM (2003) mostraron que el 20% de los pacientes que ingresaban en los hospitales sufría alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave. En 2000, el Institute of Medicine publicó el informe "To err is human: building a safer health system" (3). Este informe mostró al mundo el número de errores médicos evitables que ocurren cada día, analizando el carácter sistémico de los errores y planteando estrategias de prevención. Progresivamente, la seguridad de los pacientes ha tomado roles más protagónicos en la sociedad y ámbitos académicos y políticos (4). En Argentina, el 21 de octubre del 2009 se promulgó la Ley 26529 de los Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. En investigaciones publicadas en los últimos años, se distinguen por un lado estudios realizados con el objetivo de analizar y evaluar la incidencia de errores médicos o efectos adversos (5, 6) y por otro, trabajos que intentan indagar en las opiniones y percepciones de los pacientes y profesionales sobre la seguridad asistencial (7, 8). Existen además, estudios que buscan relacionar ambas esferas: seguridad y calidad asistencial percibidas por los pacientes y tasa de eventos adversos sufridos (9, 10). Dentro de la visión de los pacientes de la seguridad, en la literatura aparecen los conceptos de percepción de seguridad y satisfacción del paciente. Por percepción se entiende al acto

de recibir, interpretar y comprender las señales sensoriales que provienen de los cinco sentidos, y que está directamente vinculado con el sistema psicológico de cada individuo que hace que el resultado sea diferente en otra persona (11). De manera que la percepción de seguridad, es todo aquello que el paciente capta, procesa y entiende acerca de la seguridad de la atención de salud recibida, otorgándole un juicio de valor de acuerdo a su conocimiento, sus experiencias, sus valores, etc. Por otro lado, el concepto de satisfacción del paciente hace referencia a la sensación de bienestar del paciente ante el cumplimiento de sus expectativas y resultados esperados en cuanto a la atención sanitaria recibida (12). Percepción de seguridad y satisfacción, dos constructos que en principio parecen muy lejos el uno del otro, podrían no ser tan disímiles. Rathert y col. (2012) relaciona seguridad del paciente, calidad del proceso de atención y satisfacción del usuario del sistema de salud (13). Establece que los tres conceptos están relacionados positivamente y, en síntesis, las percepciones de seguridad de los pacientes median la relación entre la calidad del proceso de atención y la satisfacción general percibida: si los pacientes se sienten seguros, lo expresarán combinado con otros factores del proceso de atención en general en términos de satisfacción con el servicio recibido. Pocos estudios han examinado lo que los pacientes piensan de la seguridad, qué predice las percepciones del paciente en seguridad o cómo esas percepciones pueden influir en los resultados del cuidado de la salud. Los pacientes tienden a centrarse en la prestación de servicios como un indicador de calidad y la evidencia sugiere que pueden estar más conscientes de sus riesgos a efectos adversos de lo que se asume (14). En este sentido, hay estudios que han demostrado que las medidas tradicionales de notificación de incidentes utilizadas por los profesionales sanitarios, deberían acompañarse de información recogida directamente del paciente, ya que esta combinación puede ser un indicador cuantitativo muy eficiente de la seguridad del paciente (9). Involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la sanidad puede mejorar la seguridad y el servicio prestado mediante la identificación precoz de riesgos y problemas por parte de los pacientes. Ellos pueden participar, aportar preocupaciones y contribuir con ideas para implementar planes de mejoras mediante soluciones más viables y realistas (15). Hay evidencia de que la percepción del paciente sobre la atención de salud puede predecir los eventos adversos (10). Por otro lado, pacientes satisfechos tienen mejores resultados (16, 17). Existen diferentes cuestionarios relacionados con la percepción del paciente en cuanto a la seguridad de servicios sanitarios. El Ministerio de Sanidad y Política Social de España desarrolló en 2009 un instrumento que fue validado (18). Además de indagar sobre aspectos que hacen a la seguridad, pregunta al paciente el grado de

seguridad percibido respecto a la atención recibida de forma directa. El objetivo del presente trabajo es describir la percepción de seguridad de los pacientes respecto a la atención sanitaria recibida durante su internación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. **Ámbito:** Dos hospitales de la ciudad de Bahía Blanca: Hospital 1 [61 camas, privado] y Hospital 2 [144 camas, público]. **Muestreo:** No probabilístico, por conveniencia. **Criterios de elegibilidad:** Pacientes mayores de 18 años de los servicios de Clínica Médica y Cirugía General de los hospitales mencionados, internados por algún período entre el 1 de noviembre del 2009 al 31 de julio del 2010 (al menos 3 días de estancia hospitalaria). **Criterios de inclusión:** Pacientes que dieran su consentimiento. **Criterios de exclusión** (a criterio del encuestador): Alteraciones mentales permanentes. Síndrome confusional durante la internación; Dificultades para la comprensión oral y/o escrita. **Variables del estudio Primarias:** Valoración global de la seguridad percibida por los pacientes en la atención sanitaria: puntuación estandarizada del cuestionario, teniendo sólo en cuenta las preguntas de la 1 a la 10. **Secundarias:** Variables sociodemográficas: Edad; Sexo; Nivel de estudios terminados: no sabe leer ni escribir, sin estudios, estudios primarios o equivalentes, enseñanza general secundaria, enseñanza profesional y estudios universitarios o equivalentes. **Variables clínicas:** Motivo de hospitalización: clínico o quirúrgico; Días de estancia hospitalaria hasta el momento de la visita de estudio; **Instrumento de recolección de datos.** El "Cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario" (18) se aplicó en las 24hs previas al alta. Es un cuestionario heteroadministrado, adaptado según las características de la población y del lugar de aplicación. El cuestionario consta de 24 preguntas divididas en tres secciones y 2 preguntas aisladas:

- Experiencia general durante la estancia hospitalaria (ítems 1 a 10). Cada pregunta consta de 5 opciones de respuesta (1: no estoy de acuerdo a 5: estoy completamente de acuerdo).
- Detección de problemas (error clínico) durante la hospitalización (ítems de 11 a 17). El paciente debe responder si ha tenido alguno de los 7 problemas que se describen, a través de preguntas con opciones de respuesta dicotómicas (sí/no).
- Presencia de un incidente durante la hospitalización: Es una pregunta individual sobre la experiencia de un suceso inesperado o no deseable durante la internación y se solicita que lo describa.

- Experiencia con un error clínico (17 a 24). Cada pregunta consta de 5 opciones de respuesta (1: no estoy de acuerdo a 5: estoy completamente de acuerdo).
- Sensación de seguridad producida por la atención percibida: Esta pregunta individual consta de 7 opciones de respuesta (1: Muy seguro/a a 7: Muy inseguro/a).

Análisis de datos. Los resultados de la encuesta se volcaron a una base de datos diseñada a tal fin, se utilizó el programa estadístico SPSS v19.0 para su procesamiento. Se evaluó la factibilidad y la fiabilidad del cuestionario. La primera se evaluó en términos de omisión de respuesta, calculando el porcentaje de pacientes que respondieron al cuestionario completo y el porcentaje de omisión de respuesta para cada una de las preguntas del cuestionario. La segunda se evaluó con la consistencia interna (preguntas 1 a 10) mediante el coeficiente de α Cronbach en el total de la muestra de pacientes participantes.

RESULTADOS

De una población de 6367 pacientes se seleccionó una muestra de 37 pacientes. De las 37 encuestas realizadas, hubo 35 encuestas completas y se eliminaron 2 incompletas (respuesta del 94.5%). Los pacientes que respondieron todos los ítems fueron 24 (68.57%). Las preguntas con menor respuesta fueron el ítem 13 ("Ha vuelto a ser operado/a de forma imprevista después de haber sido intervenido/a quirúrgicamente en una primera ocasión durante su hospitalización") con 3 (8.5%) omisiones y el ítem 7 ("Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento") y la última sección que preguntaba sensación general de seguridad con 2 (5.7%) omisiones. Los ítems 2, 4, 6, 9 tuvieron una (2.8%) omisión cada uno. Los pacientes presentaban una edad promedio de (DE) 63.71 años (14.43), (rango: 29-88). El porcentaje de mujeres fue de 37.1%. Sólo 3 (8.5%) pacientes fueron quirúrgicos y el 17.14% de los pacientes tenía estudios secundarios o universitarios. Se detallan los datos demográficos según el hospital en la Tabla 1. La valoración global de la seguridad percibida por los pacientes en la atención sanitaria, en el ámbito hospitalario, se obtuvo a partir de la puntuación estandarizada (0 a 100) sugerida por los autores del trabajo original, teniendo en cuenta las preguntas de la 1 a la 10. El puntaje obtenido en nuestro estudio fue una media de (DE) 81.16 (14.77), (rango 36-100), lo cual indica un alto nivel de seguridad percibida, dado que la puntuación oscila de 0 a 100 y una mayor puntuación indica un mayor nivel de seguridad. Se describe a continuación la puntuación percibida según hospital y sexo en la Tabla 2. Sólo un paciente masculino (2.8%) refirió haber sufrido un incidente durante la estadía hospitalaria. En su descripción del mismo refirió que le habían tenido que cambiar una sonda urinaria porque la anterior se había obstruido ("Me colocaron

dos sondas, una estaba tapada”). Consideró que el incidente se había detectado rápidamente y que se había resuelto rápida y satisfactoriamente. La información que había recibido sobre el mismo no había sido suficiente y clara, pero consideró que pudo participar de la toma de decisiones en la resolución del problema. El personal no le había pedido disculpas ni había tomado medidas para evitar que volviera a suceder. Finalmente este paciente refirió haberse sentido muy seguro por la atención recibida. Un total de 6 (17%) pacientes refirieron haber tenido problemas (error clínico) durante la hospitalización. De estos 2 (33%) refirieron haberse sentido “Muy seguros/as”, 3 (50%) refirieron haberse sentido “Bastante seguros/as” y 1

(16.6%) refirió haberse sentido “Ligeramente seguro/a”). Los mismos se detallan en la Tabla 3. En total 7 (20%) pacientes refirieron algún tipo de error clínico o incidente. Respecto a la seguridad percibida en la atención sanitaria a partir de una pregunta general el 69.7% refirió sentirse muy seguro, el 18.2% bastante seguro y el 12.1% ligeramente seguro. No hubo pacientes que refirieran sentirse inseguros ni tampoco pacientes que no supieran que tan seguros se sentían. A continuación se detalla esta información según hospital en la Tabla 4. El α de Cronbach considerando las preguntas 1 a 10 fue de 0,86.

Tabla 1

Hospital		Hospital 1	Hospital 2	Valor p
Total de pacientes		10	25	
Edad promedio		73.40	59.84	0.756
Sexo	Hombres	3 (30%)	17 (68%)	0.069
	Mujeres	5 (50%)	8 (32%)	
	Sin datos	2 (20%)	0	
Nivel de estudios terminados	Ningún estudio	0	1 (4%)	0.002
	Estudios primarios	7 (70%)	7 (28%)	
	Estudios secundarios	3 (30%)	3 (12%)	
	Estudios universitarios	0	0	
	Sin datos	0	14 (56%)	
Motivo de internación	Clínico	8 (80%)	24 (96%)	0.057
	Quirúrgico	2 (20%)	1 (4%)	

Tabla 2

Hospital	Hospital 1	Hospital 2
Puntaje	92,00	86.40
Hombres	86.66	83.05
Mujeres	92,00	93.50

Tabla 3

Problema	Cantidad de pacientes que lo refirieron
Infección	3 (8.5%)
Reacción alérgica debida a la medicación, alimentación, material sanitario o transfusión de sangre	1 (2.8%)
Reoperación de forma imprevista después de haber sido intervenido quirúrgicamente	0
Caídas, fracturas o algún tipo de accidente	0
Equivocación en el diagnóstico	1 (2.8%)
Medicación equivocada	0
Confusión con otro paciente	1 (2.8%)

Tabla 4

	Hospital 1	Hospital 2
Muy seguro/a	6 (60%)	17 (68%)
Bastante seguro/a	3 (30%)	3 (12%)
Ligeramente seguro/a	1 (10%)	3 (12%)
Ni seguro/a ni inseguro/a	0	0
Ligeramente inseguro/a	0	0
Bastante inseguro/a	0	0
Muy inseguro/a	0	0
Sin datos	0	2 (8%)

DISCUSIÓN

Si se desea fomentar una medicina centrada en el paciente, uno de los puntos más importantes que se deben poner en práctica es escuchar lo que ellos tienen para decir. A través de investigaciones que se centren en la opinión de los pacientes se contribuye a su empoderamiento como actores del sistema de salud. De esta forma se debe brindar la posibilidad de expresarse y también se les indicó que su opinión es importante. El paciente debería conocer el rol activo que puede tomar en el proceso de atención (6, 13). Respecto a las omisiones, fueron pocos los pacientes que no contestaron algunas de las

preguntas. Las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada fueron similares a las de la investigación original respecto a la edad, sexo y nivel de estudios. El porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente fue menor en nuestro estudio (8.5% versus 44.2%). Ambos hospitales no presentaban diferencias significativas entre su población, excepto por el nivel de estudios, pero esto puede verse afectado por la gran proporción de datos faltantes en el Hospital 2. La valoración global de la seguridad percibida por los pacientes en la atención sanitaria, en el ámbito hospitalario fue muy similar a la descrita en el trabajo original (81.16 versus 88), lo que indica en ambos casos un alto

nivel de seguridad percibida. Al comparar la puntuación de seguridad según sexo se observó que las mujeres valoraron en casi 8 puntos más (mayor seguridad) la percepción que tenían de la atención sanitaria que los hombres, a diferencia de la investigación original donde los hombres valoraron en 2 puntos más que las mujeres.

Pero debemos tener en cuenta que, en ambos casos, las diferencias no fueron significativas. Del total de los 6 pacientes que refirieron haber tenido un error clínico (preguntas 11 a 17) durante la hospitalización ninguno refirió haber sufrido un incidente cuando se le preguntó de forma directa (Sección 3) y excepto un paciente que consideró que su percepción de seguridad fue “Ligeramente seguro/a” los demás refirieron sentirse “Muy seguro/a” (2, 33%) y “Bastante seguro/a” (3, 50%). Esto podría representar una dificultad de la encuesta de medir la percepción de seguridad, por lo que la última pregunta podría entenderse como satisfacción con la atención recibida y por lo tanto, no coincidir con las respuestas de la primera sección. También creemos que esto puede influir a la dificultad en la comprensión de las preguntas, ya que se trataba de una población añosa (edad promedio: 63.71) y con bajo nivel de estudios (nivel de estudios primarios o menor: 42.85%). El porcentaje de pacientes que refirió haber sufrido un error clínico fue bastante mayor que en la investigación original (17.14% - 6/35 versus 7% - 6/86), pero esto puede deberse a que nuestro estudio posee una muestra pequeña. Respecto a la experiencia ante el error clínico sufrido, las respuestas del único paciente que tuvo un incidente fueron similares a las que dieron los pacientes en igual situación de la investigación original. Aunque a nuestro paciente se le dejó participar en la toma de decisiones a diferencia de los otros pacientes del estudio original, no se le pidió disculpas ni se tomaron medidas para que el error no vuelva a suceder. El error clínico más frecuente fue la infección (8.5%) seguida de reacciones alérgicas, equivocación en el diagnóstico y confusión con otro paciente (2.8%). La consistencia interna fue adecuada. Este valor del α de Cronbach fue similar al de los resultados de la investigación original (0,86 versus 0,82) para los ítems del 1 a 10. Concluimos que las respuestas de los pacientes a la encuesta manifiestan su grado de satisfacción con la atención percibida y no el grado de seguridad, ya que aun habiendo incidentes reconocidos no se perciben como falta de seguridad. Por lo cual, el instrumento, puede ser utilizado en nuestro ámbito para medir la percepción de seguridad de los pacientes con las limitaciones mencionadas. Por otro lado, la muestra es pequeña para poder sacar otras conclusiones del estudio y no es heterogénea (motivo de internación, edad, nivel de estudios), por lo que no se pueden obtener más datos como podrían ser las características poblacionales según el error clínico, el manejo del error una vez que se produce,

entre otros. La experiencia reportada con otros instrumentos también muestra una percepción de seguridad mayor a la que se esperaría a partir de la incidencia de eventos reportada en la literatura. En este sentido Mirá y col. (2009) incluyó la aplicación de un cuestionario confeccionado y validado por ellos a 384 pacientes, similares a los del presente trabajo, donde se informó un 10.1% de eventos adversos, la mitad que en nuestros resultados. El 5.8% fue por error en la medicación, el 6.1% a intervención quirúrgica, el 2.3% reportó sufrir ambos errores. A diferencia que en nuestro trabajo, cuando el paciente informa haber sufrido un evento adverso se reduce significativamente su confianza en profesionales y sistema sanitario. Refieren además que la confianza disminuye de forma significativa únicamente en el caso de los pacientes insatisfechos. Esto no sucede en nuestro trabajo, donde consideramos que las respuestas de percepción de alta seguridad cuando sucedió un evento adverso se deben a que los pacientes se sintieron satisfechos con la atención recibida. Un estudio de Agoritsas y col (2005) aplicó a 1433 pacientes un cuestionario con preguntas sobre reporte de eventos adversos. Del total, 725 (50.6%) reportó al menos un evento adverso. Estos resultados son mayores a los encontrados en nuestro estudio (50.6% versus 20%). En sus resultados informan que una gran cantidad de pacientes reportaron más de un evento adverso, incluso 4 pacientes reportaron 20 o más eventos. A diferencia de nuestros resultados en los que ningún paciente reportó más de un evento. El 8.2% reportó haber sufrido una infección durante la hospitalización similar a nuestro resultado (8.5%), el 7.7% refirió una reacción alérgica, lo que fue menor en nuestro estudio (2.8%), el 3.2% fue reoperado de forma imprevista, suceso que no fue reportado en nuestro caso y el 2.2% sufrió una caída lo cual tampoco se reportó en nuestro estudio. El 3.9% sufrieron una equivocación en el diagnóstico en comparación con nuestro estudio que fue del 2.8%, el 2.4% recibió una medicación equivocada, lo que no fue reportado en nuestro caso y un 1.2% fueron confundidos con otro paciente, lo que si se reportó en un 2.8% en nuestro trabajo. Las diferencias en estos resultados pueden deberse a la diferencia en el número muestral. Otro estudio de 2008 (10) reporta una cantidad mayor de pacientes (n=228) donde se percibieron 34 (14.9%) eventos adversos, similar a nuestros resultados (7, 20%). La dificultad para percibir los errores como un problema de seguridad o el hecho de que los pacientes, cuando estaban satisfechos con la atención, percibían un ambiente más seguro, que se observa en nuestro trabajo, así como en varios de los mencionados, puede ser explicado por lo que postula Rather et al (2011) sobre la relación positiva entre seguridad del paciente, calidad del proceso de atención y satisfacción del usuario con el sistema de salud. Este autor concluye en su estudio (20) que la percepción de seguridad

del paciente media parcial o totalmente la relación entre calidad de atención y satisfacción. Además, la percepción de seguridad explicaría la relación entre calidad de atención y satisfacción. La percepción de los pacientes sobre calidad de atención en el cuidado de la salud podría ser incluso un predictor de eventos adversos. Es necesario que la innovación en seguridad también se base en la opinión del paciente como principal usuario de los sistemas de salud para ello tal vez sea necesario diseñar nuevos instrumentos a partir de la visión particular de pacientes que han tenido experiencias en el sistema de salud local. Esto debería alinearse con otras estrategias como los sistemas de reporte de errores, la generación de espacios virtuales de comunicación donde los pacientes puedan contar sus experiencias y se pueda publicar recursos sobre seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de salud de la Nación Argentina. Glosario de términos. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/pdf/Glosario-de-Terminos-en-Seguridad-del-Paciente.pdf>.
2. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:58-64.
3. Institute of medicine of the national academies. To err is human, 1999. <http://www.iom.edu/?id=12735>.
4. Ortiz Z. La seguridad del paciente como centro de atención. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>, CIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, junio 2005.
5. Ministerio de sanidad y consumo. Agencia de calidad del sistema nacional de salud. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, 2006. www.msc.es/organizacion/sns/plancalidadsns/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
6. Wilson RM, Michel P, Olsen S et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 2012;344:e832.
7. Massó Guijarro P, Aranaz Andrés JM, Mira JJ, Perdiguero E, Aibar C. Adverse events in hospitals: the patient's point of view. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(2):144-7.
8. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(suppl 2):ii17-ii23.
9. Agoritsas T, Bovier PA, Perneger TV. Patient Reports of Undesirable Events During hospitalization. *J Gen Intern Med* 2005; 20(10): 922-8.
10. Taylor BB, Marcantonio ER, Pagovich O, et al. Do medical inpatients who report poor service quality experience more adverse events and medical errors? *Med Care*. 2008 feb;46(2):224-8.
11. Definición ABC una guía única en la red. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/percepcion.php>
12. Ministerio de salud de la Nación Argentina. Curso regional de evaluación y mejora de la calidad. Módulo 1. Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2260/mod_resource/content/1/Modulo_1/DOC_1-Curso_Regional_de_Evaluacion_y_Mejora_de_la_Calidad.pdf.
13. Rathert C, Brandt J, Williams ES. Putting the "patient" in patient safety: a qualitative study of consumer experiences. *Health Expect* 2012;15:327-336.
14. Dowell D, Manwell LB, Maguire A, An PG, Paluch L, Felix K & Williams E. Urban Outpatient Views on Quality and Safety in Primary Care. *Healthcare Quarterly*, 2005; 8(2), Suppl. 2-8
15. Remón Aibar C, Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J et al. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (numero 9). *Revista Clínica Electrónica de Atención Primaria* (número 18). Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
16. Fremont AM, Cleary PD, Hargraves J L, Rowe RM, Jacobson N B, Ayanian JZ. Patient-centered processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction. *Journal of Gen Internal Medicine* 2001; 16: 800-8.
17. Sofaer S & Firminger K. Patient perceptions of quality of health services. *Annual Review of Public Health* 2005; 26: 513-59.
18. Ministerio de sanidad y política social España, Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid; 2009.
19. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortíz L. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales: Validación del cuestionario de percepción de seguridad. *Revista Médica de Chile* 2009; 137(11):1441-8.
20. Rathert C, May DR, Williams ES. Beyond service quality: the mediating role of patient safety perceptions in the patient experience-satisfaction relationship. *Health Care Manage Rev*. 2011;36(4):359-68.

PROBLEMÁTICAS EN SALUD MENTAL Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES DE UN MUNICIPIO DE QUERÉTARO, MÉXICO.

MENTAL HEALTH PROBLEMS AND ADOLESCENT HEALTHCARE PRACTICES IN A TOWN LOCATED IN QUERÉTARO, MÉXICO.

PAMELA GARBUS, ANDREA MORALES OSORNIO, EMILIO GARFIAS HERNÁNDEZ, LEONARDO SENEN CABELLO ÁLVAREZ, KARLA SUGEY GONZÁLEZ ZAMORA, JOSÉ ABRAHAM CARBAJAL VALENCIA, FERNANDA MARCELA GARDUÑO FERNÁNDEZ, JESSICA ALEJANDRA VERDE ORTIZ.

*Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Querétaro.
Campus San Juan del Río. Querétaro. México.*

Resumen: Introducción: Este trabajo se enmarca en un estudio cuyo propósito fue abordar la Accesibilidad a la Atención en Salud en Adolescentes en San Juan del Río (SJR), Querétaro. **Objetivos:** describir y analizar las problemáticas de salud mental de los adolescentes de SJR, Querétaro, desde su propia perspectiva, así como la forma en la que buscan dar solución a las mismas. **Metodología:** Se aplicó una encuesta a una muestra de 345 adolescentes de 12 a 19 años de zonas urbanas y rurales de SJR, 24 entrevistas semidirigidas a adolescentes y un mapeo de servicios. **Resultados:** En SJR no existen programas de salud mental para adolescentes. En los servicios de salud general realizan este tipo de valoraciones y los adolescentes asisten enviados por las escuelas o sus padres. El 44% de los encuestados asistió alguna vez a un psicólogo,

en general, por problemáticas familiares. El 62% identifica que sentirse triste, ansioso, nervioso, estresado o tener pensamientos negativos durante varios días está relacionado con la salud, y el 89% mencionó haberse sentido así al menos una vez en los últimos 6 meses. El 80% buscan actividades con amigos o platicar con sus padres, amigos o maestros cuando tienen malestares de este tipo. Los adolescentes en general consideran que no hay posibilidad de recibir atención psicológica en los servicios públicos. Refieren que las principales problemáticas de los adolescentes son: cutting, problemas emocionales y consumo de drogas. **Conclusiones:** Si bien los adolescentes muestran recursos para resolver sus problemáticas en salud mental, existe una necesidad de ampliar la oferta para garantizar el acceso a la atención en servicios públicos y disminuir la inequidad.

Correspondencia: Dra. Pamela Garbus. Av. Peñuelas 99, Int. 111, Cond. Las Plazas, CP 76148. Querétaro, Qro. México. Teléfono: +52 1442 3811620. Correo electrónico: pamelagarbus@uaq.mx

Recibido: 22 de diciembre de 2014
Aceptado: 05 de febrero de 2015

Palabras clave: adolescentes, acceso, salud mental, problemáticas, prácticas de atención

Abstract: Introduction: This paper is based on the framework of a study that aimed at approaching Accessibility to Adolescent Healthcare in San Juan del Río (SJR), Querétaro.

Objectives: To describe and analyze mental health problems in adolescents in SJR, Querétaro, from their own perspective, as well as the way in which they try to solve these problems. **Methodology:** A survey was applied to a sample of 345 adolescents aged 12 to 19 from both urban and rural areas in SJR, 24 semi-directed interviews to adolescents were carried out as well as a service mapping. **Results:** In SJR there are no mental health programs for adolescents. In general healthcare units this kind of assessments are performed and adolescents are referred by their schools or parents. 44% of the adolescents surveyed had received psychological treatment sometime in their lives, in general, because of family issues. 62% identified that feelings of sadness, anxiety, nervousness, stress or negative feelings for several days are related to health, and 89% mentioned feeling this way at least once in the last 6 months. 80% looked for activities with friends or talked to their parents, friends or teachers when they had such feelings. In general, adolescents consider that there are no possibilities for obtaining psychological care in public healthcare services. They refer that the main problems they have are: cutting, emotional problems, and drug use. **Conclusions:** Although adolescents show resources to solve their mental health problems, there is a need to increase the offer to ensure access to healthcare in public services and thus reduce inequity.

Keywords: adolescents, access, mental health, problems, healthcare practices

INTRODUCCIÓN

Antecedentes:

Se calcula que en México entre los años 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años (1). Se considera a la adolescencia como una etapa en la cual se producen fuertes cambios tanto físicos como psicológicos. Algunos de sus problemas de salud que suelen afectarles son la muerte por suicidio, por violencia interpersonal, por accidentes viales y lesiones. Asimismo, estos encuentran expuestos a la adopción de conductas de riesgo que representarán grandes problemas de salud futuros y muertes prematuras, en especial en relación a adicciones, sexualidad, sedentarismo, inadecuada alimentación, entre otros. La ausencia de relaciones estables con el sistema de salud agrava y acentúa aún más esta situación (2).

El Programa de Acción Específico, Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018 (2), plantea la necesidad de desarrollo de programas integrales que logren mejorar el acceso a los servicios, así como el ambiente donde viven los adolescentes, el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, a partir de una amplia participación juvenil y coordinación interinstitucional e intersectorial. No obstante

en el Programa de Acción Específico, Salud Mental 2013-2018 (3) se argumenta que aún en día en México existe una red deficiente de servicios de salud mental para adolescentes, y que en los servicios de salud mental destinados a toda la población, sólo el 27% de las personas atendidas, son niños y adolescentes. Esta situación es considerada de gravedad toda vez que, en el citado documento, se argumenta que el 24.7% de los adolescentes mexicanos padecen algún tipo de trastorno relacionado a la salud mental siendo los más recurrentes, ansiedad, déficit de atención, depresión, abuso de sustancias. Este trabajo se centró en la indagación de la accesibilidad a la atención en salud mental de adolescentes en el Municipio de San Juan del Río, Querétaro. Se consideró que conocer la relación que los adolescentes establecen con los servicios de salud es nodal para aportar a la mejora de las condiciones de salud mental y desarrollo de los mismos. El mismo se enmarca en un estudio que busca aportar al desarrollo de información para la mejora del acceso a la atención de esta población específica.

Se adopta la línea de trabajo que rescata la dimensión sociohistórica de los procesos de salud/enfermedad/atención (4-6) y subraya fuertemente el enfoque de derechos en el abordaje de problemáticas tan complejas (7). Se adhiere a una línea teórico metodológica que ha rescatado y ampliado la importancia de la dimensión cultural de la accesibilidad considerando para su análisis el conjunto de vivencias, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de salud de una población, denominando como simbólica a esta dimensión que rescata la posibilidad de que el imaginario social y las representaciones pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios (8-11). Así aquellos estudios que rescatan la perspectiva de los propios actores involucrados, en este caso adolescentes, se vuelven especialmente pertinentes.

Descripción del problema

Las cifras en problemáticas en salud mental de adolescentes son cada vez más alarmantes. En México en el nuevo milenio se reportaba una prevalencia del 15% de trastornos psiquiátricos infantiles: 5 millones de niñas y niños sufrían de algún problema de salud mental. De estos la mitad requería de una atención especializada e integral. El 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por problemas de salud mental (3). De hecho la Resolución sobre la Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental (13) colocó a la salud mental en la agenda de los gobiernos americanos argumentando que existe un incremento en las necesidades de salud mental para los grupos más vulnerables; los niños y niñas son formen parte de estos grupos.

En general la mayoría de los jóvenes consultan con sus pares cuando se encuentran con problemáticas vinculadas a la sexualidad, o relaciones familiares e, incluso, situaciones

anímicas que puede asociarse a depresión (14). La ausencia de instituciones de salud que den resolución a estos temas agrava la situación. Al preguntarles a ellos sobre lo que les preocupa en relación a su salud, suelen ubicar como prioritarios temas de salud sexual y las adicciones, la violencia y la discriminación, y los desórdenes alimenticios (14). Este estudio buscó describir las particularidades de las problemáticas en salud mental y analizar la forma en la que los adolescentes buscan dar solución a las mismas, en una localidad de 241.700 habitantes, ubicada en el Estado de Querétaro.

La investigación partió del supuesto de que los adolescentes de San Juan del Río tienen problemáticas en salud mental que no son atendidas en los servicios públicos de salud mental. El objetivo general fue describir y analizar las particularidades de las problemáticas en salud mental desde la perspectiva de los adolescentes así como la forma en la que buscan dar solución a dichas problemáticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo se enmarca en un estudio exploratorio descriptivo de corte transversal que sigue una estrategia metodológica cualitativa y que utiliza para la construcción de datos técnicas intensivas y extensivas (15). Para la elaboración de este recorte se aplicó una encuesta a una muestra de 345 adolescentes de 12 a 19 años de zonas urbanas y rurales del municipio de estudio, 24 entrevistas semidirigidas a adolescentes y un mapeo de servicios, que se llevó a cabo por medio de entrevistas a informantes clave y observación en diferentes instituciones.

RESULTADOS

Análisis de las entrevistas

En general son pocos los adolescentes entrevistados que han recibido atención psicológica. Aquellos que han acudido, han sido canalizados por la escuela o por problemas relacionados a esta. Dice un entrevistado: *“fui con dos psicólogas y fue por, más que nada por motivos, este, de mi rendimiento académico (...) Mis padres creyeron que podía ser una buena opción para ver que podía o, cuál era el causante de mi bajo rendimiento...”* (Federico, 16 años)

Prácticamente ningún adolescente sabe a dónde podría acudir o bien a dónde podría aconsejar que un amigo vaya en caso de necesitar atención de este tipo. Aquellos que saben, consideran como única opción los consultorios particulares: *“Si tú alguna vez necesitaras de algún psicólogo, ¿Sabrías a dónde acudir? (...) – Pues así a un consultorio de un psicólogo”* (Ana Paula, 17 años).

Es notable que muchos de los entrevistados saben qué casos ameritan para que un amigo acuda a un psicólogo: *“porque hay unos que tienen la autoestima demasiado baja, así de algunos niños que conozco, este, que más... por ejemplo, cuando también podrían ir al psicólogo o algo así que les sirva de ayuda cuando perdieron un familiar y no pueden así superarlo que ya haya pasado mucho tiempo”* (Ana Paula, 17 años). *¿En qué caso le recomendarías a un amigo que fuera a un psicólogo? - Cuando tenga problemas emocionales (...) como gente que no se siente cómoda estar rodeado de otra gente, o se siente socialmente seguro o... alguien que no sepa analizar bien su entorno, quizás”* (Pedro, 18 años).

Así los principales problemas que deberían llevar a un joven a consulta según ellos mismos serían: temas vinculados a la autoestima, problemas amorosos, vinculares, *bullying*, *cutting*, problemas en la escuela, abuso de sustancias, violencia entre pares, violencia en el noviazgo, problemas de conducta, embarazo adolescente, entre otras.

En general los adolescentes entrevistados relacionaron los problemas emocionales con la salud mental. Así, sentirse mal, con ausencias, o triste es catalogado como problemas de este tipo. Aquellas problemáticas emocionales son vividas por algunos adolescentes como problemas con uno mismo, sin relación aparente con otros. *“¿Qué entiendes por problemas emocionales? - Pues problemas consigo mismo que no son físicos sino mentales...”* (Juan, 12 años) *“emocionales, que como que no estás bien contigo mismo, como que sientes que no estás bien, como que estás muy inseguro es más sobre ti”* (Laura, 16 años).

Algunos entrevistados diferencian los “problemas del cuerpo”, de la salud, con aquellos vinculados a lo “emocional”. *“(...) “Porque un día mi mamá de tanto estrés que tenía sufrió de una parálisis de la mitad del cuerpo, de tanto estrés, no era su, su, o sea no era su salud, sino de tanto estrés sufrió de eso”* (Mateo, 19 años).

Respecto a la forma en la que conciben los problemas de salud mental, merece destacarse que algunos de ellos consideran que es normal sentirse estresado, ansioso, deprimido, y consideran que estos estados no tienen relación con la salud mental. *“¿Tú consideras que, ahora sí, así estar ansioso, deprimido, estresado es un problema de salud? - No, pues es normal. - Y, por ejemplo, ¿te has sentido alguna vez así? – Sí”* (María del Rocío, 15 años).

De hecho algunos entrevistados dieron cuenta de que para ellos los problemas en salud mental están relacionados con problemáticas severas: *“Pues sí está loca, pues que vaya. - ¿y cómo sería estar loca? - Así que diga cosas que, haz de cuenta, que vea a alguien ahí sentado y tú ni lo ves, eso es estar loco y yo le diría que fuera con un psicólogo a hablar”* (Alondra, 15 años).

En algunos entrevistados aparece la idea de que los problemas anímicos no son “tan reales” como los físicos: *“¿Alguna vez sentiste que estabas mal pero tu dolencia no era física sino anímica? - No (risas), yo siempre siento dolor de verdad (risas) muy real digamos. - O sea ¿el anímico no es tan real? - Para mí no, no es muy común que yo tenga eso”* (Andrés, 17 años). Mientras que otros entrevistados vinculan los problemas anímicos con temas vinculados a la comida: *“¿y crees que por ejemplo las adicciones o sentirte triste está también relacionado con la salud? – sí, porque cuando te sientes triste no te dan ganas de comer, o luego este, luego te llega el atracón, que te comes todo”* (Alondra, 15 años).

Se intentó conocer la forma en la que los adolescentes buscan resolver estas problemáticas. Al respecto, varios hicieron mención al hecho de no buscar ayuda en otros. Así, por ejemplo, Laura de 16 años refirió: *“¿Cuándo te sientes nerviosa, ansiosa, estresada o muy triste a dónde acudes? - pues yo la mayoría de las veces me quedo yo sola y yo misma me tranquilizo yo misma me recupero”*. Dijo Lorena, de 12 años, *“¿Y cuándo te sientes así, a dónde piensas que puedes acudir? - Pues... nunca he acudido a nada, solamente, trato de olvidarlo”*.

Llorar también fue mencionado como una forma de encarar el malestar. Otros mencionaron poner en práctica conductas perjudiciales tales como fumar y tomar para dar respuesta a estos malestares.

El acudir a hablar con amigos cuando se sienten mal emocionalmente, fue una opción mencionada por varios adolescentes: *“Pues así como que me refugié en los consejos de mis amigas, bueno de una amiga, que me decía, lo que me decía este mi mamá (...)”* (Ana Paula, 17 años). Pocos mencionaron que acudir con sus padres o con un psicólogo es una forma de manejar los problemas vinculados a la salud mental. *“¿Y cuándo te sientes así qué haces o con quién acudes? - Pues te digo, si no es algo muy personal pues sí acudo con mi mamá o con mi papá también, le tengo confianza, y si no pues con mis amistades”* (Mariela, 18 años). *“¿Cuándo te sientes nerviosa, ansiosa o por ejemplo muy triste a dónde acudes o a dónde podrías, o a dónde tú sientes que podrías acudir? - Pues con el psicólogo o con mis papás”* (Jimena, 12 años).

Análisis de la encuesta

A partir del análisis de las encuestas se supo que el 36.8% de los 345 adolescentes encuestados, ha asistido alguna vez a recibir atención psicológica. El principal motivo por el cual refieren haber asistido fue por problemas familiares en un 16.2% de aquellos que asistieron alguna vez a consultas psicológicas. Los motivos vinculados a la escuela, fueron la segunda causa de consulta en un 9.6%.

El 62.3% de los encuestados, refiere que sentirse triste, nervioso, ansioso, estresado o haber tenido pensamientos negativos durante varios días está relacionado con la salud. El 47.8% refirió haberse sentido así al menos una vez en el último mes. De estos 165 adolescentes, el 55.8% nunca asistió a recibir atención psicológica.

Incluso aún, hubo 216 adolescentes encuestados que nunca asistieron a un psicólogo. De estos, 182, se sintieron alguna vez tristes, nerviosos, ansiosos, estresados o haber tenido pensamientos negativos durante varios días en el último mes. Esto equivale a decir que el 53% de los encuestados se ha sentido mal y no ha recibido atención especializada.

Al preguntárseles a todos los adolescentes encuestados, qué suelen hacer cuando se sienten así, el 42% refirió acudir con sus amigos, el 31.3% con sus padres, el 15.4% refirió buscar distraerse solo, sin apoyo de otros.

El 43% de estos adolescentes respondió que si llegase a necesitar ayuda de profesionales psicólogos o psiquiatras, acudiría a un consultorio particular. El 25.5% dijo no saber a dónde debería acudir. Solo el 17% acudiría a un centro de salud públicos.

Respecto a las problemáticas que consideran tienen los jóvenes de su edad, el 86% respondió que tienen problemas con las drogas. El 80% respondió que considera que hay problemas vinculados al abuso de alcohol en este grupo social. El 58% considera que el Cutting es una problemática prevalente. Asimismo, el 41.4% considera que los jóvenes tienen problemas vinculados a la falta de oportunidades laborales, mientras que el 53.6% considera que las problemáticas vinculadas a la falta de espacios de expresión son relevantes en esta población.

Mapeo de Servicios

El objetivo de este mapeo fue describir la oferta de servicios especializados en salud mental para adolescentes y conocer las condiciones que se requieren para acceder a dichos servicios. Para ello se realizaron entrevistas a informantes clave y observación en diferentes instituciones.

Existen 17 centros de salud en San Juan del Río, de los cuales solo dos ofrecen atención de segundo nivel 365 días al año. Los 15 restantes ofrecen atención de primer nivel, 14 de ellos con atención de lunes a viernes y uno con atención de lunes a sábado.

De los 13 centros de salud visitados se encontró que la asistencia a uno de los programas dirigidos a adolescentes parece estar condicionada por la beca económica que les otorgan, sin embargo, también existen otros programas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De estos 17 centros de salud, sólo tres cuentan con atención psicológica para la población general, en donde se pueden

atender los adolescentes que lo soliciten. De esos tres, en dos de ellos la atención se realiza una vez al mes, mientras que en la otra es con previa cita de lunes a viernes. Uno de ellos requiere que el adolescente se presente con un adulto para conseguir atención.

CONCLUSIONES

Las problemáticas que ellos mismos detectan como prevalentes entre sus pares están relacionadas con baja autoestima, problemas amorosos, problemas vinculares, bullying, cutting, problemas en la escuela, abuso de sustancias, violencia entre pares, violencia en el noviazgo, problemas de conducta, embarazo adolescente, entre otras. Algunos entrevistados relacionan los problemas en salud mental con problemáticas severas. De aquellos que han asistido alguna vez a recibir atención, los problemas familiares fueron la principal causa.

Es relevante la cantidad de adolescentes que refirió sentirse triste, nervioso, ansioso, estresado o haber tenido pensamientos negativos en el último mes. Respecto a la forma en la que buscan atender sus problemáticas, tanto en las entrevistas como en las encuestas, se observó que pocos de los adolescentes que formaron parte de este estudio han recibido atención psicológica. La escuela parece ser el principal lugar canalizador a estos servicios. Incluso muchos de los que nunca han asistido, mencionaron tanto en entrevistas como en la encuesta, haberse sentido mal últimamente.

La posibilidad de acudir a servicios públicos para recibir este tipo de atención es casi nula. De hecho, a partir del mapeo, se observa que la disponibilidad de esta atención es muy escasa, salvo que acudan a consultorios particulares. Incluso, aquellos servicios existentes resultan inadecuados para ese grupo etario.

Tanto en las entrevistas como en la encuesta fue planteado el hecho de que resolver solo sus problemas emocionales, es una opción. Asimismo ante el hecho de sentirme mal anímica o emocionalmente, los adolescentes eligen acudir con amigos en mayor medida que con sus padres. La opción de acudir a un psicólogo es mencionada en menor grado. Cabe destacarse que esta misma población mencionó que ante problemas vinculados a la salud en general, sí acuden con los padres en primer lugar.

Para poder evaluar el grado de acceso a la atención en salud mental es preciso considerar la disponibilidad de servicios. Actualmente la mayoría de las problemáticas mencionadas buscan resolución en espacios alternativos a los servicios de salud mental. Se trata de pensar, no sólo en ampliar la disponibilidad, sino incluso, en hacerla más accesible para esta población específica. El conocimiento de la forma en la que hoy buscan solución sus problemáticas, debe ser insumo para

la planificación de programas de salud mental.

Aspectos éticos

A partir del análisis de los citados instrumentos normativos en materia de derechos de las niñas, niños y adolescentes y de su participación en investigaciones que busquen generar mejores condiciones de vida para dicha población, se reconoce que es imprescindible que los adolescentes que participen de esta investigación lo hagan a partir de haber comprendido los objetivos de la misma, el tipo de participación requerida, y las consecuencias que puede tener la misma para ellos y la sociedad. Esto es no solo para cumplir con los estándares éticos internacionales en materia de investigación, sino, sobre todo, para abogar por los derechos de los adolescentes a participar en el marco de sus posibilidades y su capacidad de decisión en instancias que ponen en consideración situaciones que les atañen especialmente.

Se considera que la investigación, en especial la llamada cualitativa, no es solo un modo de hacer ciencia, sino que la misma “conlleva una serie de implicaciones sociales, políticas ideológicas y éticas” (16). Otorgarles la palabra a los adolescentes para conocer desde su perspectiva el modo de acceso a la atención en salud mental que ellos mismos tienen, es consecuencia de esa posición teórico-metodológica. Sin embargo, se reconoce también que para que dicha participación sea plena debe seguir el marco de las normativas vigentes, teniendo en consideración las controversias que existen hoy en materia jurídica sobre el tema, ésta investigación consideró que era preciso contar con la aprobación de los padres o tutores de los jóvenes que participaran en la investigación. Así es que para llevar a cabo este estudio, se solicitó en primer lugar el consentimiento del adolescente, y luego el de sus padres. Asimismo todos los datos de los participantes fueron resguardados de modo tal de cumplir con el derecho al respeto de la confidencialidad de las personas que participan de investigaciones.

Agradecimientos: A la Universidad Autónoma de Querétaro, a través de la Dirección de Investigación y Posgrado, por medio del Fondo para el Fortalecimiento de la Investigación por el financiamiento de este estudio. A la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, Jurisdicción Sanitaria N°2, San Juan del Río, Querétaro por la información brindada para llevar a cabo el mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. La salud de los adolescentes. OPS/OMS (2013). Disponible en http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
2. Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud, (2014):

- Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018. Secretaría de Salud, México. Disponible en <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
3. Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud, (2014): Salud Mental 2013-2018. Secretaría de Salud, México. Disponible en <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
 4. Almeida Filho, N., & Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales, 75, 5-30.
 5. Samaja J. (2004). Epistemología de la Salud. Reproducción social, Subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial.
 6. Menéndez E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
 7. OMS/OPS (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: OMS/OPS.
 8. Comes Y. (2006). Ciudadanía y subjetividad. Análisis de las representaciones sobre el derecho a la atención de la salud en mujeres por debajo de la línea de pobreza del AMBA. Buenos Aires.
 9. Comes Y, & Stolkiner A. (2004). “Si pudiera pagaría”: estudio sobre la Accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA.
 10. Comes Y, Solitario R, Garbus P y col. (2008). El concepto de Accesibilidad: La Perspectiva relacional entre población y servicios. XIV, Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 201-210.
 11. Garbus Pamela. Servicios de Salud, Procesos de Estigmatización y Subjetividad. Estudio de caso: Accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones manicomiales bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio de Tres Arroyos. Tesis presentada para la obtención del título de Doctora en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Arg. Defensa Oral 15 de noviembre de 2012.
 12. Barcala A, Stolkiner A. Estrategias de Cuidados de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. Buenos Aires: Jornadas Gino Germani. IIFCS., 2001.
 13. World Health Organization (2009). Quality assesment guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients.
 14. Cejas C, Olaviaga S. & Stechina M. (2008). ¿Qué piensan los jóvenes sobre la salud, las instituciones y sus derechos? Políticas Públicas/ Análisis N°59, CIPPEC.
 15. Breilh J. (1994). Nuevos Conceptos y Técnicas en Investigación. Ecuador: CEAS.
 16. Magalhães Bosi ML. y Mercado F J. (2007). Investigación cualitativa en los Servicios de Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

CONSTRUCCION DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO

DEVELOPMENT OF AN INSTRUMENT FOR ASSESSING THE ATTITUDE OF NURSING STUDENTS TOWARDS HEALTHCARE

SILVIA GLADYS STEPANOSKY, ANALÍA VERÓNICA OCAMPO, VICTORIA FONTANA, ALEJANDRO CRAGNO, EZEQUIEL FRANCISCO JOUGLARD

Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina

Resumen: Introducción: El curriculum del programa de enfermería, es la expresión de saberes, experiencias e intenciones de la comunidad académica que en forma explícita se definen en el perfil del egresado. La importancia de este estudio radica en el desarrollo de una herramienta que permita abordar las actitudes hacia el cuidado en los estudiantes de enfermería. **Objetivos:** Diseñar un cuestionario identificando las categorías de análisis con herramientas cualitativas y rastreo bibliográfico. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo de construcción de un instrumento. Población: Estudiantes de primer ciclo de Licenciatura en Enfermería. Se realizaron 4 grupos focales y entrevistas en profundidad, el número se definió por saturación. Se seleccionaron dimensiones y categorías a partir de los resultados. **Resultados:** Se analizaron los resultados obtenidos a través de análisis factorial, evaluando las correlaciones ítem - total y la consistencia interna a través del alfa de Cronbach, se seleccionaron 20 ítems para construir la versión final del cuestionario, el cual

tiene un valor de 0,69. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 11.5. **Conclusiones:** Los resultados de esta investigación evidencian que el instrumento es válido y con una confiabilidad aceptable para medir actitudes. La validez de contenido fue asegurada por la realización de los grupos focales y la búsqueda de bibliografía. Se determinó la validez aparente. En investigaciones futuras se evaluará su confiabilidad externa y su sensibilidad al cambio.

Palabras clave: Actitudes, Enfermería, Cuidado, Socialización

Abstract: Introduction: The curriculum of the nursing program reflects the knowledge, experience, and intentions of the academic community that are explicitly defined in the graduate profile. The importance of this study is to develop a tool for addressing the attitudes towards healthcare in nursing students. **Objectives:** To design a questionnaire identifying the categories of analysis with qualitative tools and bibliographic tracking. **Materials and Methods:** Qualitative study for developing an instrument. Population: first cycle nursing undergraduate students. Four focus groups and interviews were organized, the number was defined by saturation. Dimensions and categories were selected from the results. Results: The results obtained were analyzed by factor analysis, assessing item-total correlations and internal consistency through Cronbach's alpha. Twenty items were

Correspondencia: Silvia Gladys Stepanosky, Teléfono: 0291- 4512911-2914274243. Dirección: Nicolás Levalle 1819 , Bahía Blanca, Argentina. E-mail: Silvia.stepanosky@gmail.com

Enviado: 14 de septiembre de 2014.

Aceptado: 20 de noviembre de 2014.

selected to obtain the final version of the survey with a value of 0.69. For the analysis, the SPSS 11.5 statistic analysis was used. **Conclusions:** The results of this research show that the instrument is valid and acceptably reliable to measure attitudes. Content validity was ensured by conducting focus groups and bibliographic search. The apparent validity was determined. In future research projects, the external reliability and sensibility to change will be assessed.

Keywords: attitudes, nursing, healthcare, socialization

INTRODUCCIÓN

El curriculum del programa de enfermería, es una expresión de saberes, experiencias e intenciones de la comunidad académica que tiene en forma explícita el perfil del egresado y las actitudes dentro de los objetivos del primer ciclo de la carrera, pero no como evaluarlas en relación al cuidado. El currículo tiene como objeto de estudio, el cuidado del ser humano que es la razón de ser de la enfermería y su objetivo central de estudio, y para enseñarlo el proceso vital humano, a través de las etapas del ciclo vital. Por lo expuesto durante la formación el estudiante está aprehendiendo a dar cuidado como “*fundamento del ejercicio profesional, brinda los elementos conceptuales que le hacen ver al enfermero como su labor requiere autenticidad, intencionalidad y compromiso, sello profesional que debe estar impreso en sus actitudes*”. Muñoz de Rodríguez L y col (2002).

Morse, citado por Daza de Caballero, R y Medina (2006) lo define “*como rasgo humano, como imperativo moral como afecto, como una interacción personal y como acción terapéutica*”. Los autores de este estudio tomarán el concepto de cuidado como interacción personal y como acción terapéutica en sus cuatro dimensiones:

Dimensión Asistir: usualmente está referida al cuidado directo, debe estar incluida en el planeamiento, siendo este un instrumento fundamental para la asistencia de calidad.

La planificación de la asistencia es el establecimiento de las intervenciones de enfermería: recolección de datos, examen físico y diagnóstico de enfermería, no una ejecución de tareas desarticuladas y fragmentadas.

Dimensión Investigar: investigar es un procedimiento racional y sistemático que tiene como objetivo proporcionar respuestas a los problemas. No siempre es producción de conocimiento, se refiere también a la utilización del mismo, no debe ser comprendido meramente como una necesidad de la academia.

Dimensión Educar: el enfermero es educador por naturaleza, socializar conocimientos e información es más que una

responsabilidad, es condición para una asistencia de calidad. Esta dimensión se puede dar en: educación en servicio, educación continua, educación en lo habitual del trabajo, planificación y participación en programas de entrenamiento, creación y participación de grupos científicos.

Dimensión administrar: es aplicar conocimientos de administración como medio para dirigir la prestación de asistencia de enfermería al usuario, familia y comunidad. Comprendiendo el cuidado como objeto del hacer del enfermero en sus multidimensiones, la administrativa es mucho más complementaria que antagónica, dado que asistir y administrar son indisolubles y complementarias.

El término actitud es hoy muy utilizado, varios autores se han dedicado a estudiar las actitudes dentro de la literatura psicológica. El autor más conocido e influyente ha sido Allport, citado por McLafferty I y Morrison F (2004) que define la actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona” resaltando que la actitud no es un comportamiento actual, es una disposición previa, es preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos sociales.

En la revisión literaria del término actitud, se encuentran un sin número de definiciones que podrían agruparse en tres bloques: 1) definiciones de carácter social; 2) definiciones conductuales; 3) definiciones cognitivas.

En cuanto al análisis de los componentes estructurales de las actitudes, hay cierto acuerdo en varios autores contemporáneos en que existe un triple componente en toda actitud. Beckler (1984) acuerda con el modelo multifactorial de la actitud y mantiene que sus tres componentes se relacionan entre sí:

- Componente cognitivo: que se refleja en creencias y/o opiniones sobre hechos en objetos sociales.
- Componente afectivo: que da cuenta del sentimiento o emoción (positivo o negativo) que está ligado al objeto.
- Componente de acción: que se refiere al estado de predisposición o tendencia a responder o actuar de determinada manera, de mediar la liberación de los mecanismos de inhibición que actuaba sobre dicha disposición.

A pesar del gran número de definiciones se pueden extraer de ellas algunos rasgos comunes: Se entiende como una predisposición existente en el sujeto y adquirido por aprendizaje, que impulsa a este a comportarse de una manera determinada en determinadas situaciones. Que la infraestructura de esta predisposición es algún estado mental. Por último que ese estado mental se halla integrado por tres componentes: de acción, afectivo y cognitivo.

Eagly y Chaiken (1993) refieren que las actitudes pueden ser visualizadas como un continuo que va desde lo negativo, a lo neutral y de ahí a lo positivo, argumentan que pueden ser medidos sus componentes tridimensionalmente o unidimensionalmente; sin embargo, sugieren que no debe hacerse ninguna distinción de los componentes cuando se intenta medir actitudes. Ajzen y Fishbein (2005) argumenta que los componentes pueden ser medidos en forma independiente. Mientras que, Rokeach (1973) no acuerda con el concepto de neutralidad y argumenta que el componente afectivo puede ser activado si nuestras creencias son desafiadas, defiende la postura de no continuo, dado que nuestras creencias y conductas no siempre coinciden, describe dimensiones de gustar/no gustar y lo bueno/lo malo. Este argumento puede ser aplicado a las actitudes de los estudiantes hacia el cuidado. Sin embargo define las actitudes como creencias, y son las creencias las que tienen componentes cognitivos, afectivos y de conducta, por lo tanto concuerda con Eagly y Chaiken (1993) en que es difícil aislar y medir las dimensiones independientemente. Estos autores refieren que hay una correlación entre la actitud y conducta de manera que los sujetos que evalúan un objeto de actitud positivamente es más probable que desarrollen un comportamiento positivo hacia el objeto y viceversa (5). Siguiendo el modelo de Ajzen (1992), la teoría de Acción Razonada, la actitud no está directamente relacionada con la conducta, sino con la intención de llevar a cabo una conducta. Ellos refieren la existencia de normas evaluativas subjetivas del individuo sobre la percepción de otras personas ante la realización de la conducta y la disponibilidad de ejecutarla, es decir que existe una combinación de factores individuales como es la actitud y sociales que son las normas subjetivas. Este proceso explicaría que la conducta sea influenciada por las presiones sociales y no muestren un comportamiento negativo.

Si bien hay un número de argumentos de cómo y qué debe ser medido, es decir, si las actitudes deben ser medidas como una entidad o si deben ser abordados sus componentes en forma independiente, esta reseña de la bibliografía muestra los argumentos de ambas posturas, pero considera para esta investigación las actitudes como concepto unificado en oposición a medir cada componente por separado.

Ante la poca evidencia que los sujetos están genéticamente dispuestos a tener actitudes negativas o positivas hacia objetos, esta investigación se basa en la postura de que las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado son influenciadas a través del proceso de socialización profesional, es decir por la experiencia directa o indirecta, por lo tanto las actitudes no son instintivas.

Se cree que los estudiantes de enfermería ingresan a la educación en enfermería con la visión de la sociedad obtenida por experiencia directa o indirecta.

Con el proceso de socialización profesional ellos desarrollan actitudes, creencias y valores que se mantienen en la profesión. La experiencia educacional vivida por los estudiantes de enfermería envuelve más que un cuerpo de conocimientos científicos y adquisiciones de habilidades para cuidar a los sujetos de atención, los estudiantes aprenden a relacionarse con los pacientes y comienzan a construir su identidad como profesional.

En 1995 Du Toit explicó que parte de la socialización profesional es abandonar estereotipos sociales prevalentes a la cultura y adoptar aquellos sostenidos por la profesión. Cohen, citado por Lai, Pei Kuan (2012) lo definió como “proceso complejo por el cual la persona adquiere conocimientos, habilidades y senso ¹ de identidad ocupacional que son características de los miembros de aquella profesión, envuelve la internalización de valores y normas del grupo en el comportamiento y auto concepto de la propia persona. A lo largo del proceso la persona abre mano de los estereotipos sociales existentes anteriormente en nuestra cultura y asume aquellos adoptados por los miembros de aquella profesión”.

La socialización profesional en el estudiante de enfermería se da por medio de dos contextos, el educacional y el contexto clínico. Primero se da la socialización por la educación y entrenamiento que es determinante del contenido del rol, luego viene la socialización por el ambiente de trabajo y sus agentes. El asumir el rol y el proceso de socialización se dan esencialmente durante la permanencia en educación en los dos contextos nombrados. Los estudiantes que asumen el rol de enfermeros no solamente están asimilando nuevos conocimientos y aprendiendo nuevas habilidades, sino que ingresan en una nueva cultura con expectativas de valores y normas. Simpson (1987) refiere que el estudiante de enfermería en su segunda fase de socialización internaliza los valores del grupo ocupacional y “asume actitudes, valores y comportamientos que el grupo determina”. Scherer y et al (2006) reafirman la importancia y necesidad de trabajar valores durante su permanencia en educación.

Consecuentemente, los estudiantes ingresan a la enfermería con un conjunto de conceptos y valores que son cambiados a la luz de la socialización con la resultante de la internalización de esas ideas. Una vez que han internalizado los valores, creencias y normas de la ocupación, se los considera socializados.

La importancia de este estudio radica en el desarrollo de una herramienta que permita abordar las actitudes hacia el

¹ Senso: sentido, significado, dirección, sensación, sentimiento.

cuidado en los estudiantes de enfermería.

OBJETIVOS

- Diseñar un cuestionario identificando las categorías de análisis con herramientas cualitativas y rastreo bibliográfico (validez de constructo).
- Analizar la validez del instrumento (de constructo, concurrente, lógica o de apariencia, de contenido).
- Evaluar la confiabilidad (a través de la consistencia interna, estabilidad).

MATERIALES Y METODOS

Estudio cualitativo de construcción de un instrumento para evaluar actitudes hacia el cuidado en los estudiantes de enfermería. Población: Estudiantes de primer ciclo de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional del Sur (UNS), docentes de la carrera y enfermeros. Criterios de inclusión: Estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería mayores de 18 años, que se encuentran cursando el primer ciclo y que aceptaron participar del estudio. El personal educativo fue incluido todo el grupo de profesores, asistentes y ayudantes de cada cátedra del área profesional. El criterio de inclusión para el grupo de enfermeras fue que estuvieran trabajando en la práctica hospitalaria.

Quedaron excluidos los Estudiantes que participaron como colaboradores de este estudio, los estudiantes que participaron en los grupos focales, entrevistas en profundidad y los que educadores de otras áreas, así también los docentes que estuvieran trabajando en la práctica hospitalaria.

PRIMERA ETAPA.

REVISIÓN NO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

1. Elaboración de un marco teórico para obtener elementos para la delimitación del universo de estudio, dimensiones y categorías (presentado en el referencial teórico).

Se realizó una revisión no sistemática de la literatura, con un recorrido por textos referentes a temas de enfermería, específicamente de actitudes hacia el cuidado. De esta lectura surgen las primeras preguntas que se utilizan en los grupos focales (Cuadro 1).

Mediante metodología cualitativa (grupos focales y entrevistas en profundidad), se recabaron y analizaron puntos de vista de los estudiantes, docentes y enfermeros sobre las actitudes de los estudiantes hacia el cuidado.

Como primer paso, se obtuvo el registro completo de estudiantes del primer ciclo de la carrera de Licenciatura en

Enfermería del UNS, y de docentes y enfermeros de diversos hospitales de Bahía Blanca. El muestreo fue no probabilístico. La convocatoria se realizó con invitaciones personalizada, donde se les daba una explicación breve del motivo del encuentro (Tabla 1).

Junto con las preguntas de los grupos focales se desarrollaron reglas para todos los grupos donde se explicaba el procedimiento a los participantes por escrito, el uso de grabador, video y pedido de consentimiento. El tema de la confidencialidad fue reiterada y los participantes fueron informados de que podrían parar la entrevista si ellos lo deseaban en cualquier momento.

Todos los datos fueron anónimos asegurando que los participantes no usaran nombres durante la entrevista. Si se usaron nombres, se cambiaron durante la transcripción de la investigación, así como también todas las referencias de los lugares de trabajo.

El rol del facilitador fue explicar al inicio el concepto para este grupo de investigación de Actitud mediante la ayuda de un power point, fue realizando las preguntas y se les pidió hablar individualmente creando una atmosfera conductiva para facilitar la participación de todos los integrantes.

El lugar de reunión con los grupos focales fue neutral, se realizaron en una Asociación que facilito las instalaciones

PREGUNTAS A GRUPOS FOCALES

1. ¿Afectan las actitudes negativas al trabajo en el cuidado? Resultan en prácticas pobres?
2. ¿Influye el personal educativo en las actitudes hacia el cuidado?
3. ¿Qué concepto tiene de cuidado?
4. ¿El cuidado es devaluado en la cultura Actual?
5. ¿Qué relación debe haber entre educación, cuidado, administración e investigación?
6. ¿Creen que todas las dimensiones del cuidado son tenidas en cuenta? Son todas importantes?
7. ¿Por qué cree que hay una tendencia a inclinarse a una dimensión más que a otra?
8. ¿Qué área del cuidado prefieren los estudiantes y por qué?
9. ¿Porque eligieron esta profesión?
10. ¿Cómo es la percepción social de la profesión? Coincide con su concepto?
11. ¿Cómo creen que los están formando?
12. ¿Cree que son generadores de su propio aprendizaje?
13. ¿Qué modelo de enfermero/perfil cree que tiene la carrera?
14. ¿El perfil que está definido en la carrera tiene coherencia con lo que se enseña?

Cuadro 1. Preguntas realizadas a estudiantes, docentes de Enfermería y a Enfermeras que participaron de los grupos focales. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, 2012.

Población	nº de invitaciones	Nº de personas que concurrieron	Porcentaje
Enfermeras/os	20	10	50%
Estudiante 3er. año	8	2	25%
Estudiante 5to. año	10	6	60%
Docentes	15	5	33%

Tabla 1. Número de personas invitadas de cada grupo y el número de participantes en los grupos focales. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, 2012.

para este fin, se proveyó de un refrigerio como medida para relajar la atmosfera.

Los datos fueron recolectados usando una grabadora de video y una grabadora de audio, con el propósito de que si una estrategia fallaba no se perdieran los datos. Los observadores eran los encargados de registrar notas de campo de la comunicación no verbal durante la entrevista.

De los 4 grupos focales programados, se llevaron a cabo 3 que fueron completados aproximadamente en 1:30 Hs según lo acordado con los participantes. Todos los grupos produjeron buena cantidad de datos, no obstante el 4to. Grupo focal no pudo realizarse por no llegar al mínimo de participantes sugerido (n = 6). La facilitadora decidió realizar una entrevista respetando el tiempo brindado de los participantes que pertenecían al grupo de estudiantes, resultando buena cantidad de datos recolectados.

Fue necesario realizar entrevistas en profundidad para la saturación de datos a dos estudiantes de 3er año y dos docentes de la carrera.

Para la realización de las entrevistas en profundidad², se seleccionaron individuos claves. Se realizaron entrevistas semiestructuradas para relevar información sobre las dimensiones del cuidado y, en particular, sobre las representaciones del cuidado enfermero del entrevistado y la existencia de diversas actitudes.

Esto permito una validación cruzada de la información o triangulación; estrategia que permite aumentar la validez y garantizar la confianza en la autenticidad de los datos y en su interpretación.

2. Selección de dimensiones y categorías a partir de los resultados

Para el tratamiento de la información obtenida, sumado al rastreo efectuado de la literatura, se identificaron dimensiones y categorías que ordenaron y clasificaron los conceptos

aportados por los participantes. Teniendo en cuenta las dimensiones y categorías obtenidas, se construyó una matriz en la que se volcaron los datos transcritos. El criterio de análisis fue la espontaneidad, es decir el número de veces que un mismo concepto fue mencionado, de forma independiente, por distintos participantes de los grupos, sin tener en cuenta para ello los cálculos de porcentajes.

A continuación se enuncian los criterios de análisis:

- Se creó un código para cada participante del grupo focal, esto ayudó a los analizadores a identificar quien dice qué y cuándo, sin revelar la identidad del participante.
- Se organizaron los datos, el primer paso en la organización de los datos para el análisis fue reunir las respuestas y reconocer segmentos en las mismas, según cada pregunta de investigación en la matriz. Esto permitió comparar las respuestas de los grupos focales con idénticas preguntas de la matriz de poblaciones diferentes.
- Se procedió a una discusión e interpretación de los datos
- Se realizó un análisis cualitativo, mediante un consenso entre los investigadores acerca de puntos claves, y los temas destacados en cada grupo.

Se realizó un informe final escrito o resumen del análisis teniendo en cuenta puntos clave y temas destacados identificados a partir de la revisión de las grabaciones, notas de los observadores y de la matriz.

SEGUNDA ETAPA.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE ACTITUDES

Con las principales dimensiones identificadas se comenzó el diseño de un instrumento de actitudes experimental. En la primer lectura los segmentos fueron agrupados por categorías obteniendo 60 ítems, posteriormente se sacaron los ítems

² Entrevista en profundidad: Este tipo de entrevista es utilizada en la realización de Historias de Vida. Es un tipo de entrevista referida a un tema específico en el cual se pide al entrevistado los detalles más minuciosos capaces de referir, suelen utilizarse abreectores de información y ayudas memoria. Como fotos, diarios de épocas que refiera la temática. Objetos de toda índole que ayuden a retrotraer la memoria. Requiere de un excelente rapport con el entrevistado, implica ahondar en sensaciones y sentimientos por lo cual debe tenerse mucho cuidado en las condiciones en las que se realiza.

similares o redundantes, quedando en la segunda lectura 41 ítems, los cuales fueron analizados para la confección inicial del instrumento de 30 ítems. Las respuestas se diseñaron con un formato de escala de Likert de cinco puntos combinando afirmaciones favorables y desfavorables. Los valores fueron ubicados de acuerdo a lo más positivo, si la afirmación fue favorable, totalmente de acuerdo recibió el puntaje más alto y si la afirmación fue desfavorable, totalmente en desacuerdo recibió el puntaje más alto. Los ítems fueron mezclados para que la tendencia de las respuestas sea minimizada. Los datos relevantes demográficos incluidos en el cuestionario fueron edad, género y se agregaron tres preguntas relacionadas con existencia de integrantes de la familia que sean trabajadores de salud, posibilidad de trabajar si no le gusta la profesión y coherencia de la carrera con el perfil del egresado. Los datos demográficos y preguntas fueron agregados al final del cuestionario.

**TERCERA ETAPA.
PRE-TESTEO**

Finalizado el diseño del instrumento de actitudes, se realizó un pre-testeo y una prueba piloto con 30 de estudiantes de segundo y tercer año de con el objetivo de modificar aquellos términos que resultaren ambiguos o confusos y clarificar el instrumento, así como evaluar las propiedades psicométricas del mismo.

RESULTADOS

Se analizaron los resultados obtenidos de los 30 ítems iniciales, y a través de análisis factorial, evaluando las correlaciones ítem - total y la consistencia interna a través del alfa de Cronbach, se seleccionaron 20 ítems para construir la versión final del cuestionario, el cual tiene un valor de 0,69. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS 11.5. (Tablas 2 y 3) .

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación evidencian que el instrumento es válido y con una confiabilidad aceptable para medir actitudes. La validez de contenido fue asegurada por la realización de los grupos focales y la búsqueda de bibliografía. La pre prueba permitió determinar la validez aparente. Es necesario realizar investigaciones futuras para evaluar su confiabilidad externa y su sensibilidad al cambio.

El proceso de organizar y llevar a cabo grupos focales demanda tiempo, pero como estrategia de recolección de datos es recompensada por la riqueza de los mismos. También es notable la baja participación voluntaria de estudiantes y colegas en este tipo de actividad.

Ítem	Correlación inter clase	Ítem	Correlación inter clase
1	0,55	16	0,33
2	0,1	17	-0,29
3	0,17	18	0,01
4	-0,15	19	-0,35
5	0,04	20	0,05
6	0,09	21	0,11
7	0,04	22	0,22
8	0,11	23	0,26
9	0,24	24	0,3
10	-0,16	25	-0,43
11	0,18	26	-0,14
12	0,26	27	0,33
13	0,18	28	0,12
14	-0,3	29	-0,18
15	-0,05	30	0,16

Tabla 2. Correlación interfase y alfa de Cronbach del instrumento para medir actitudes en los estudiantes de enfermería. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, 2014.

Ítem	Correlación inter clase	Alfa si el ítem se elimina	Ítem	Correlación inter clase	Alfa si el ítem se elimina
1	0,65	0,61	16	0,36	0,66
2	0,11	0,68	18	0,14	0,67
3	0,43	0,64	20	0,34	0,65
5	0,3	0,66	21	0,28	0,65
6	0,25	0,67	22	0,3	0,67
8	0,11	0,68	23	0,12	0,67
9	0,19	0,67	24	0,31	0,66
11	0,31	0,65	27	0,21	0,66
12	0,5	0,66	28	0,39	0,64
13	0,21	0,66	30	0,18	0,67

Tabla 3. Correlación interfase y alfa de Cronbach del instrumento para medir actitudes en los estudiantes de enfermería. DCS, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, 2014.

BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz de Rodríguez L, López Díaz A L, Gómez O. J. Editores Grupo de cuidado Facultad de Enfermería, El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. 2002; primera edición.
- Daza de Caballero, R y Medina S. Significado del Cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafe de Bogotá, Colombia. Cultura de los cuidados, año X, n°19, 1er semestre 2006; pp. 55-62, 2006. (ISO 690)
- McLafferty I, Morrison F. Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing*; 2004; 47 (4), 446-453
- Beckler SJ. Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; 47: 1191-1205.
- Eagly A, Chaiken S. Attitude structure and function. En D Gilbert, S Fiske, G Lindzey (eds.) *Handbook of Social Psychology*. 4ª Ed. New York. McGraw-Hill. 1993; vol. 1: 269-322
- Ajzen Icek, Fishben Martin. The influence of attitudes on behavior. *The handbook of attitudes*, 2005, vol. 173, p.221
- Rokeach Milton, et al. *The nature of human values*. New York: Free press, 1973.
- Ajzen, Icek, et al. Application of the theotu of planned behavior to leisure choice. *Journal of leisure research*, 1992, vol. 24, no 3, p. 207-224.
- Du Toit D. A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *J Adv Nurs*, January. 1995; 21(1):164-71.
- Lai Pei Kuan H. L. Concept of professional socialization in nursing. *Int EJ of Sci Med Edu*, 2012, vol. 6, no 1, p. 31-5.
- SIMPSON, Ida Harper. *Pattens of Socialization into Professions. The Case of Student Nurse*. 1987, vol 37, n°1, p 47-54.
- Scherer Z, Scherer E, Carvalho A. Reflexoes sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissao. *Rev latino-am emfermagen*. março-abril 2006; 14(2): 285-91.

ANEXO

“Actitudes en los estudiantes de enfermería hacia el cuidado”

Este cuestionario se lleva a cabo para realizar una investigación sobre “actitudes en los estudiantes de enfermería hacia el cuidado**”, que será presentada como informe en un Proyecto Grupal de Investigación del Departamento de Ciencias de la Salud. Son integrantes de este estudio docentes de enfermería, medicina y estudiantes de la carrera de Lic. en Enfermería.

INSTRUCCIONES

Para cada enunciado marque con una **X** la opción más cercana a su opinión. Todas las respuestas serán confidenciales. * Los autores de este estudio toman el concepto de cuidado como interacción personal y como acción terapéutica en sus cuatro dimensiones: asistir, investigar, educar y administrar.

CUESTIONARIO

	ITEMS	Totalmente en DESACUERDO	Medianamente en DESACUERDO	INDECISO	Medianamente en ACUERDO	Totalmente en ACUERDO
1	El trabajo en equipo no genera actitudes positivas	5	4	3	2	1
2	Los docentes influyen de manera positiva en las actitudes	1	2	3	4	5
3	Presentarse al usuario no es importante	5	4	3	2	1
4	Registrar las acciones del cuidado no es importante	5	4	3	2	1
5	Los prejuicios influyen en la calidad del cuidado	1	2	3	4	5
6	Los docentes no son un modelo a seguir	5	4	3	2	1
7	El cuidado se basa sólo en el cuidado del cuerpo	5	4	3	2	1
8	Existe una estrecha relación entre las áreas de educación, administración, investigación y asistencial	1	2	3	4	5
9	La educación también se da en el ámbito de la práctica	1	2	3	4	5
10	Las actitudes positivas se pierden cuando hay mucho trabajo	5	4	3	2	1
11	Integro todos mis conocimientos para poder brindar el cuidado	1	2	3	4	5
12	Me adapto al lugar donde realizo las prácticas	5	4	3	2	1
13	La práctica en el hospital es sólo técnico	5	4	3	2	1
14	La carrera te prepara para organizar servicios de salud que garanticen una atención de calidad	1	2	3	4	5
15	No me siento preparado para ir a la práctica	5	4	3	2	1

LA MAYOR PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN INGENIERO WHITE PUEDE EXPLICAR LA TASA DE INCIDENCIA AUMENTADA DE CÁNCER DE PULMÓN

HIGHER PREVALENCE OF SMOKING AT INGENIERO WHITE MAY EXPLAIN THE INCREASED LUNG CANCER INCIDENCE RATE

****EDUARDO LAURA, *MARIA SOLEDAD GONZALEZ, **NATALIA PRINCIPE, ***GABRIELA SERRALUNGA ***LORETO YAÑEZ, *PAMELA LIONCAVALLO, *VIRGINIA PALMA SPERATI, **GABRIELA RAUSEMBERG, **MATIAS MURANO, ** SABRINA SCALESI.**

Registro de Tumores. Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca. **Grupo Multidisciplinario para Estudios de Cáncer DCS-UNS-AAPEC. * Departamento de Matemática. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.*

Resumen: Introducción: Es aceptado científicamente que el tabaquismo es la principal causa de cáncer de pulmón. Entre 1998 y 2007 comprobamos mayores tasas de cáncer de pulmón en Ingeniero White (IW), barrio cercano al Polo Industrial de la ciudad de Bahía Blanca, donde varios estudios encontraron una prevalencia mayor de tabaquismo. Objetivos: Comparar la prevalencia del hábito tabáquico entre IW y Tiro Federal (TF), y describir las conductas de consumo de tabaco y las opiniones respecto a las normas antibacaco de los habitantes de esos barrios. Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, mediante encuesta estructurada. Se encuestaron 437 hogares de IW y 343 de TF. Resultados: *La prevalencia de fumadores* fue de 33,2% en IW y 23% en TF; *hogares con fumadores*: 59,1% (IW) y 40% (TF); *prevalencia en hombres*: 40,3% (IW) y 29,8% (TF); *prevalencia en mujeres*: 26,6% y 16,7% ; *hogares donde se permite fumar*: 38,6% (IW) y 25,9% (TF) siendo todas estas diferencias altamente significativas. Conclusiones: El presente estudio mostró una mayor prevalencia del consumo de tabaco en IW que en Tiro Federal.

Correspondencia: Dr. Eduardo Laura. E-mail: mberta@criba.edu.ar. Grupo Multidisciplinario para Estudios de Cáncer DCS-UNS-AAPEC. Bahía Blanca. Argentina

Recibido: 15 de diciembre de 2014

Aceptado: 05 de marzo de 2015

La mayor prevalencia de tabaquismo en la población de IW podría ser la explicación de las tasas de incidencia aumentadas en este barrio cercano al polo industrial; sin embargo la confirmación de esta asociación amerita la realización de estudios analíticos adicionales.

Palabras claves: tabaquismo, cáncer de pulmón, polo industrial

Abstract: Introduction: It is scientifically accepted that smoking is the major cause of lung cancer. Between the years 1998 and 2007 higher lung cancer rates were found at Ingeniero White (IW), a neighborhood close to the Industrial Complex of the city of Bahía Blanca, where several studies found a higher prevalence of smoking. Objectives: To compare the prevalence of smoking habits between IW and Tiro Federal (TF) and describe smoking behaviors and opinions with regard to anti-smoking regulations in these two neighborhoods. Methods: Cross-sectional descriptive study using a structured survey. 437 homes at IW and 343 at TF were surveyed. Results: Smokers' prevalence was 33.2% at IW and 23% at TF; *smokers' homes*: 59.1% (IW) and 40% (TF); *male prevalence*: 40.3% (IW) and 29.8% (TF); *female prevalence*: 26.6% (IW) and 16.7% (TF); *homes where smoking is allowed*: 38.6% (IW) and 25.9% (TF). All these differences are statistically relevant. Conclusions: This study showed a higher smoking prevalence at Ingeniero White com-

pared to Tiro Federal. The higher smoking prevalence in the population at IW could be the explanation for the increased incidence rates in this neighborhood close to the industrial complex; however, the confirmation of this assumption requires additional analytic studies.

Keyword: smoking, lung cancer, industrial complex

INTRODUCCIÓN

Existe en las cercanías de Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina, un importante Polo Petroquímico que produce urea, amoníaco, monómeros de vinilo, polivinilo y otros derivados del petróleo. Desde hace tiempo, hay preocupación tanto de las autoridades de la Municipalidad de Bahía Blanca, como de la población en general, respecto a un aparente aumento de casos de cáncer en habitantes que viven en sus inmediaciones, especialmente en Ing. White (IW). Esta localidad portuaria, está situada a escasos metros del asentamiento industrial.

Estudios que analizaron la incidencia de cáncer de pulmón para los quinquenios 2003-2007 (1) y 1998-2002 (2) mostraron una incidencia significativamente mayor en IW, que en el resto de los barrios de la ciudad. Por otra parte, en estudios previos efectuados en las décadas del 90 y del 2000, se encontró una prevalencia de tabaquismo mayor en IW que en otros barrios de Bahía Blanca (3-5). Es sabido que el tabaco es el responsable del 80 al 90% de los cánceres de pulmón en hombres, del 55% al 80% de los casos en mujeres, y del 30% de todos los cánceres (6-8); esto hace necesaria una actualización de la prevalencia del hábito tabáquico en diferentes zonas de la ciudad, particularmente en IW. El Objetivo de este estudio es estimar y comparar la prevalencia del hábito tabáquico en los barrios de Ing. White (próximo al polo industrial) y Tiro Federal, (distante del polo y con pirámide demográfica semejante), y describir las conductas de consumo de tabaco y las opiniones respecto a las normas antitabaco de los habitantes de esos barrios.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue descriptivo, de corte transversal y se realizó entre los meses de Noviembre y Diciembre de 2012 en los barrios de Ing. White (IW) y Tiro Federal (TF); la elección de este último barrio fue recomendada por el Departamento de Geografía de la Universidad Nacional del Sur, por ser un barrio de Bahía Blanca alejado del Polo Industrial y con pirámide poblacional semejante. Población blanco: Población general mayor de 15 años, de ambos sexos, residente en los barrios IW y TF de la ciudad de Bahía Blanca. Muestra: Muestreo aleatorio sistemático de hogares de ambos barrios. Tamaño muestral: 437 hogares de IW y 343 de TF, que representaron a 1247 y 856 personas mayores de 15 años, respectivamente. Instrumento de recolección de datos: cuestionario estructurado y heteroadministrado, basado en una encuesta de la OPS (Anexo). Este incluyó preguntas específicas respecto al consumo de tabaco, actitudes frente al tabaco y opiniones respecto a la ordenanza que prohíbe fumar en lugares cerrados y a la restricción a la publicidad. Se incluyó además la variable nivel educativo del hogar, considerado como aquel alcanzado por el integrante con mayor nivel educativo. Se consideró fumador al individuo mayor de 15 años que fuma en forma frecuente (lo hace diariamente) u ocasionalmente. Análisis estadístico: se realizaron Pruebas de hipótesis e intervalos de confianza del 95% para diferencia de proporciones. El análisis de los datos se realizó con el Software SPSS v.17 para Windows.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 1247 personas mayores de 15 años en IW y 856 en TF de los cuales, el 48.1% son varones en ambos barrios. El nivel educativo es menor en IW, aunque no se encontró asociación entre la condición de hogar con fumadores y el máximo nivel educativo alcanzado, cuando se realizó la comparación en cada uno de los barrios (Tabla 1).

Máximo Nivel educativo alcanzado por los integrantes del hogar	Ing. White %	Tiro Federal %	Valor p
Analfabeto ó Primario incompleto	4.2	2.4	< 0.001
Primario completo ó secundario incompleto	41.5	24.3	
Secundario completo ó Terciario incompleto	36.9	36.8	
Terciario completo ó Universitario incompleto	10.9	22.6	
Universitario completo	6.5	13.9	

Tabla 1. Nivel educativo de los hogares en ingeniero White y Tiro Federal

Los principales resultados referidos al hábito tabáquico en cada barrio, se resumen y comparan en la Tabla 2.

Variable	% IW (1)	% TF (2)	IC 95% Dif (1) – (2)	Valor p
Fumadores	33.2	23.0	(6.2; 14.1)	< 0.001
Fumadores frecuentes	28.5	19.6	(5.2; 12.7)	< 0.001
Hogares con fumadores	59.1	40.0	(11.8; 26.3)	< 0.001
Hombres fumadores	40.3	29.8	(4.4; 16.6)	< 0.001
Mujeres fumadoras	26.6	16.7	(4.8; 14.9)	< 0.001
Hogares donde se permite fumar	38.6	25.9	(5.8; 19.5)	< 0.001
Hogares con fumadores, donde se permite fumar	50.8	43.9	(-3.9; 17.7)	0.23 NS
Hogares sin fumadores, donde se permite fumar	19.3	13.4	(-2.4; 14.1)	0.17 NS
Fumadores que desean dejar el hábito	61.6	67.5	(-19.8; 8.0)	0.46 NS
De acuerdo con la ordenanza	92.0	94.4	(-6.2; 1.4)	0.27 NS
De acuerdo con la restricción	77.5	83.1	(-11.5; 0.2)	0.06 NS

Tabla 2: Comparación del hábito tabáquico entre los barrios de Ingeniero White y Tiro Federal, Bahía Blanca entre Noviembre y Diciembre de 2012.

En IW se detectaron entre un 6.2% y un 14.1% más de fumadores que en TF donde 6 de cada 10 hogares tienen fumadores, contra 4 de cada 10 en TF. El porcentaje de fumadores frecuentes también es significativamente mayor en IW. Tales diferencias se mantienen cuando se analiza la prevalencia del hábito para cada sexo por separado. Además en IW, hay entre un 5.8% y un 19.5% más de hogares donde se permite fumar. Por el contrario, no se detectaron diferencias en el porcentaje de fumadores que desean abandonar el hábito, que son 6 de cada 10 aproximadamente, en ambos barrios.

No se encontraron diferencias entre barrios, respecto a las opiniones sobre la ordenanza y restricción de la publicidad; en ambos, prácticamente la totalidad de los encuestados se manifestó a favor de la ordenanza, siendo algo más reducido el porcentaje a favor de restringir la publicidad. Al comparar la opinión respecto a la ordenanza y a la restricción, entre los que fuman actualmente y aquellos que no lo hacen, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas, en ninguno de los dos barrios (Tabla 3).

	Aceptación Ordenanza (%)		Aceptación Restricción(%)	
	TF	IW	TF	IW
Fuma actualmente	93.0	93.1	74.0	74.8
No Fuma	92.0	91.7	85.0	79.3
Valor p	0.16	0.66	0.35	0.63

Tabla 3. Opinión sobre la ordenanza y la restricción a la publicidad entre fumadores actuales y no fumadores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación permite concluir que la población de Ingeniero White tiene una prevalencia de fumadores significativamente mayor. Como ya se señaló, esto es consistente con otros estudios de nuestro grupo de trabajo (3,4) y con otros estudios realizados en la misma población (5). Existe evidencia científica acerca de que el uso de tabaco es responsable del 90% de los casos de cáncer de pulmón y del 30% de todos los cánceres, por ello no debería sorprender que una comunidad que fuma más, tenga una mayor incidencia de este tipo de cáncer (6-8).

Según una investigación del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) (6) en Argentina el tabaquismo produce más de 40 mil muertes por año y genera costos sanitarios por 21 mil millones de pesos, lo que representa el 12% del monto que Argentina gasta en salud cada año y el 1% de su PBI. Anualmente enferman por causa del tabaco 87.843 personas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 64.500 de enfermedades cardíacas, 23.840 de neumonía, 13.772 de accidente cerebro vascular y 18.991 de cáncer, siendo 8583 los de pulmón (6).

Los resultados encontrados en Tiro Federal son muy similares a los referidos por el Ministerio de Salud de la Nación en la Encuesta Nacional de factores de Riesgo Cardiovascular, donde la prevalencia de fumadores entre los varones adultos fue de 27% (10). Si bien estas cifras son significativamente menores que las de Ingeniero White, distan de ser ideales.

Existe el antecedente de lugares donde las reglamentaciones sobre Ambientes Libres de Humo y las restricciones a la publicidad del tabaco y otras medidas, se anticiparon varias décadas, como es el caso de California y Brasil; estos lugares tienen actualmente una prevalencia de tabaquismo en adultos varones de alrededor del 18% (11,12) y han disminuido el cáncer de pulmón significativamente (12).

Las opiniones ampliamente favorables a la ordenanza de ambientes libres de humo y a la restricción de la publicidad del cigarrillo, tanto por parte de fumadores como de no fumadores, debieran contribuir al avance desde la Salud Pública para reducir la incidencia del cáncer de pulmón, así como de otras enfermedades oncológicas (13,14).

Sería recomendable intensificar especialmente en Ing. White las acciones de Prevención y Control de Tabaquismo, mediante la implementación de campañas educativas que enfatizen la importancia del Aire Puro, y extiendan también al hogar, la estrategia de ambientes libres de humo, apoyando el no inicio, cese y tratamiento del tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laura E, Gonzalez MS, Molina R, Jiménez P. Incidencia de Cáncer en Argentina entre 2003 y 2007. Importancia de los Registros Poblacionales de Cáncer. Imprenta Rígano. 2011: 45-60.
2. Laura E, Gonzalez MS, Vacchino M, Lioncavallo P, Panis K, Paz M y Dosso N. Estudio de riesgos de cáncer en barrios de la ciudad de bahía Blanca entre 1989 al 2002. Rev. de la Asociación Médica de Bahía Blanca. 2010; 20(2): 38-46.
3. Laura E, Faggiani M, Iturrioz J, Tittarelli S. Evaluación de un Programa de Control de Tabaquismo en la localidad de Ingeniero White, poniendo énfasis en la Educación Escolar. Revista de la Asociación Médica de Rosario. 2000; 66(1): 24-30.
4. Laura E, González Codony M, Faggiani T, Crudelli D, y Buss A. Resultados de una encuesta para padres sobre tabaquismo en la Escuela Presidente Sarmiento. Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca. 1997; 7(2): 43-4.
5. Carignano C, Elosegui L, Abrego MP, Spagnolo S y Esandi ME. Tabaquismo en Bahía Blanca. 2005. Epidemiología Ambiental, Dirección de Medio Ambiente, Subsecretaría de Gestión Ambiental, Secretaría de Gobierno e Infraestructura, Municipalidad de Bahía Blanca.
6. Pichon-Riviere A, Alcaraz A, Bardach A, Augustovski F, Caporale J y Caccavo F. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Argentina. Documento Técnico IECS N° 7. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Mayo de 2013 (www.iecs.org.ar)
7. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. BMJ. 1994; 309:937-9
8. Levi F. Cancer prevention: epidemiology and perspective. Eur J Cancer. 1999; 35(7): 1046-1058.
9. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans: Tobacco Smoking. 1986. Lyon, Francia: Organización Mundial de la Salud.
10. Ministerio de Salud de la Nación. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular 2009. Revista Argentina de Salud Pública. 2011; 2(6): 34-41.
11. Silva GA, Valente JG, Almeida LM, Moura EC. Tobacco smoking and level of education in Brazil, 2006. Rev Saude Publica. 2009; 43(2):48-56.
12. Barnoya J, Glantz S. Association of the California tobacco control program with declines in lung cancer incidence. Cancer Causes & Control, 2004;15(7): 689-695.
13. Laura E, Cerella C, Regueira G, Serralunga G, Yañez L, Pistonesi S. Evaluación de Dos Estrategias de Intervención para Profesionales de la Salud en Tabaquismo. Revista Médica de Rosario 2005; 71(3): 117-130.
14. Laura E, Cerella C, Regueira G, Serralunga G, Yañez L, Pistonesi S. 2006. Las visitas breves a los médicos en sus consultorios son efectivas para modificar actitudes con sus pacientes fumadores. La Epidemia del Tabaquismo en Argentina. Estrategias de Control. Serie Vigía Promoción de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. pág. 15-29.

Financiamiento: Esta investigación fue efectuada por el Grupo Multidisciplinario para Estudios de Cáncer (Convenio Municipalidad- DCS UNS- AAPEC), en base a los datos del Registro de Cáncer de Bahía Blanca que funciona en la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca.

ANEXO

ENCUESTA N°

PREGUNTAS SOBRE EL HOGAR

1. ¿Cuántas personas habitan esta casa?
2. ¿Cuántos son mayores de 15 años? (ya tienen 16 años):
3. ¿Cuántos de los mayores de 15 años son varones?
4. ¿El jefe de hogar tiene trabajo estable con aportes? (Marcar con X sobre la línea punteada)
(1) a) Si (3) c) No sabe
(2) b) No
5. El que tiene mayor nivel de estudios, ¿Qué nivel alcanzó? (Marcar con X sobre la línea punteada)
a.Analfabeto ó Primario Incompleto (1)
b.Primario Completo ó Secundario incompleto (2)
c.Secundario Completo o Terciario incompleto (3)
d.Terciario completo o Universitario incompleto (4)
e.Universitario Completo (5)
6. De los mayores de 15 años, ¿Cuántos fuman?
7. De los mayores de 15 que fuman, ¿Cuántos son varones?
8. De los mayores de 15 que fuman, ¿Cuántos lo hacen todos los días?
9. De los mayores de 15 que fuman, ¿Cuántos son fumadores ocasionales (fines de semana, reuniones, etc) ?
10. ¿Se fuma en su casa algún otro tipo de tabaco? (Pipa, mascar o chupar tabaco)
Aclare cuál:
11. ¿Se permite fumar dentro de su hogar? (1) a) Si (2) b) No
12. ¿Ud. fuma actualmente? (1) a) Si (2) b) No
13. ¿Desea dejar de fumar? (1) a) Si (2) b) No
Con respecto a la prohibición de fumar en lugares cerrados, Ud. opina que:
(1).....a) Es una buena medida
(2).....b) No estoy de acuerdo
(3).....c) No tengo una opinión formada
14. Con respecto a las restricciones a la publicidad del tabaco, Ud. opina que
(1)a) Estoy de acuerdo
(2)b) No estoy de acuerdo
(3)c) No tengo una opinión formada