

entre otros. Es en este año cuando se inician los trabajos para la construcción del Centro de la Medicina Tradicional, con apoyos del Instituto Nacional Indigenista e IMSS-Solidaridad, cuenta con Estatutos y Reglamento Interno. Dentro de las prácticas que realizan están las consultas que prestan a los habitantes de la comunidad, diagnosticando las enfermedades, otorgando tratamiento y recomendando las medidas necesarias para su prevención y control.

### **Hipótesis**

No se formuló.

### **Objetivo General**

Contribuir a la revaloración de las prácticas que realizan los médicos indígenas tradicionales de la Organización de Huitzila en el municipio de Soledad Atzompa, a través de la sistematización de los procedimientos y técnicas que utilizan en el diagnóstico, tratamiento, prevención y control de las enfermedades que atienden, ubicándolas dentro del paradigma de la historia natural de la enfermedad.

### **Metodología**

En cuanto al tipo de estudio, es una investigación aplicada de corte cualitativo. El universo lo conformaron los médicos indígenas tradicionales capacitados que prestan atención a la salud mediante las consultas a todos los miembros de la comunidad y que están integrados al OMITH (Organización de Médicos Indígenas Tradicionales de Huitzila). Las categorías de análisis giraron sobre los datos más significativos que orientarán a la construcción del paradigma de la historia natural, entre éstas estuvieron: médicos integrados al OMITH, especialidades, técnicas utilizadas, procedimientos para el diagnóstico y tratamiento, concepto de salud-enfermedad, definición de la enfermedad en la que es especialista, medidas y niveles de prevención. Para la recolección de la información se realizaron visitas a la organización, se grabaron las entrevistas, filmación de escenas durante las consultas, observación participante.

### **Resultados**

Se sistematizó la práctica de los médicos indígenas tradicionales, a través de la elaboración del paradigma de la historia natural

de las enfermedades más frecuentes que ellos atienden: empacho, caída de mollera, mal de ojo, mal aire y susto.

### **Discusión**

La historia natural de la enfermedad es el padecimiento, sin la intervención profesional de la salud. Permite conocer etiología, cuadro clínico, pronóstico y evolución, lo que permite realizar acciones encaminadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Los datos objetivos y subjetivos de la historia natural de la enfermedad se encuentran en la historia del padecimiento que realiza el MIT (Historia Clínica). Su método de revisión y exploración del paciente son las "señas de la enfermedad", cómo en ésta han ido ocurriendo las manifestaciones clínicas. A partir de esto observa, toca, escucha y pregunta lo que lo lleva a identificar la enfermedad (diagnóstico) y posteriormente a establecer la curación (tratamiento).

## **Bienestar psicológico, estado general de salud y bournout del personal de salud en el marco de la calidad de la atención**

Autor: María Luz Márquez Barradas\*

Coautores: Delia Namihira Guerrero y Lourdes Pérez Rosiles

### **Marco Teórico**

La calidad de la atención a la salud es multideterminada y muchos de los factores que en ella intervienen son de carácter psicológico. Por ello, la psicología de la salud, conceptualizada como una interfase entre la psicología y la medicina, pretende, a través de la investigación, colaborar en la comprensión del complicado intercambio conductual, cognitivo y afectivo que se da entre el personal de salud y las usuarias, signado por las construcciones subjetivas de cada uno. Es la intención de este trabajo contribuir al establecimiento de la preponderancia de unos factores sobre otros y su posible transformación en criterios para el diseño y aplicación de políticas públicas. Se recurre a la teoría de las representaciones sociales para el análisis de las construcciones

\* Docente-Investigador. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana, Secretaría de Salud. lmarquez@uv.mx

objetivas y subjetivas del personal de salud; sus criterios personales y profesionales sobre un servicio de calidad y su auto-percepción. Se presentan los resultados del Cuestionario Breve *Bournout*, de Bienestar Psicológico y el de Estado General de Salud. Se pretende visualizar la posible coincidencia, o no, con lo que expresan las usuarias. El encuentro de estas dos percepciones puede llevar a un punto de coincidencia personal-usuaria o convertirlo en un desencuentro con las consabidas consecuencias.

### **Antecedentes**

Mucho se ha investigado acerca de la atención a la salud, estudios de corte cuantitativo, principalmente en relación con la satisfacción del usuario(a). Aquí partimos del hecho de que la satisfacción de las usuarias y del personal de salud son inseparables, en tanto ambos participan de un proceso mayormente complejo. Esta investigación, realizada en el CEMEV "Dr. Rafael Lucio" fue con la intención de contrastar estas dos posiciones por medio de un estudio cuantitativo, transversal. Ponemos el énfasis en los resultados del personal de salud interrelacionándolos con los de las usuarias y lo que institucionalmente se espera de ellos. El aporte de este trabajo es la recreación de la subjetividad del personal, aspecto que, desde nuestro punto de vista, forma parte de un concepto integral de calidad de la atención.

### **Hipótesis**

No procede.

### **Objetivo General**

Contrastar los resultados de aspectos subjetivos del personal con lo esperado por la institución y las usuarias del CEMEV.

### **Metodología**

1. Se determinó el universo de interés.
2. Se aplicaron individualmente los instrumentos de recopilación de la información.
3. Se realizaron las entrevistas focales.
4. Se procesaron los datos cuantitativos y cualitativos.
5. Se analizaron los datos, por separado y en conjunto.

### **Resultados**

Datos generales: Total de entrevistados 60. Edad promedio: 35 años. Sexo: hombres 28 por ciento, mujeres 70 por ciento. Médicos: 36 por ciento. Enfermeras: 63 por ciento. Con pareja: 55 por ciento. Antigüedad en el trabajo: de diez a diez años 36 por ciento de uno a cinco años 35 por ciento. Trabaja en otro lugar: 33 por ciento.

Resultados de los instrumentos. El Cuestionario Breve *Bournout* indicó que hasta esos momentos no existían problemas en este sentido. En cuanto al de bienestar psicológico, que evalúa seis áreas, los resultados fueron: 1) Trabajo: el uno por ciento está muy mal y el cuatro por ciento regular. 2) Pareja: el uno por ciento está mal, y el dos por ciento regular. 3) Familia: dos por ciento muy mal, uno por ciento mal y tres por ciento regular. 4) Amistad: el uno por ciento muy mal, el uno por ciento mal y el cuatro por ciento regular. 5) Situación económica: el cuatro por ciento muy mal, el tres por ciento esta mal, el 9 por ciento regular, y finalmente 6) Ocupación: donde el uno por ciento está mal y el cinco por ciento regular.

Para el caso del Cuestionario General de Salud, los resultados son similares ya que el personal tiene una buena apreciación de su estado de salud. Ya que se trata de un proyecto de mayores alcances, en este trabajo sólo se presentan resultados parciales, así, sin describir el mecanismo para llegar a los criterios de calidad, por cuestión de espacio, se presentan las categorías generales a fin de contrastar los resultados de personal de salud y usuarias.

### **Discusión**

La profesión médica es una de las más estresantes y cansadas desde el punto de vista emocional. Este personal de salud, sin embargo, parece mantener las cosas bajo control. Hay alguna explicación para ello; que su antigüedad es más bien corta, que son relativamente jóvenes y están iniciando su vida profesional y eventualmente que sus respuestas fueron más para responder a la expectativa que para dar información. Al respecto, puede decirse que en términos de la representación

social de lo que es ser médico o enfermera se construyen expectativas y formas de ser y hacer que, al traducirse en descripciones, expresan una imagen predeterminada. Sólo el área económica, en que se refiere a bienestar psicológico, parece mostrar problemas, lo que al parecer aún no permea sobre las otras. Estos resultados mantienen cierta coincidencia con la calificación que dan al servicio las usuarias. Sólo hay una discrepancia, más referida a los gustos y expectativas del trato, que a los recursos técnicos del personal.

## **Prevalencia de obesidad abdominal en adultos participantes al curso "Escuela Sana"**

Autor: Lourdes Malpica Carlin\*

Coautores: Diana Marquinez Tress, Guadalupe del Pilar Gómez Díaz

### **Marco Teórico**

En los últimos años se han generado datos que sustentan un incremento en la prevalencia e incidencia de la obesidad en todos los grupos de edad, razas, grupos étnicos, tanto en hombres como en mujeres, y está considerada por la Organización Mundial de la Salud como la enfermedad nutricional más común del mundo, estimando alrededor de 300 millones de adultos obesos.

Las implicaciones de la obesidad en relación con la salud de los individuos se considera a partir de varias perspectivas: la magnitud general de la obesidad (cuánto sobrepeso u obesidad tiene el individuo), la disminución de la reserva corporal de grasa, el patrón de distribución regional de grasa subcutánea (si es obesidad abdominal o fémoro-glútea) y el grado relativo de acumulación de grasa intra abdominal.

La predisposición genética para la obesidad está asociada tanto con la ingesta como con el gasto. Los genes determinan señales aferentes y eferentes así como mecanismos centrales implicados en la regulación del peso corporal.

El número de genes o marcadores relacionados con la obesidad son más de 200. Algunos genes están implicados específicamente en el control de la ingesta (neuropéptido, leptina, POMC, CCK, MCH, etc.) o la regulación de la termogénesis (receptores adrenérgicos  $\beta_2$  y  $\beta_3$ , proteínas desacoplantes, leptina, etc.), mientras que la expresión de algunos otros genes influyen diferentes vías de señalización como por ejemplo en adipogénesis que podrían afectar la ecuación energética.

Existen mediciones antropométricas que estiman de manera indirecta el contenido de grasa abdominal, tales como la circunferencia de cintura y la relación cintura-cadera (ICC). Estudios probados han demostrado una alta correlación entre estas técnicas; sin embargo, la medición de circunferencia de cintura es el procedimiento más recomendado por su fácil aplicación, mayor sensibilidad y especificidad. De esta manera se han establecido los puntos de corte para determinar el riesgo a desarrollar diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA).

La obesidad centroabdominal se determina midiendo la circunferencia de la cintura y su diagnóstico depende del sexo y del grupo étnico a los que pertenece la persona (no al país de residencia). Los valores de referencia actualmente aceptados para México son los criterios propuestos por la SSA (menor de 80 en mujeres y menor de 90 en hombres).

### **Antecedentes**

En México, la prevalencia de obesidad en los adultos se ha incrementado en la última década, según los resultados de las diferentes encuestas de salud realizadas: Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 (ENEC) la cual mostró que la prevalencia de obesidad en adultos fue de 21.5 por ciento; Encuesta de Salud 2000 (ENSA) reveló que el 24 por ciento de los adultos padecía obesidad y para el 2006 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) registró obesidad cerca de 30 por ciento de la población mayor de 20 años (mujeres 34.5 por ciento, hombres 24.2 por ciento).

La ENSANUT 2006 registró la prevalencia de circunferencia de cintura excesiva, según

\*Docente-investigador. Facultad de Nutrición Campus Veracruz. Universidad Veracruzana. lmalpica@uv.mx