



AÑO 3, NÚMERO 8
ENERO-ABRIL 2019
ISSN 2448-7341

Acta de Ciencia en Salud



**Evaluación en preescolares mediante
los indicadores del estado nutrición P/T, T/E
e IMC/E en un jardín de niños en la ZMG**

**Elaboración del protocolo
de investigación
cualitativa en salud**

**Una aproximación
a la naciente política
de cuidadosa largo plazo
en Chile**

Dosis ENARM



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE TONALÁ

Acta de
Ciencia
en Salud



AÑO 3, NÚMERO 8 | ENERO-ABRIL 2019

DIRECTORIO

Dr. en C. Milton Omar Guzmán Ornelas
EDITOR EN JEFE

Equipo editorial

Dra. en C. Karla Janetté Nuño Anguiano
Dra. Leivy Patricia González Ramírez
Dr. en C. Alfredo Ramos Ramos
MTA. Diego Reynoso Orozco
Dra. María Guadalupe Ramírez Contreras
Pedro Josel Ibarra Núñez
Juan Ramón Torres Rodríguez
Héctor Alejandro Campos Mariz
José Alan Fernando Galván Escoto



La publicación de esta revista se financió con recurso del Programa Integral de Difusión Científica 2018.
© **Acta de Ciencia en Salud** Año 3, No. 8, enero-abril, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad de Guadalajara a través de la División de Ciencias de la Salud, del Centro Universitario de Tonalá.
Avenida Nuevo Periférico No. 555, Ejido San José Tatepozco. C.P. 48525, Tonalá, Jalisco, México.
Teléfono: 33 3540 3020, milton.guzman@academicos.udg.mx

Editor responsable: Dr. Milton Omar Guzmán Ornelas.
Reservas de Derechos al Uso Exclusivo 04-2015-121013411000-102, ISSN 2448-7341, otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Licitud de Título: en Trámite, Licitud de Contenido: En trámite, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Editada por **Typotaller**
Barra de Navidad 76
Vallarta Poniente
CP 44110
Guadalajara, Jalisco, México

Este número se terminó de imprimir en diciembre de 2018.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.
Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad de Guadalajara.

PRÓLOGO

La *Revista Acta de Ciencia en Salud* tiene la finalidad de brindar conocimiento relevante en la formación del profesionista de la salud con una perspectiva integral, dando a conocer diferentes áreas y aspectos de la investigación en Ciencias de la Salud. Asimismo, los manuscritos publicados son resultado de procesos académicos o de enseñanza donde se identifican conceptos de multi e interdisciplinariedad, para que el lector analice los datos y, posteriormente, planteé propuestas de trabajo transdisciplinar.

Es así que la *Revista* tiene como estrategia divulgar el conocimiento científico a través métodos e ideas de diferentes campos dirigidos al análisis de una pregunta de investigación en particular. No obstante, los manuscritos publicados también pueden incluir temáticas donde se involucren distintas disciplinas académicas, cuyas contribuciones sean compartidas hasta la integración de ideas, conceptos, propuestas y metodologías que enriquezcan al lector. Esto se logra a partir de la capacidad de los investigadores de sintetizar y armonizar la información, lo que dirige a una posible resolución de problemáticas que nos conciernen a todos, denotando así la finalidad de la ciencia y el trabajo colaborativo.

Por ende, se espera que a través de lo publicado se promueva que el proceso de investigación fomente el trabajo entre investigadores, y genere un modelo que integre cada una de las perspectivas disciplinares, compartiendo objetivos y habilidades, a partir de un concepto holístico donde las áreas se superponen parcialmente. Lo anterior, debido a la necesidad de resolución de problemáticas globales que urge al trabajo colectivo sin sectorización. La población requiere que el trabajo científico sea colaborativo y brinde resolución a las diversas demandas, desde diferentes enfoques, como los ambientales, sociales o económicos, de tal forma que converjan y engloben tanto al individuo, como a la comunidad y la sociedad donde éste se desarrolla. Se deben evitar propuestas desiguales y aisladas, que pierdan de vista el enfoque ecosistémico que mantiene un pensamiento equitativo, equilibrado y complementario.

Dra. Karla J. Nuño Anguiano

PROFESORA DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE TONALÁ

CONTENIDO



5

Elaboración del protocolo de investigación cualitativa en salud

*Ramírez-Contreras, María Guadalupe;
Rosas-García, María Daniela; Rizo-Curiel, Genoveva;
Rábago-Olivares, Katya Aurora*

21

Una aproximación a la naciente política de cuidados a largo plazo en Chile

Juanillo-Maluenda, Hugo Adolfo

27

Evaluación en preescolares mediante los indicadores del estado nutricional P/T, T/E e IMC/E en un jardín de niños en la ZMG

Rangel-Parra, Jessica

31

Dosis ENARM 2

*Ibarra Núñez, Pedro José;
Campos Mariz, Héctor Alejandro;
Galván Escoto, José Alan Fernando;
López Valencia, Karla Alejandra*

Elaboración del protocolo de investigación cualitativa en salud

Ramírez-Contreras, María Guadalupe^{1*}
Rosas-García, María Daniela¹
Rizo-Curiel, Genoveva²
Rábago-Olivares, Katya Aurora²

1 Departamento de la Salud Poblacional, Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara
2 Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara
* guadalupe.ramirez85@gmail.com

Resumen

La metodología cualitativa ha cobrado relevancia en las últimas décadas como una respuesta para cubrir los vacíos de conocimientos que dejan el modelo positivista y la metodología cuantitativa, y ofrece otras perspectivas en el estudio de los fenómenos que se investigan en las ciencias de la salud.

El presente artículo tiene como objetivo presentar los elementos que debe incluir un protocolo de investigación cualitativo. Se describen siete secciones, incluyendo en cada una sus componentes: planteamiento del problema, justificación, marco teórico, objetivos, metodología, análisis y consideraciones éticas. En conclusión, la investigación cualitativa busca interpretar la realidad a través de los datos subjetivos que en los métodos cuantitativos no se consideran. Aunque los elementos de este tipo de protocolos pueden cambiar desde la perspectiva de un autor u otro, el proceso de investigación debe llevarse a cabo con rigor metodológico y cubrir los elementos mínimos indispensables que se han establecido en consenso, para garantizar que el estudio sea de calidad.

Palabras clave: investigación cualitativa, protocolo de investigación cualitativa, metodología cualitativa.

Abstract

BACKGROUND: The qualitative methodology has become relevant in the last decades as a response to cover the knowledge gaps left by the positivist model and the quantitative methodology. In addition, it offers other perspectives in the study of the phenomena that are investigated in the health sciences. This article aims to present the elements that a qualitative research protocol should include. Seven sections are described, including in each the sections that comprise it: problem statement, justification, theoretical framework, objectives, materials and methods, analysis and ethical considerations. In conclusion, qualitative research seeks to interpret reality through subjective data that in quantitative methods are not considered. Although the elements of this type of protocols can change from the perspective of one author or another, the research process must be carried out with methodological rigor and cover the minimum indispensable elements that have been established in consensus, to ensure that the study is of quality.

Keywords: qualitative research, qualitative research protocol, qualitative methodology

Introducción

La investigación cualitativa en salud se ha desarrollado en las últimas décadas como parte de una crítica al modelo médico hegemónico, el cual se encarga de la cuantificación de los fenómenos.¹ Por lo tanto, resulta en una crítica al positivismo, corriente imperante en ciencias de la salud.

Dadas las limitaciones de los alcances de la metodología cuantitativa y el positivismo, es necesario realizar acercamientos desde otras perspectivas a los fenómenos en salud; no obstante, el proceso de creación de un protocolo de investigación cualitativa requiere de diversos conocimientos para elaborar un trabajo coherente y relevante.

Este documento tiene como objetivo mostrar los elementos que conforman un protocolo de investigación cualitativo. Presenta las secciones principales a desarrollar. Si bien, algunos autores difieren al respecto, es claro que existen elementos indispensables en la estructura de un protocolo cualitativo.

En este artículo se proponen siete secciones para el protocolo de investigación y se explica cada una de ellas: planteamiento del problema, justificación del protocolo, marco teórico, objetivos, metodología, análisis y consideraciones éticas.

Por lo tanto, el protocolo de investigación cualitativo busca analizar, describir o evidenciar fenómenos particulares por medio de un mayor acercamiento a los procesos microsociales que se ven influenciados por procesos macro sociales.

1. Planteamiento del problema

En los procesos de investigación cualitativa el primer apartado puede llamarse planteamiento de problema o construcción del objeto de estudio. Para Robles,² el planteamiento cualitativo del problema de investigación debe esclarecer cuál es el objeto de estudio que se desea investigar, cómo se conceptualiza teóricamente y cuáles son sus delimitaciones.

El objeto de estudio se refiere a aquello que queremos saber y dar a conocer. Este apartado representa además la manera en cómo se representa un fenómeno de interés académico,³ por lo que en un protocolo cualitativo es común plantear un problema justificando su pertinencia ya sea social, económica, cultural, de

gestión, o de cualquier otra índole, posicionándose desde la perspectiva teórica que guiará el proyecto, y delimitando los alcances que se pretenden lograr.

Algunos estilos de protocolo cualitativo pueden incluir en esta misma sección la justificación, el marco teórico y los objetivos, aunque también pueden presentarse de manera separada. La decisión metodológica de integrar diversas secciones en una o de diferenciarlas depende de la naturaleza del problema de investigación o de los criterios solicitados por algún comité editorial, de investigación o de titulación.

2. Justificación

En este apartado se definen las razones por las cuales es necesario realizar una investigación en un campo de conocimiento o sobre algún fenómeno en particular.

La justificación ayuda a la contextualización de la problemática a trabajar, además de mostrar su relevancia, conveniencia, trascendencia y aportación teórico-metodológica. También se evidencia la utilidad, es decir, quiénes resultarán beneficiados por medio de dicha investigación.⁴ Asimismo se determina la viabilidad del trabajo de investigación por medio de la descripción de los recursos con los que se disponen para llevarla a cabo, desde el acceso a la población, hasta los recursos humanos y materiales necesarios.

Así, en el proceso de investigación cualitativa es oportuno delimitar cuáles son los procesos y fenómenos a estudiar, así como los mecanismos que subyacen a éstos.

3. Marco teórico

Este apartado representa el desarrollo de la perspectiva teórica y se encarga de "...sustentar teóricamente el estudio, una vez que ya se ha planteado el problema de investigación". Es fundamental, ya que forma parte de nuestra guía elemental durante el proceso de investigación. Los datos recabados serán analizados a la luz de la teoría o de modelos teóricos explicativos. Diversos autores han recalcado la relevancia de la redacción de un buen marco teórico para una adecuada interpretación de los resultados⁵ y así ir más allá de la mera descripción, con el fin de interpretar los fenómenos estudiados.

La teoría elegida guiará el proceso de investigación, permitirá observar en un mismo fenómeno diferentes situaciones o cosas, dependiendo de la teoría elegida; todo dependerá “del cristal con que se mire”. Por ejemplo: proponer como objeto de estudio “los costos de la enfermedad” sugiere de entrada una perspectiva teórica económica, pero puede ser que se haya construido el problema para conocer los efectos y afectaciones en la dinámica familiar o en la vida cotidiana del enfermo/a, entonces se observarán y preguntarán muchas más cosas que sólo los costos monetarios.

En la investigación cualitativa se estudian fenómenos ontológicamente subjetivos, pero deben ser analizados epistémicamente de forma objetiva. Es por ello que el marco teórico guiará para dar esa interpretación objetiva de los fenómenos subjetivos.⁶

Es común incluir en el marco teórico lo que se denomina “estado del arte”, que se define como la “investigación sobre la investigación”.⁴ Básicamente, se refiere a conocer lo que se sabe sobre el tema que se va a investigar, para así poder definir cuáles son los huecos del conocimiento.

Calvo y Ávila⁴ sugieren tres fases para la elaboración del estado del arte: primero clasificar los textos, autores, conclusiones, marcos teóricos y metodologías; en segundo lugar, clasificar los trabajos y comparar sus puntos de vista; en tercer lugar, categorizar los trabajos según su aportación al campo de conocimiento.

Así, aunque se pueda diferenciar entre marco teórico y estado del arte, es innegable su estrecha relación, además de la relevancia que ambos tienen en la elaboración del protocolo de investigación cualitativo y en el proceso de investigación.

4. Objetivos

Los objetivos en el protocolo cualitativo se encargan de delimitar lo que se desea llevar a cabo, qué se quiere lograr y para qué.⁴ Se pueden dividir en objetivo general, que define el resultado que se desea obtener con la investigación, y los objetivos específicos, representados por los pasos a seguir en la consecución del objetivo general.⁷

Los objetivos deben ser claros y coherentes con lo que se quiere lograr. Como recomendación para el momento de redactarlos, está el centrarse en una sola problemática o fenómeno de interés.⁵ Aunado a ello, es pertinente la utilización de verbos que sean adecuados a la investigación cualitativa, es decir, que las palabras utilizadas tengan un trasfondo que posicionen al investigador en determinados enfoques teóricos y, por lo tanto, metodológicos. Algunos de los verbos recomendados son: comprender, describir, entender, descifrar, examinar, analizar, descubrir, explorar, desarrollar, establecer, debatir, diferenciar, ahondar, generar, estudiar, proponer, entre otros. Deben ser escritos en infinitivo.⁴

5. Metodología

La sección de metodología de un protocolo cualitativo por lo menos debe contener cinco elementos: 1) el diseño de investigación que se utilizará; 2) la descripción de los participantes y el lugar del estudio; 3) el proceso de muestreo que se llevará a cabo; 4) las técnicas de obtención que se implementarán, y 5) el tipo de análisis al que se someterán los datos obtenidos (ver figura 1).



Figura 1. Elementos metodológicos de un protocolo cualitativo



5.1 Diseños en investigación cualitativa

A) ETNOGRAFÍA

Bronislaw Malinowski es considerado el padre de la etnografía y la define como el método o diseño de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. A través de la etnografía se analizan y describen la cultura, las formas de vida y la estructura social del grupo investigado.

Los rasgos distintivos de la etnografía son los siguientes:

- El problema objeto de investigación nace del contexto educativo, en el que tiempo, lugar y participantes desempeñan un papel fundamental.
- La observación directa es el medio imprescindible para recoger información, realizada desde un punto de vista holístico.
- La triangulación constituye el proceso básico para la validación de los datos. Cuando hablamos de triangulación, nos referimos al uso de varios métodos, de fuentes de información, de teorías, de investigadores o de escenarios o ambientes.⁸

B) LA TEORÍA FUNDAMENTADA

Sus principales representantes son Glasser y Strauss, y posteriormente Corbin y Charmaz.

La teoría fundamentada es un método o diseño para descubrir teorías que dormitan en los datos. Su objetivo es generar teoría a partir de datos obtenidos en contextos naturales; representa una estrategia general de análisis basada en la comparación constante y en el proceso de muestreo teórico. Es un método que comparando descubre similitudes y diferencias, y va generando propuestas teóricas o conceptuales.⁹

C) DISEÑO FENOMENOLÓGICO

Su principal exponente es Edmund Husserl. El diseño cualitativo fenomenológico propone una investigación sistemática de la subjetividad. Van Manen¹⁰ resume el sentido y las tareas de la investigación fenomenológica en ocho puntos:

1. La investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad.
2. La investigación fenomenológica es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia.
3. La investigación fenomenológica es el estudio de las esencias. La fenomenología se cuestiona por la verdadera naturaleza de los fenómenos.
4. La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos, existenciales.
5. La investigación fenomenológica es el estudio científico-humano de los fenómenos.

6. La investigación fenomenológica es la práctica atenta de las meditaciones.
7. La investigación fenomenológica es la exploración del significado del ser humano.
8. La investigación fenomenológica es el pensar sobre la experiencia originaria.

En síntesis, la fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia; lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando.

D) INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Uno de los autores más representativos de este diseño metodológico es el psicólogo social Kurt Lewin. Este diseño de investigación se compone de cuatro acciones centrales: planificar, actuar, observar y reflexionar. Su objetivo principal es promover un cambio social a partir de las necesidades de las personas involucradas en el fenómeno de estudio.

El elemento central es la acción, es decir, el papel activo que asumen los participantes que se involucran en este tipo de investigación.

La investigación-acción es una forma de búsqueda autorreflexiva, llevada a cabo por los participantes que se encuentran involucrados en situaciones sociales y por el investigador al mismo tiempo. En este diseño, el investigador no busca imponer sus objetivos de investigación, sino que tiene apertura para que sean las personas involucradas quienes planteen los objetivos de acuerdo a sus necesidades sentidas.¹¹

E) ETNOMETODOLOGÍA

Es un diseño de investigación propuesto por Harold Garfinkel en los años sesenta. Se centra en la acción y en la interacción procedente de las actividades mentales de las personas. Garfinkel y Sacks¹² afirmaban que los hechos significativos son enteros y exclusivamente producidos en el entorno conductual de una persona. Contemplaban a la realidad social como dependiente de un incesante uso reflexivo, de cuerpos de saber social en interacción. Dado que este trabajo interactivo y reflexivo constituye la realidad, sin él la realidad no puede ser sostenida. De ahí que cada rea-

lidad sea frágil. En la medida en la que los individuos puedan experimentar más de una realidad, se dice que las realidades son permeables.

La etnometodología se basa en cinco afirmaciones sobre la naturaleza de la realidad social:

1. La realidad como actividad reflexiva. Para los etnometodólogos, todos están embarcados en un proceso de creación de realidad social a través de pensamientos y acciones. Sin embargo, raramente se es consciente de ese proceso, en general porque nos ocultamos a nosotros mismos. De ahí la utilidad en la etnometodología de los experimentos disruptivos.
2. La realidad como cuerpo coherente de conocimientos. Las personas en sus vidas cotidianas, así como los sociólogos que las estudian, organizan el mundo en realidades coherentes. Pero surgen problemas cuando el científico social impone un orden que no es el mismo que el de los actores. Los etnometodólogos, con su compromiso básico con el estudio de la reflexividad, son más conscientes de este problema y se esfuerzan por limitar las distorsiones.
3. La realidad como actividad interactiva. La realidad social no está simplemente "ahí fuera". Su existencia depende más bien de la incesante interacción recíproca y construcción social de la realidad de los participantes.
4. La fragilidad de las realidades. Las realidades sociales no son sólidas estructuras, sino reacciones muy frágiles que pueden quebrarse de diversos modos. Dada su fragilidad, las realidades sociales pueden ser quebradas tanto por el etnometodólogo como por el investigado.
5. La permeabilidad de las realidades. Las personas viven en diversos mundos sociales, pudiendo moverse de una a otra realidad. Así, conductas que resultan reprensibles en un determinado contexto social pueden ser aceptables en otro contexto distinto.

F) MÉTODO BIOGRÁFICO

Su finalidad es mostrar el testimonio subjetivo de una persona en el que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que ella hace de su

propia existencia, la cual se materializa en una historia de vida.¹³

Los principales materiales utilizados en el método biográfico son:

1. Documentos y objetos personales como autobiografías, diarios personales, correspondencia, fotografías, películas, videos o cualquier otro registro iconográfico.
2. Registros biográficos como historias de vida, relatos de vida y biogramas.
3. El método biográfico se desarrolla en cuatro fases: 1) Etapa inicial. Se plantea el trabajo y las hipótesis, se justifica la elección del método biográfico. 2) Registro, transcripción y elaboración de los relatos de vida. Es el proceso en el que se recopila y organiza la información. 3) Análisis e interpretación. Es el proceso por el cual la información se convierte en dato. 4) Presentación y publicación de los relatos biográficos.¹⁴

G) ESTUDIO DE CASO

Este diseño se define como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”.¹⁵ Es decir, el caso no es necesariamente sobre un solo sujeto, sino que representa el estudio de un evento o fenómeno particular que representa un caso. Al igual que el resto de métodos, está guiado por proposiciones teóricas, las cuales son comparadas posteriormente con los resultados de la investigación.¹⁵

5.2 Participantes y lugar del estudio

Los participantes en la investigación cualitativa deben ser representativos del fenómeno que se desea estudiar. Es relevante delimitar claramente las características de dichos participantes. Algo indispensable para la investigación cualitativa es el acercamiento a quienes viven una situación en particular; conocer, como algunos autores en particular lo expresan; darle voz a los que no tienen voz. El trabajo con la población *lego*, o sea, no expertos, enriquece la investigación cualitativa.

Otro punto relevante con respecto a la selección de informantes es no elegirlos por su indefensión o vulnerabilidad, sino por el objetivo de la investigación.⁴

De igual forma, para seleccionar el lugar de estudio, es necesario que en éste se encuentre la población con la que se pretende trabajar y se pueda garantizar un ingreso exitoso y seguro para el investigador al trabajo de campo.

5.3 Proceso de muestreo cualitativo

Se define como el proceso mediante el cual se eligen y seleccionan los participantes de un estudio.⁵ El tipo de muestreo que se lleve a cabo dependerá de las necesidades del tema de investigación y de los alcances con los que cuente el investigar en el momento y en el lugar del estudio. A continuación se presentan los cinco muestreos más utilizados en investigación cualitativa: propositivo, por conveniencia, por bola de nieve, con voluntarios y el muestreo teórico.

A) MUESTREO PROPOSITIVO

Los participantes se eligen por sus características comunes; por ejemplo, según el lugar donde viven, debido a que conocen el fenómeno estudiado o porque están próximos al fenómeno estudio. También suelen llevarse a cabo este proceso de muestro en casos raros o pocos estudios y en casos difíciles de encontrar.

B) MUESTREO POR CONVENIENCIA

De un fenómeno dado se seleccionan los participantes por el acceso que el investigador tiene a esa población. Por ejemplo, porque el investigador es originario del lugar del estudio o porque cuenta con otras personas y redes sociales que le permiten tener contacto por informantes potenciales para el estudio. Generalmente, un muestreo por conveniencia se complementará con un segundo muestreo de tipo propositivo, con la finalidad de integrar a más participantes en el estudio.

C) MUESTREO POR BOLA DE NIEVE

Comienza a partir de que se contacta a un primer participante o a dos participantes, que a su vez recomiendan a nuevos participantes. Es útil para casos extraños o difíciles de localizar, para casos estigmatizados o poco accesibles, también es útil para identificar a personas pertenecientes a una élite “cerrada”. Ejemplo de muestreos por bola de nieve pueden ser: identificar a personas pertenecientes a un grupo social, tales como amish o menonitas. También personas que padecen

alguna enfermedad estigmatizada como VIH o que presentan un problema de adicciones.

D) MUESTREO POR VOLUNTARIOS

Este muestreo se inicia haciendo un reclutamiento y selección de personas que tengan alguna condición específica y que además quieran participar en el estudio de manera libre. El requisito no es que sean expertos en el tema estudiado; más bien, que lo hayan vivido o se encuentren viviéndolo. Este muestreo se puede apoyar en anuncios o carteles colocados en lugares estratégicos para que sean vistos por los participantes potenciales y, de esa manera, puedan integrarse a la investigación. Además, los participantes deben reunir las siguientes cuatro características para ser integrados en un muestreo de esta naturaleza:

1. Tener la capacidad de examinar su experiencia y de reflexionar sobre la manera en que la afrontaron.
2. Estar dispuestos a compartir su experiencia y a explicarla de manera amplia.
3. Tener el tiempo suficiente que la investigación demande para llevar a cabo las entrevistas en una o dos rondas.
4. Ser pacientes y tolerantes al responder las preguntas.

E) MUESTREO TEÓRICO

Tiene su origen en la Teoría Fundamentada. Se compone de dos fases principales. En la primera se lleva a cabo un muestreo propositivo, mediante el análisis de los resultados conforme lo señala la Teoría Fundamentada, es decir, de las categorías creadas emergen las características para seleccionar a los siguientes participantes. En la segunda fase se elabora otro muestreo propositivo que depende de las categorías construidas por el investigador.

F) MUESTREO POR CASOS

Otros procesos de muestreos no probabilísticos menormente referidos en la literatura son:

- Muestreo de casos típicos: se busca encontrar el fenómeno o caso que sea común a un grupo de sujetos que son distintos.¹⁶

- Muestreo de casos críticos: tienen como objetivo analizar un fenómeno que se presente de forma exponencial para analizar una situación, de tal forma que si un evento no es válido para el caso crítico, entonces no lo es para el resto.¹⁷
- Muestreo de casos extremos o derivados: busca proveer de contraste con otros casos. Para realizar la comparación, el investigador debe delimitar la dimensión de interés y visualizar el fenómeno en la muestra, para así localizar los casos extremos dentro de la distribución.¹⁶

En estos muestreos se busca una muestra representativa sobre un caso en particular o dimensión de interés, por medio de la cual se pueda realizar una comparación entre los diferentes tipos de casos.¹⁶

5.4 Técnicas de obtención de información

Las técnicas de obtención de información en investigación cualitativa son las estrategias con las cuales se recolectan los datos del estudio, durante el periodo del trabajo de campo. Dichas técnicas dependerán de las preguntas de investigación planteadas en el estudio. A continuación se describen las técnicas de entrevista y de observación en sus diferentes tipos, así como los grupos focales.

A) ENTREVISTA

Una entrevista se refiere a un modelo especializado de interacción verbal, iniciado para un propósito específico y focalizado sobre un área de contenidos. La entrevista es un modelo de interacción donde los roles interaccionales de entrevistador y entrevistado están altamente especializados. Existen diversos tipos de entrevistas, cada autor recurre a su propia clasificación. Para los fines de la materia consideraremos los dos tipos más comunes: entrevista en profundidad y entrevista estructurada.^{18, 19}

Entrevista en profundidad

Esta técnica de obtención de información implica que el investigador tenga diferentes encuentros cara a cara con los informantes. Su finalidad es que la conversación permita comprender la perspectiva que tienen los informantes respecto al tema de investigación, así como a sus vidas, experiencias y situaciones, siempre expresadas con sus propias palabras.²⁰ Debe

ser desarrollada a manera de conversación y como un intercambio formal de preguntas y respuestas.

El investigador debe tener la habilidad de guiar la conversación para que el entrevistado pueda profundizar en ciertos temas o reflexione sobre los acontecimientos que ha experimentado y pueda expresarlo. Algunos investigadores suelen grabar las entrevistas con la intención de no perder ningún detalle en el relato; sin embargo, la grabadora puede intimidar o distraer al entrevistado y sólo debe usarse bajo su consentimiento informado. Otros investigadores con enfoque cualitativo recurren al uso de un cuaderno o bitácora para tomar notas durante las entrevistas sobre los puntos más importantes.

Las recomendaciones para que una entrevista en profundidad sea útil a la investigación cualitativa son las siguientes:

- Permitir que las personas hablen, no interrumpirlas constantemente con preguntas y más preguntas.
- Escuchar con atención; si dejamos que las personas se expresen y le brindamos atención y respeto, será más fácil que hagan contacto con sus experiencias, y podremos obtener la información que necesitamos para las finalidades de nuestro estudio, sin presionarlas.
- No emitir juicios, ni expresiones de sorpresa ante las cosas que nos compartan, ya que eso puede propiciar que las personas se sientan inseguras de continuar compartiéndonos sus experiencias.

Entrevista estructurada

Este tipo de entrevistas están centradas en ciertos aspectos que al investigador le interesa conocer sobre la experiencia del entrevistado. Sigue una guía de preguntas previamente diseñadas para cumplir con un objetivo de investigación. No permite que el entrevistado profundice en sus explicaciones, ya que sólo se interesa por puntos previamente estipulados.⁴

Entrevista semiestructurada

En esta entrevista se realiza una conversación con algunas preguntas abiertas encargadas de guiar la reflexión del investigador y del entrevistado. Por lo tanto, es lo suficientemente flexible para lograr indagar de forma libre sobre el tema.⁴

Entrevista no estructurada

En el caso de la entrevista no estructurada se utiliza como una plática general, en la cual se espera sondear las principales problemáticas de una población determinada. Se recomienda en estudios de tipo exploratorios, como un primer acercamiento al fenómeno que se desea investigar.⁴

B) OBSERVACIÓN

Es la técnica de obtención de información, la cual puede o no involucrar la interacción social entre el investigador y los informantes. Sin embargo, siempre se centrará en analizar los espacios naturales de los informantes y servirá para recoger datos de modo sistemático. Dependiendo de su procedimiento y de sus objetivos, puede ser de dos tipos: no participante y participante.

Observación no participante

En esta técnica el investigador se mantiene como espectador y no se involucra con los participantes; es decir, permanece fuera del fenómeno estudiado. Se concentra en registrar la información que aparece ante él, sin interacción, ni implicación alguna. Se evita la relación directa con el fenómeno, pretendiendo obtener la máxima objetividad y veracidad posible. Esta técnica es útil para el estudio de actividades colectivas, por ejemplo, marchas o movimientos ciudadanos, reuniones, manifestaciones, asambleas y, en general, para conocer actividades periódicas de grupos sociales más que para estudiar su estructura o aspectos de la vida cotidiana, puesto que si no nos involucramos directamente con los informantes, no podremos acceder a sus espacios privados.²¹

Observación participante

Consiste en participar en la vida de los informantes para entender las dinámicas donde se desenvuelven, ver lo que hacen y cómo lo hacen. Debe establecerse ejes de observación antes de ingresar al campo de estudio, por ejemplo, debemos definir si vamos a observar conductas, espacios, objetos o interacciones entre los informantes y quienes les rodean.

La observación participante se registrará en notas de campo detalladas, las cuales serán anotaciones de lo que el investigador va observando, de una manera descriptiva y minuciosa.

C) GRUPOS FOCALES

Se define como un espacio de conversación y opinión para entender el sentir, pensar y vivir de ciertas personas, las cuales comparten características en común. La intención de los grupos focales es propiciar el diálogo grupal y las autoexplicaciones de los participantes en torno al fenómeno estudiado.⁴ Es también un proceso de comunicación y de diálogo sobre problemas sociales. Es útil porque, de manera grupal, algunas personas pueden sentirse en confianza de platicar con quienes viven algo similar a ello y consideran que pueden entenderlos.

5.5 Análisis cualitativo de los datos

El análisis en investigación cualitativa es entendido como el proceso de reflexión y transformación de la información obtenida en el trabajo de campo para crear un dato o aporte original a un tema de investigación. Existen diferentes tipos de análisis cualitativos, siendo algunos de los más utilizados: el de contenido, el temático y el análisis crítico del discurso.

A) ANÁLISIS DE CONTENIDO

El objetivo del análisis de contenido en investigación cualitativa es identificar los componentes de los documentos escritos: letras, sílabas, palabras, frases, párrafos, secciones y temas. Lo anterior, para explicar fenómenos sociales mediante clasificación y categorización de dichos componentes, es decir, para comprender los “contenidos” de la información con la que se está trabajando en la investigación.

Los usos del análisis de contenido varían según las intenciones y necesidades de los investigadores.^{22, 23} Entre los principales usos destacan:

- Determinar el estado psicológico de las personas o grupos y descubrir sus estilos de comunicación.
- Medir la claridad de la comunicación por medio de la identificación de las características de los comunicadores.
- Describir tendencias y diferencias en el contenido de la comunicación escrita entre personas, grupos u organizaciones.
- Identificar actitudes, creencias, deseos, valores, centros de interés, objetivos o metas, tanto de una sola persona como de grupos o sociedades.

- Analizar el contenido de las comunicaciones y auditarlo comparándolo contra estándares.
- Comparar el contenido de la comunicación por medio de la investigación de los medios y los niveles utilizados.

B) ANÁLISIS DEL TEMÁTICO

Es un procedimiento metodológico que se utiliza en torno a la información en investigación cualitativa, que permite identificar, organizar, y reportar patrones o temas a partir de una cuidadosa lectura de toda la información recogida, para inferir resultados que propicien una adecuada comprensión e interpretación del fenómeno de estudio.

Al identificar y establecer temas, permite al investigador revelar las experiencias, significados y realidades de los sujetos, así como examinar las circunstancias en que los eventos, realidades, significados y experiencias son efectos de los discursos de la sociedad.

Según Braun y Clarke,²³ existen seis fases para desarrollar el proceso del análisis temático con rigor científico:

- Fase 1: Familiarización con la información.
- Fase 2: Generación de categorías o códigos iniciales.
- Fase 3: Búsqueda de temas.
- Fase 4: Revisión de temas.
- Fase 5: Definición y denominación de temas.
- Fase 6: Producción del informe final.

Los criterios para garantizar que un análisis temático se ha llevado a cabo de una manera adecuada son los siguientes:

- Que el código y los descubrimientos de la investigación permitan que el proyecto pueda ser replicado.
- Que distintos investigadores, trabajando los mismos datos, detecten los mismos temas.
- Que un mismo investigador realice una observación similar en dos tiempos o escenarios diferentes.
- Que dos investigadores trabajen con la misma información, codificando cada uno por su lado, y puedan luego comparar sus códigos entre sí.

C) ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO

El análisis crítico del discurso, además de ser una manera de comprender la información de una investigación, es una disciplina que estudia ejemplos concretos de interacción social cuando adoptan una forma lingüística.

Este análisis tiene como función interpretar el discurso hablado y escrito como una forma de práctica social. Parte del supuesto que el discurso constituye lo social.

Es “crítico” porque toma partido a favor de los grupos oprimidos, y en contra de los grupos dominantes. Posee una vocación emancipadora debido a que las prácticas discursivas pueden tener efectos ideológicos, ya que ayudarían a producir y reproducir relaciones desiguales. El análisis crítico del discurso logra que los aspectos opacos o poco visibles del discurso se vuelvan más transparentes, por ejemplo, la carga ideológica o las relaciones de poder.²⁴

Sus orígenes teóricos se ubican en el marxismo occidental, y sus figuras representativas son Antonio Gramsci, la escuela de Frankfurt, Habermas, Althusser, Courtine, Fairclough, Stuart Hall y Michel Foucault. El aspecto o componente crítico específicamente está asociado a Bajtín, Voloshinov, Habermas y a la escuela de Frankfurt.

Entre los diversos enfoques del análisis crítico del discurso se encuentran: la escuela francesa (Althusser, Foucault, Pécheux); la lingüística crítica (Fowler, Kress y Hodge, Halliday); la semiótica social (Hodge y Kress); el cambio sociocultural y cambio en el discurso (Fairclough); los estudios sociocognitivos (Van Dijk); el método histórico discursivo (Ruth Wodak); el Análisis de la lectura (Utz Maas), y la escuela de Duisburg (Siegfried Jager).

En síntesis, el análisis crítico del discurso es una disciplina que se ocupa de analizar sistematizadamente los problemas sociales y las relaciones de poder como elementos discursivos. El discurso constituye a la sociedad y a la cultura, y realiza una labor ideológica. El análisis crítico del discurso es histórico, interpretativo, explicativo y una forma de acción social.

D) ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LA VIDA COTIDIANA

Utilizado en el diseño fenomenológico, tiene como finalidad generar un proceso dialéctico entre el actor y

el investigador, por medio de la descripción conjunta del fenómeno.⁴

E) ANÁLISIS DE COMPARACIÓN CONSTANTE

Utilizado como método de análisis de la Teoría Fundamentada, se encarga de realizar una revisión y comparación continua de los datos recabados para elaborar nociones distintas a las teorías tradicionales.⁴

F) DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

Forma parte de las estrategias de análisis e intervención del método de investigación-acción. Tiene como objetivo identificar las problemáticas de la comunidad en la cual se está trabajando, y así ambos, investigador y comunidad, propongan soluciones de forma conjunta.⁴

G) ANÁLISIS DE VALIDEZ DE ESTRATEGIAS

Utilizado también en el método de investigación-acción, se encarga de analizar y evaluar los alcances de las estrategias propuestas después del diagnóstico, por lo cual resulta en un ciclo constante.⁴

En la tabla 1 se presentan, a manera de resumen, las combinaciones más usuales de diseños cualitativos con procesos de muestreo, técnicas de obtención de información y análisis de los datos, aunque se debe señalar que pueden diversificarse dependiendo de la pregunta de investigación y de los datos obtenidos después del trabajo de campo.

6. Programas informáticos para el manejo de datos cualitativos

Los programas informáticos que facilitan el manejo de los datos en la investigación cualitativa se denominan CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) por sus siglas en inglés, y se definen como herramientas que ayudan a organizar y sintetizar la información.²⁵ Estos programas de ninguna manera hacen el proceso complejo del análisis cualitativo, es el investigador quien desempeña todo el proceso analítico y determina lo que el programa hará para optimizar los resultados.²⁶

En tabla 2 se muestran los principales CAQDAS, sus creadores, sus objetivos y una descripción general de sus funciones.

Tabla 1. Resumen de la metodología cualitativa según el diseño de estudio empleado

Diseño del estudio	Muestreo	Técnicas de obtención de los datos	Análisis
Etnografía	Etnográfico Propositivo Conveniencia Bola de nieve Voluntarios	Entrevista a profundidad Entrevista semiestructurada Observación participante Observación no participante Grupos focales o entrevista grupal	De contenido Temático Del discurso
Teoría Fundamentada	Teórico	Entrevista a profundidad Relatos de vida Observación participante Observación no participante Documentos varios Grabaciones audiovisuales	Del discurso Comparación constante
Diseño fenomenológico	Propositivo Conveniencia Bola de nieve	Relatos de vida Observación participante Observación no participante	Análisis estructural de la vida cotidiana De contenido
Investigación-acción	Propositivo Conveniencia Bola de nieve	Entrevista a profundidad Entrevista semiestructurada Observación participante Observación no participante Grupos focales o entrevista grupal Fotografías	Diagnóstico comunitario Validez de estrategias
Etnometodología	Conveniencia	Observación participante Observación no participante	De contenido Temático
Método biográfico	Propositivo Conveniencia Bola de nieve	Relatos de vida Documentos varios Fotografías Registros iconográficos Diarios	De contenido Temático
Estudio de caso	Bola de nieve Conveniencia Casos típicos Casos críticos Casos extremos o derivados	Entrevista estructurada Entrevista semiestructurada Observación participante Observación no participante	De contenido Temático

7. Consideraciones éticas en investigación cualitativa

Como toda investigación científica, la cualitativa deberá considerar la normatividad nacional e internacional vigente para estudios con seres humanos.

Los principales lineamientos éticos en los que se basa la investigación cualitativa señalan que debe llevarse a cabo el consentimiento informado con los participantes de manera oral o escrita, y que ante todo el investigador tiene una obligación de respetar los derechos, necesidades, valores y deseos de los informantes del estudio. Algunas de las consideraciones

éticas más importantes para la investigación cualitativa serían las siguientes:

1. Los objetivos de la investigación serán explicados a los participantes, con palabras que ellos puedan comprender. Incluso pueden recibir por escrito dicha explicación.
2. Se les preguntará si quieren participar en el estudio y, en caso de aceptar, se les debe señalar que en cualquier momento pueden abandonar el estudio o preguntar cualquier cosa de la que tuvieran duda.

Tabla 2. Principales programas para el manejo de datos en investigación cualitativa

Programa informático	Creador	Objetivo	Descripción general de sus funciones
Ethnograph	John V. Seidel	Codificador y recuperador de textos	Divide un documento en segmentos o bloques, les agrega un código, para después presentar los segmentos pertenecientes a un mismo código, incluye búsqueda de palabras o frases, se centran en las relaciones entre las categorías y la información. ²⁷ Facilita el análisis descriptivo e interpretativo de textos. ²⁵
Atlas Ti	Thomas Muhr	Constructor de teorías	Trabaja datos textuales, audios, gráficos y video mediante codificación intuitiva. ²⁶ Se centra en la relación entre las categorías, formula proposiciones y afirmaciones, ofrece la posibilidad de probar hipótesis. ²⁷ Facilita el análisis visual de datos cualitativos, texto, gráficos, audio y video. ²⁵
NVivo	Lyn y Tom Richards	Constructor de teorías	Maneja datos de texto, tiene capacidad de corregir visualmente y une documentos cifrados, filtrados, codificados y encontrados mediante búsquedas. ²⁶
Antropac	Stephen Peter Borgatti	Facilitador de análisis lexicográfico	Análisis de “free list”. ²⁸ Recopila y analiza datos cualitativos y cuantitativos estructurados. Las herramientas analíticas son exclusivas del área antropológica. ²⁹
MaxQDA	Udo Kuckartz	Facilitador del análisis con Teoría Fundamentada y métodos mixtos de investigación	Analiza y codifica cualquier tipo de dato no estructurado, incluso de Twitter. Crea e importa textos en formato RTF. ²⁶
UCINET	Lin Freeman, Martin Everett y Steve Borgatti	Facilitador de análisis de redes sociales	Es útil para mapear, editar y analizar redes sociales. Incluye la herramienta de visualización de red NetDraw.
NetDraw	Stephen Borgatti	Visualizador y graficador de redes sociales	Recolecta datos y los transforma en datos que relacionan a los actores que conformarán la red para posteriormente generar una matriz de adyacencia y las captura en hojas de cálculo. Se pueden obtener dos tipos de análisis: numérico y gráfico a través de UCINET.

3. Siempre se pedirá su consentimiento para audiogramar las entrevistas.
4. Se cuidará que sus identidades se conserven en el anonimato a lo largo del estudio y durante la presentación de resultados.
5. Se sugiere que los lineamientos éticos que rijan la investigación hayan sido valorados y estipulados por algún comité de ética de la institución del investigador o de otras instituciones.
6. Se permitirá a los participantes leer las transcripciones textuales y las interpretaciones o informes que el investigador haga sobre el tema, en caso de que así lo soliciten.
7. Los deseos y la integridad física y mental de los participantes deberán ser lo más importante durante todo el proceso de investigación.

Conclusiones

Mucho se ha discutido sobre la validez y pertinencia de las opciones de investigación cualitativa o interpretativa con la finalidad de evidenciar las malas condiciones de vida de la población.³⁰ Previamente, la investigación cualitativa era aceptada y sus resultados contemplados como legítimos; no obstante, cuando comienza a evolucionar y ser más vidente, es cuando surge la llamada crisis de legitimidad.³⁰

En realidad, las opciones cualitativas son varias y tienen en común la búsqueda, explicación o interpretación de datos subjetivos, y no necesariamente debe plantearse como antagónica a la cuantificación de los datos, sino como una opción para dar voz a los participantes.³⁰ Si bien el proceso cualitativo permite distanciarse de la realidad para redefinir las estrategias y formas de acceder al conocimiento, nunca se permitirá iniciar con un objetivo y terminar con otro; es decir, realizar una investigación de este tipo requiere una metodología clara y un proceso coherente.³¹ Sin embargo, este proceso de investigación tiene a su interior un proceso flexible que lo caracteriza, como lo menciona Hernández-Sampieri:⁵ “Un planteamiento cualitativo es como ‘ingresar a un laberinto’. Sabemos dónde comenzamos, pero no dónde habremos de terminar. Entramos con convicción, pero sin un mapa detallado, preciso. Y de algo tenemos certeza: deberemos mantener la mente abierta y estar preparados para improvisar”.

Al respecto, se sugiere no caer en la “metodología”. Se acuña este término para señalar que en la investigación cualitativa es posible no ceñirse a un determinado número de apartados más que a un proceso, y con ello no apartarse de la comprensión de la experiencia de los participantes en un estudio.³² La investigación cualitativa abre un abanico de posibilidades para dar respuesta a interrogantes relacionadas

con las acciones humanas en determinados contextos sociales, culturales, económicos e históricos.

En la literatura se ha expresado que la investigación de tipo cualitativa acepta y reconoce los elementos subjetivos del investigador, además de sus motivaciones personales para llevar a cabo un trabajo de investigación, en especial al elegir una temática determinada, lo cual se relaciona con sus intereses personales e historia de vida.³²

No obstante, para garantizar la relevancia de los resultados en la investigación cualitativa, desde hace varios años se ha venido utilizando el término de “transferibilidad”, que implica la posibilidad de extender los hallazgos a otras poblaciones. Esto es posible cuando los datos se avalan por un estudio cualitativo de calidad metodológica en su ejecución,³³ es decir, cuando desde la gestación del protocolo se clarificaron los puntos anteriormente descritos y el proceso registró con disciplina metodológica los hallazgos.

Así, el protocolo de investigación cualitativo se propone comprender aquello que no es cuantificable.³⁰ El investigador deberá adoptar las posibilidades a sus necesidades o lo que solicite la institución a la que se pretenda proponer el estudio.

Cabe señalar también que en los procesos de investigación cualitativa los datos sirven en las conclusiones para lograr la comprensión de los fenómenos y su ocurrencia en determinados grupos humanos, así que no siempre es necesario generalizar, pero sí concluir una investigación con la explicación más detallada de una determinada realidad social y de salud.³⁰

Finalmente, hay que mencionar que el proceso de elaboración de protocolo cualitativo, así como la investigación dentro de esta metodología, implica un proceso organizado y coherente, distinto a la visión común que se tiene del mismo.



Referencias

1. González-Moreno, M. (2009). La investigación cualitativa en salud. Avances y desafíos. *Salus*, 13, 4-10.
2. Robles, L. (2007). Planteamiento del problema o construcción del objeto de estudio. (Manuscrito sin publicar).
3. Henríquez, A., & Barriga, A. (2003). La presentación del objeto de estudio. *Cinta de Moebio*, 17, 1-11.
4. Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá: El Manual Moderno.
5. Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lúcio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill.
6. Castro, R. (2018). *Pesquisa qualitativa em saúde: fortalecendo a identidade e a colaboração iberoamericana*. En: Ponencia presentada en el VIII Congreso Iberoamericano de Pesquisa Qualitativa em Saúde. Florianopolis, Brasil.
7. Rizo-Curiel, G., Salas-Salazar, L., Ramírez-Contreras, M. G., González-Ramírez, L. P., & Martínez-Arriaga, R. J. (2017). Protocolo de investigación para profesionales de la salud. *Revista Acta de Ciencia en Salud*, 3(1), 63-71.
8. Okuda B, M., & Gomez R. C. (2005). Métodos de investigación cualitativa: Triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 118-124.
9. De la Cuesta, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*, X (20), 136-140.
10. Van Manen, M. (2007). Phenomenology of Practice. *Phenomenology & Practice*, 1, 11-30.
11. Colmenares, E., & Piñeiro, M. (2007). La Investigación Acción. Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas. *Laurus*, 14 (27), 96-114.

12. Garfinkel, H., & Sacks, H. (1970). *On formal structures of practical actions*. In J.C. McKinney & E.A. Tiryakian (eds.) *Theoretical sociology*: 338-366. Appleton Crofts.
13. Pujadas, J. (2002). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales (Serie Cuadernos metodológicos 5)*. Madrid: CIS.
14. Pujadas, J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de Antropología Social*, 9, 127-158.
15. Martínez, P. C. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20, 165-193.
16. Teddlie, C., & Yu, F. (2007). Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77-100.
17. Flyvbjerg, B. (1998). *Rationality and Power: Democracy in practice*. University of Chicago Press: Chicago.
18. Fernández, R. (2001). La entrevista en la Investigación cualitativa. *Revista Pensamiento Actual*, 2(3), 14-21.
19. Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
20. Taylor, S.J. & Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*. México, D.F.: Ediciones Paidós.
21. Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
22. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-10
23. Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research*. London: Sage.
24. Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse. Textual analysis for social research*. London: Routledge.
25. Revuelta, D. I., & Sánchez, G. M. (2003). Programas de análisis cualitativo para la investigación en espacios virtuales de formación. *Teoría de la Educación: Educación y cultura en la sociedad de la información*, 14, 20-48.
26. Piñuel, R. J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis del contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3 (1), 1-42.
27. Carbajal, L. D. (2001). Herramientas informáticas para el análisis cualitativo. *Nómadas*, 14, 252-260.
28. Cisneros, P. C. (2003). Análisis cualitativo asistido por computadora. *Sociologías*, 9, 288-313.
29. Analytic Technologies (2010). *Analytic Technologies*. Obtenido de Analytic Technologies: <http://www.analytictech.com/anthropac/apacdesc.htm>
30. Anadón, M. (2008). La investigación llamada "cualitativa": de la dinámica de su evolución a los innegables logros y los cuestionamientos presentes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 16(2), 198-211.
31. Minayo, M. C. (2002) Líneas de pensamiento en la investigación medico social. En F. Mercado, Gastaldo, D., & Calderón, C., *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. (pp. 249-283). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
32. Janesick, V. (2000). La danza del diseño de la investigación cualitativa: metáfora, metodolatría y significado. En J. A. Haro, & C. Denman, *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social* (p. 362). Hermosillo: El Colegio de Sonora.
33. Ventura, J., & Barbosa-Palomino, M. (2017). ¿Es posible generalizar en estudio cualitativos? *Ciència & Saúde Coletiva*, 22(1), 325.



Una aproximación a la naciente política de cuidados a largo plazo en Chile

Juanillo-Maluenda, Hugo Adolfo^{1*}

1 Departamento de Salud Pública, Universidad de
Guadalajara, Jalisco, México.

* ha_juanillo@med.uchile.cl

Resumen

Chile envejece a un ritmo acelerado de acuerdo con los tres últimos censos poblacionales realizados en el país; incluso más rápido que países desarrollados que tuvieron más de 100 años para implementar medidas que permitieran enfrentar esta situación. Chile, pese a sus limitaciones económicas, comenzó un gradual cambio en lo que respecta a servicios de cuidado a largo plazo, destinados principalmente a la población adulta mayor. El presente trabajo pretende brindar una panorámica de las implementaciones que se han llevado a cabo recientemente en esta materia en Chile.

Palabras clave

Políticas de cuidados, envejecimiento poblacional, personas mayores, servicios de cuidado a largo plazo.

Abstract

Chile is aging in an accelerated process in accordance with the last three population censuses carried out in the country; even faster than developed countries that had more than 100 years to implement measures to face this situation. Chile, despite its economic limitations, has begun a gradual change in terms of long-term care services for the elderly population. The present work aims to provide an overview of the implementations that have recently been carried out in this field in Chile.

Keywords

Care policies, population aging, elderly people, long-term care services.

Introducción

Chile experimenta una serie de cambios que hace una década se veían bastante lejanos. Uno de ellos corresponde al posicionamiento en la esfera pública que está adquiriendo el tema de los cuidados desde la institucionalidad. En este trabajo se brindará una contextualización al Sistema Nacional de Cuidados que se está gestando en Chile, que tiene su génesis con el Gobierno de la expresidenta Michelle Bachelet. Esta iniciativa fue contemplada en su programa de gobierno en los capítulos de equidad de género y adulto mayor.¹ En el primero anunció la creación e implementación del Sistema Nacional de Cuidados justificado con base en dos problemas: la carga desigual del cuidado a cargo de las mujeres, y el déficit de oferta pública de servicios de cuidado y de calidad irregular de acuerdo con la capacidad económica de las familias. Por su parte, en el capítulo de personas mayores (PM) se detallan las medidas en torno al Sistema Nacional de Cuidados: servicios de cuidado a domicilio, apoyos para readecuaciones de viviendas, construcción de una red pública de establecimientos de larga estadía (uno por cada región) y un catastro de la oferta pública y privada en instituciones que brindan cuidado.

Este nuevo sistema de cuidados comenzó a implementarse como línea de acción 2015-2018 bajo el nombre de Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados, coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social y que está focalizado a proveer servicios sociales tanto preventivos de la dependencia funcional como de promoción a la autonomía de las PM.² La denominación de “subsistema” se debe a que es uno de los tres pilares que conforman el Sistema Intersectorial de Protección Social, creado el año 2009 y que tiene como objetivo brindar acceso a programas sociales que mejoren sus condiciones de vida a las personas más vulnerables en términos socioeconómicos.³ De esta manera, el Sistema Intersectorial de Protección Social quedó compuesto por el Subsistema de Seguridades y Oportunidades (ex Chile Solidario), Subsistema Chile Crece Contigo y el nuevo Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados.⁴

A partir del año 2015, se inició el diseño global del Subsistema de Apoyos y Cuidados comenzando en una primera etapa de implementación con el Fondo de Iniciativas Locales de Apoyos y Cuidados, lo que

derivó en una emergente oferta de prestaciones en servicios de cuidado destinados a las PM a partir de esta iniciativa política.⁵

Por su parte, los objetivos del subsistema se consensuaron en junio de 2015 a partir del Comité Interministerial de Desarrollo Social² presidido por el Ministerio de Desarrollo Social y sus servicios relacionados (Servicio Nacional del Adulto Mayor y el Servicio Nacional de la Discapacidad), que contó con la presencia de los ministerios de Vivienda, Salud, Mujer y Equidad de Género, Trabajo y Deportes, además de los subsecretarios de Servicios Sociales y de Evaluación Social. Los objetivos acordados del subsistema fueron los siguientes:

- Promover el bienestar individual y de los hogares con al menos un integrante en situación de dependencia, esto es: hogares con al menos una persona de 60 y más años con dependencia y/o en situación de discapacidad con dependencia (todas las edades).
- Asegurar la coordinación y articulación de acciones y prestaciones tanto públicas y privadas.
- Promover la autonomía y prevenir la progresividad de la dependencia.
- Mitigar la carga de trabajo de la red de apoyo a dependientes con énfasis en las personas cuidadoras.
- Establecer y supervisar el cumplimiento de estándares de calidad para servicios de apoyo y cuidado, públicos y privados.

Para el país, este avance se justificó por tres razones: el envejecimiento demográfico, la oferta insuficiente de servicios de cuidado y aminorar las inequidades de género que implican las tareas de cuidado, ya que éstas recaen principalmente en mujeres de bajos recursos. Este subsistema se diseñó para apoyar a las familias que tengan a su cargo una persona en situación de dependencia y que no pueden acceder a una oferta privada por los costos que ello implica, sumado a la limitada oferta pública lo que, sin políticas sociales, deriva en el empobrecimiento de las familias que tienen un integrante con dependencia funcional.⁵

El subsistema responde básicamente a tres falencias que se mantuvieron por años desatendidas: i) abordar la desarticulación de los programas sociales destinados

a las personas en situación de dependencia; ii) promover la corresponsabilidad y división de tareas de cuidado en hogares y a nivel de instituciones, y iii) abordar la ausencia de estándares de calidad en los servicios que ya estaban disponibles en el país.⁶

En términos administrativos, esta política naciente de cuidados depende del Ministerio Desarrollo Social por sus atribuciones legales,⁷ pero en su ejecución intervienen los servicios que mantienen una dependencia técnico-administrativa como el Servicio Nacional del Adulto Mayor y el Servicio Nacional de la Discapacidad. Asimismo, se articula con otras dependencias como el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud.

Con relación a la población objetivo del subsistema, ésta quedó establecida el 2016 luego de la aprobación del modelo de gestión propuesto por el Comité Intersectorial.⁸ Las personas que pueden optar a su oferta son:

- Hogares integrados por PM de 60 años con dependencia funcional.
- Hogares con personas en situación de discapacidad de cualquier edad con dependencia.
- Personas cuidadoras no remuneradas y/o red de apoyo de esas personas para la provisión de los servicios sociales de cuidado.

El diseño del nuevo subsistema se trabajó con base en distintos lineamientos generales⁹ que lo han ido conformando a lo largo de los últimos años. Las líneas abordadas fueron: la definición del subsistema; elaboración de sus objetivos; establecer los ámbitos, tipos de apoyos y cuidados prioritarios; estructuración general del sistema de apoyos y cuidados como nuevo subsistema, y la armonización y perfeccionamiento de la oferta. Precisamente en este último punto se incluyó toda la oferta de programas que debe articular el subsistema y cuyo gran desafío está en la diversidad de ministerios que los coordinan, lo que a la fecha está considerada como una necesidad por armonizar y mejorar la calidad de la oferta, además de incrementar la eficiencia del gasto público en estos servicios sociales.⁸

Además, la oferta mencionada se organizó en primera instancia en tres grandes grupos: personas en

situación de discapacidad, conformada por ocho programas sociales; cuidadoras, con cuatro programas sociales, y adultos mayores, compuesto por nueve programas sociales que se distribuyen entre prestadores públicos y privados.⁹ En este último grupo se encuentran los servicios de cuidado a largo plazo (SCLP), según lo declarado por Chile a nivel internacional, y que está constituida por los establecimientos de larga estadía, centros diurnos y cuidados en domicilio.¹⁰

SCLP en Chile

Los SCLP, de acuerdo con la perspectiva de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, se definen como prestaciones destinadas a personas con compromiso funcional o cognitivo y que requieren asistencia prolongada para satisfacer las actividades básicas de la vida diaria.¹¹ En lo que se refiere a la realidad chilena, estos servicios presentan una administración y provisión mixtas, es decir, están a cargo tanto de organismos públicos como privados.^{12, 13}

A continuación, se presenta una breve descripción de cada uno de los SCLP disponibles en Chile, sistematizados a partir de la información disponible en bancos institucionales de datos,¹⁴ guías e informes técnicos.^{6, 8, 15}

ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES (ELEM)

Los ELEM tienen su origen el año 2007 y corresponden a residencias para PM que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, necesitan protección y cuidado diferenciados para mantener su salud y funcionalidad.

Dada la complejidad que implican sus prestaciones, este tipo se denomina “institucional”, ya que brinda servicios de cuidado las 24 horas del día.¹⁰ Su población objetivo la conforman PM de 60 años que requieran cuidado especializado, siempre que pertenezcan al 60% más vulnerable de las familias chilenas según la clasificación socioeconómica vigente en Chile. Además, deben presentar algún grado de dependencia (físicas y/o psíquicas leves, moderadas o severas), carecer de redes de apoyo efectivas y no presentar patologías físicas o mentales que requieran hospitalización imprescindible.

Entre las prestaciones específicas que otorgan se cuentan servicios de alimentación, alojamiento, ves-

timenta, lavandería y seguridad. Se complementa con atenciones médicas de enfermería según las necesidades de cuidados en salud de la persona, o bien se asocian a prestaciones terapéuticas y de rehabilitación con diversos fines, como mantener la funcionalidad física y/o cognitiva, o fomentar la integración social de la PM institucionalizada.

La población estimada a atender al año 2016 correspondió a 716,086 PM, en circunstancias que sólo se atendieron ese año a 561 personas en todo Chile, lo que significa que tiene una cobertura real a nivel nacional de sólo el 0.08%. Pese a la baja cobertura, estos establecimientos tuvieron un presupuesto de 7'407,751 dólares durante el año 2017.

CENTROS DIURNOS DEL ADULTO MAYOR

Tienen su origen el año 2013 y son viviendas que funcionan durante el día para que las PM con dependencia funcional leve o moderada puedan realizar actividades apoyadas por prestaciones sociosanitarias y de apoyo familiar preventivo. Todos estos esfuerzos van dirigidos a retrasar la pérdida de funcionalidad a través del fomento de la autonomía e independencia, sin desarraigar a la PM de su entorno familiar y social. Precisamente por esta característica, estos centros son clasificados como “servicios de base comunitaria”.¹⁰

La población objetivo de estos centros la conforman PM de 60 años que presenten dependencia leve o moderada y que pertenezcan al 60% más vulnerable socioeconómicamente. Los servicios que brindan son tanto prestaciones individuales como grupales que tienen como objetivo prevenir el deterioro funcional y llevar a cabo estrategias de promoción para un envejecimiento activo. También se entrega apoyo psicosocial individual y grupal, que se enfoca en educar a las familias en cuidados gerontológicos para promocionar y potenciar la autonomía de la PM con dependencia leve.

La población estimada a atender al año 2016 correspondió a 670,764 PM, aunque se atendieron a 2,268 en todo Chile, lo que significa que tiene una cobertura real a nivel nacional del 0.34%. El presupuesto que tuvo para todo el año 2017 fue de 1,291 dólares. A diferencia de los ELEM, estos centros no tienen una normativa legal que los regule ni presentan evaluaciones programáticas desde que fueron creados.

CUIDADOS DOMICILIARIOS

El último tipo de servicio de cuidado a largo plazo por describir son los cuidados domiciliarios. Existen en Chile a partir de año 2013, principalmente vinculados a algunos municipios como experiencias piloto. Estos servicios cumplen la función de entregar asistencia sociosanitaria en los hogares de las PM que presenten dependencia moderada o severa. Debido a que estas prestaciones se dan en el seno del hogar, se clasifican como “servicios de base comunitaria”.¹⁰

El personal que ejecuta estas prestaciones tiene capacitación como “asistente de apoyo y cuidados”, lo que les implica realizar un curso de formación de 240 horas previo a trabajar en los hogares de las PM. El servicio incluye asistencia dos veces a la semana durante tres horas por cada visita.

La población objetivo de estos servicios la integran PM de 60 años que presenten dependencia moderada o severa y que pertenezcan al 60% más vulnerable. Además, deben contar con una persona cuidadora encargada del cuidado los días que el personal técnico no va al domicilio.

Las prestaciones se ejecutan de manera específica de acuerdo con las necesidades de cuidados de las personas, ya que se elaboran planes de cuidados por un equipo de profesionales a los que el Servicio Nacional del Adulto Mayor les financia el proyecto. Según este diagnóstico, se elaboran los planes de intervención que son leídos, aprobados y firmados por la PM o la persona cuidadora en caso de que exista consenso. Una vez socializado el plan de intervención entre las partes involucradas, éste se ejecuta por el personal asistente de apoyo y cuidado.

La población estimada a atender al año 2016 correspondió a 55,322 personas, mientras que ese año se atendieron 1,748 en todo Chile, lo que significa que tiene una cobertura real a nivel nacional del 3.16%; esto la convierte en la cobertura más alta de los SCLP disponibles en el país. El presupuesto que tuvo para todo el año 2017 fue de 1'113,178 dólares. Al igual que los centros diurnos del adulto mayor, estos servicios aún no tienen una normativa legal que los regule ni presentan evaluaciones desde su creación.

Discusión

Sin duda, uno de los principales logros de esta incipiente política de cuidados fue haber posicionado en la agenda pública el rol que el Estado debe asumir en materia de cuidado, al reconocer que el cuidado social de las PM no es exclusivo de la familia, sino que el Estado debe tener una responsabilidad con las personas más vulnerables. De esta forma, el cuidado de las PM se posiciona en el debate público por aparecer por primera vez en un programa de gobierno,⁵ con un enfoque integral que consideró una perspectiva sanitaria, social y de género en su diseño. Con esto se avanza en considerar el cuidado como un derecho emergente¹⁶ que debe ir progresando hacia un modelo de garantías que asegure las prestaciones de acuerdo con las necesidades de las PM, no desde un enfoque mercantilista de oferta y demanda, sino desde un modelo protección social que considere distintas miradas para brindar una oferta óptima de servicios integrales.

Otro logro de esta política en desarrollo implica no considerar el cuidado desde la institucionalidad como un problema,¹⁷ sino a través de una mirada que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas acorde al desarrollo que ha tenido Chile en las últimas décadas. Esto implicó que se haya comenzado con la implementación de servicios que contribuyan a fortalecer gradualmente la oferta pública de servicios bajo incipientes estándares de calidad que sin duda deben progresar hacia un sistema de aseguramiento de calidad de estos servicios. Lo anterior corresponde a un avance dado el trabajo en terreno que se está realizando a partir de las evaluaciones en los hogares que requieren de cuidado domiciliario, complementada con registros que dan cuenta de la real vulnerabilidad socioeconómica en que incurren las familias que deben hacerse cargo de una persona con algún grado de dependencia. Esta labor de los profesionales en terreno también contribuye a proporcionar un seguimiento en los casos, ya que los grados de dependencia pueden mantenerse, aminorarse o aumentar a lo largo del tiempo, lo que implica mejorar las estrategias de gestión de estos servicios que han visto aumentado sus costos en los últimos años. En este sentido, un estudio licitado por el Ministerio de Desarrollo Social dio cuenta del financiamiento mensual que requiere una PM según el servicio de cuidado a largo plazo de

acuerdo con un modelo que considera estándares mínimos de calidad. Los resultados evidenciaron que los costos para mantener mensualmente a una persona en ELEM ascienden a 770 dólares, en centros diurnos a 343 dólares y en domicilio a 181 dólares mensuales.¹⁸ Como estos costos son elevados, si se comparan con el financiamiento que tienen otros programas sociales vigentes en Chile, es imprescindible mejorar las herramientas que ayuden a focalizar correctamente los montos que se invierten según cada SCLP.

Dentro de las principales limitaciones que tendrá que sortear esta política está alcanzar una integración plena y coordinada de todos los programas sociales relacionados con el cuidado en el mediano plazo. Lo anterior porque muchos de los programas están bajo la coordinación y supervisión de dependencias distintas al Ministerio de Desarrollo Social, por lo que las actividades de articulación de todo el subsistema aún están en etapa de consolidación, al no estar sancionadas las responsabilidades finales de cada ministerio implicado en esta política en desarrollo.

Otro desafío en el mediano y largo plazo se enfoca en aumentar la cobertura a personas que, por su nivel de ingresos, no pueden acceder a la oferta actualmente implementada. Por ejemplo, una familia donde el jefe de hogar perciba un ingreso líquido mensual mayor 700 dólares no podrá acceder a estos servicios ya que, por los actuales sistemas de medición socioeconómica, se encontrará fuera del 60% de población prioritaria. Así, la familia no tiene otra alternativa que asumir las tareas de cuidado, que a la larga empobrecerán al núcleo familiar por los costos ya descritos que implica cuidar a una persona con dependencia. De esta manera, el subsistema deberá progresar a universalizar su acceso que por el momento está focalizado a las familias más vulnerables en términos socioeconómicos.

Para lograr el aumento en la cobertura a la población, se requiere resguardar un financiamiento estable del subsistema, ya que hoy en día no cuenta con un marco normativo que lo respalde financieramente como en el caso del subsistema de protección a la infancia “Chile Crece Contigo”.³ Es por esto que un desafío en el mediano plazo es contar con un cuerpo legal a partir de un Decreto Supremo que garantice un financiamiento y permita elevar la cobertura real en las 346 comunas de Chile, mientras que, en el largo

plazo, este financiamiento debe ir en aumento para lograr la universalización en el acceso como un derecho pleno de acuerdo a lo establecido en el artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las PM, promulgada en el 2017 como ley en Chile.¹⁹

Finalmente, es importante considerar como un desafío todo lo que se relacione con mejorar los estándares de calidad que deben tener los SCLP, ya que con ello se avanza en optimizar el financiamiento y, en definitiva, mejorar la calidad de vida de las PM que

hacen uso de ellos, como también cumplir con todas las convenciones que Chile ha suscrito en la última década y que instan a los Estados a trabajar en términos de calidad para evitar las vulneraciones de derechos de las PM.

Financiamiento y conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés ni apoyo económico para la realización de este trabajo.

Referencias

1. Bachelet, M. (2013). *Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018*.
2. Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Informe de Desarrollo Social 2015*. Santiago: MIDESO.
3. Ley N° 20379. Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile crece contigo”. Publicada en Diario Oficial de la República de Chile 12 de septiembre de 2009.
4. Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Cuenta pública 2015*. Santiago: MIDESO.
5. Barraza, M. (2017). Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados: un desafío país. In: Forttes, P., ed. *Dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos*. Santiago: Palacio de La Moneda, 60-67.
6. Ministerio de Desarrollo Social (2017). *Informe de Desarrollo Social 2017*. Santiago: MIDESO.
7. Decreto N° 15. Aprueba reglamento del artículo 4° de la Ley N°20.530, que crea el Ministerio de Desarrollo Social. Publicado en Diario Oficial de la República de Chile 11 de julio de 2013.
8. Ministerio de Desarrollo Social (2016). *Informe de Desarrollo Social 2016*. Santiago: MIDESO.
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2015). *El proceso de construcción del subsistema de apoyos y cuidados en Chile. Seminario Técnico: Los desafíos de la institucionalidad social en el desarrollo de una protección universal bajo el enfoque de derechos*. Santiago, Agosto.
10. Gascón, S., & Redondo N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Santiago: CEPAL.
11. Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD Publishing.
12. Cuns RA. La política de cuidados en Uruguay: ¿un avance para la igualdad de género? *Revista Estudios Feministas*, 2014; 22:795-813
13. Leiva S. Organización social del cuidado en Bolivia y Chile: Estado y ciudadanía. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 2015; 28:61-81
14. Ministerio de Desarrollo Social. Banco Integrado de Programas Sociales. *Secondary Banco Integrado de Programas Sociales 2013*. <http://www.programassociales.cl>.
15. Ministerio de Desarrollo Social. Guía de Beneficios Sociales N°3 : 2017, 2017.
16. Organización de Estados Americanos. *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (A-70) (CIPDHPM)*. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos, 2015.
17. Jara P. (2017). Pensar una política de cuidados de larga duración. La trilogía sociodemográfica, cultural y de sostenibilidad fiscal en la atención a la dependencia. In: Forttes, P., ed. *Dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos*. Santiago: Palacio de La Moneda, 100-12.
18. Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales (2016). *Costos y estándares de calidad de servicios sociales relacionados con apoyos y cuidados a personas dependientes. Informe Final, 2016*.
19. Decreto N° 162. Promulga la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores. Publicado en *Diario Oficial de la República de Chile*, 7 de octubre de 2017.

Evaluación en preescolares mediante los indicadores del estado nutricional P/T, T/E e IMC/E en un jardín de niños en la ZMG

Rangel-Parra, Jessica^{1*}

1 Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

* ha_juanillo@med.uchile.cl

Introducción

Las medidas básicas sirven para construir los índices antropométricos. La interpretación de éstos son necesarios para el contraste con los valores de referencia calculándolos mediante puntuación Z. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció patrones que sirven para la detección temprana y prevención de problemas graves dentro del crecimiento de los infantes.⁶

Objetivo

Evaluar el estado nutricional de los preescolares mediante los indicadores antropométricos.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal que estuvo conformado por 39 preescolares, con edad de cinco años, a los cuales se les tomó peso y talla con una báscula (Omron, HN-289) y un estadiómetro (ADE, MZ10017); los datos recolectados fueron vaciados al *software* Who Anthro versión 3.1, interpretados con criterios de OMS 2006 y analizados con el programa estadístico SPSS versión 22.0.

Resultados

Se observó un bajo porcentaje de sobrepeso (5.1%) y obesidad (2.5%) de acuerdo con el indicador IMC/E; estos datos son diferentes a los encontrados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, en donde el sobrepeso predomina (17.9%) a comparación de la obesidad (15.3%). La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (7.6%), de acuerdo con el indicador IMC/E, es menor al presentado en la Encuesta Nacional de Nutrición 2012 en el estado de Jalisco (11.3%).

Conclusiones

Este estudio presentó prevalencias muy por debajo de las de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016; también la tendencia es la misma al analizar los datos por género. No obstante, se presentan problemas nutricionales en los preescolares en los diferentes indicadores antropométricos a pesar de que en la actualidad se han estudiado las causas que propician la aparición y la implementación de programas para la prevención de los mismos.

Palabras clave

Evaluación nutricional, percentiles, puntuación z.

Introduction

The basic measures are used to construct the anthropometric indexes, the interpretation of these is necessary to compare them with the reference values, calculating them by Z-score. The World Health Organization (WHO) established patterns that serve for the early detection and prevention of problems serious in the growth of infants.⁶

Objective

To assess the nutritional status of preschoolers through anthropometric indicators.

Material and methods

Transversal descriptive study that consisted of 39 five years old preschoolers who were height and weighed with a scale (Omron, HN-289) and a stadiometer (ADE, MZ10017). The data collected were emptied into software Who Anthro version 3.1, interpreted with WHO 2006 criteria, and analyzed with the statistical program SPSS version 22.0.

Results

A low percentage of overweight (5.1%) and obesity (2.5%) was observed according to the IMC E indicator; these data are different from the findings of the National Mid-Stage Health and Nutrition Survey 2016 where overweight predominates (17.9%) compared to obesity (15.3%). The combined prevalence of overweight and obesity (7.6%), according to the IMC/E indicator, is lower than that presented in the 2012 National Nutrition Survey in the state of Jalisco (11.3%).

Conclusions

This study presented prevalence's well below those presented in the National Health and Nutrition Survey of Midway 2016, also the trend is the same when analyzing the data by gender. However, nutritional problems are presented in preschool children in the different anthropometric indicators, despite the fact that the causes that favor the emergence and implementation of programs to prevent them have now been studied.

Keywords

Nutrition assessment, percentiles, z score.

Introducción

La evaluación del estado nutricional provee información actualizada para la determinación de si el sujeto está cumpliendo las necesidades nutricionales, así como para el establecimiento de objetivos, planificación y seguimiento del sujeto.¹

El uso de antropometría en el ámbito pediátrico permite valorar el crecimiento (tamaño) y la composición corporal del menor. Es útil siempre y cuando la recolección de las medidas se realice debidamente para la interpretación de éstos. Dentro de las medidas básicas se incluyen el peso y la talla.¹ La utilización de las medidas antropométricas mencionadas permiten proporcionar información para identificar, a una edad temprana, a los menores que pudieran presentar anomalías en el crecimiento, y posterior a ello brindarles seguimiento, atención y tratamiento nutricional temprano.²

Las medidas básicas sirven para construir los índices antropométricos. El peso para la talla (P/T) refle-

ja el peso alusivo a una talla determinada; cuando el menor presenta un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición en el menor y cuando este se encuentra alto indica sobrepeso y obesidad. El indicar talla para la edad (T/E) refleja en el niño el crecimiento alcanzado en relación con la edad; este indicador está relacionado con las alteraciones del estado de salud o nutrición a largo plazo. Otro indicador es el índice de masa corporal para la edad (IMC/E), el cual refleja el peso alusivo con la talla para la edad; con adecuada correlación con la grasa corporal, la interpretación de este indicador es similar peso para la talla, pero con más precisión.

Los índices mencionados con anterioridad son distintas expresiones de una misma dimensión que son aplicables para el menor, ya que una medición aislada no tendrá significado alguno, a menos de que esté relacionada con la edad, el sexo y la talla.³ Cuando los datos se encuentran recogidos, la interpretación es

necesaria para contrastarlos con los valores de referencia, calculándolos mediante puntación Z (diferencia entre el valor del menor y el valor medio de la población de referencia para la misma edad o talla, dividido entre la desviación estándar de la población de referencia).⁴ Esta medición permite identificar lo lejos que se encuentra el menor de la mediana a la población de referencia del valor individual obtenido de cada menor, lo que permite describir a la población de referencia y, posterior a ello, realizar comparaciones con ella.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció patrones que sirven para la detección temprana y prevención de problemas graves dentro del crecimiento de los infantes (desnutrición, sobrepeso y obesidad).⁶

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llegó a una conclusión sobre los patrones de crecimiento del Centro Nacional para las Estadísticas de Salud (*National Center for Health Statistics, NCHS*) tras un análisis: que el uso de los patrones no representaba de manera correcta el crecimiento de los menores de edad y que, a necesidad de ello, se necesitaban nuevos patrones de referencia. Es por ello que OMS realizó un estudio multicéntrico sobre los patrones de crecimiento entre 1997 y 2003, con el propósito de generar nuevas curvas para los menores de cinco años de edad para evaluar su crecimiento y su desarrollo, y que éste fuera aplicable para todos los menores de todo el mundo. Este estudio contó con el apoyo de la Asamblea Mundial de la Salud en 1994, y fue realizado en las poblaciones como Brasil, India, Noruega, Omán y Estados Unidos. El estudio combinó el seguimiento longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad, y estuvo conformado por niñas y niños de entre 18 y 71 meses de edad. Los resultados del estudio de Nuevos Patrones de Crecimiento realizados el día 27 de abril de 2006 demuestran el cómo debería ser el crecimiento de todos los menores edad de acuerdo a sus necesidades alimentarias, así como los cuidados en la salud. Este estudio demostró, además, que una alimentación apropiada, como lo son la lactancia materna y la alimentación complementaria, los cuidados en la salud del menor y los factores genéticos tienen un gran peso en la importancia durante la etapa que cursan los menores de edad,⁵ y son

recomendados por su capacidad de descripción del estado nutricional que incluye los puntos extremos de la distribución.⁶

Metodología

Estudio descriptivo transversal que estuvo conformado por 39 preescolares con edad de con años, donde se evaluó el estado nutricional mediante los indicadores antropométricos P/T, T/E e IMC/E en un jardín de niños en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México, en el año de 2017. Se excluyeron a los niñas/os que presentaron alguna discapacidad física (amputación de extremidades superiores o inferiores), inasistencia del menor el día de las mediciones y no categorizarse dentro de los rangos de referencia de los indicadores antropométricos.

Para la toma de peso se utilizó una báscula digital Omron HN-289 con una precisión de 100 g. Para ello se les quitó la chamarra, suéter o alguna otra prenda que portaran en el momento de la medición, además de los zapatos o tenis. Al menor se le colocó en el centro de la báscula, y se procedió a tomar la lectura cuando no estuviera mal parado o flexionando las rodillas. Con la utilización de un estadímetro marca ADE, MZ10017 con una precisión de 1 mm, la toma se llevó también sin portar zapatos ni diademas, en el caso de la niñas. Se colocaron de pie con los talones unidos, piernas rectas, hombros relajados. La cadera, escápulas, talones y la parte trasera de la cabeza se colocaron pegados a la pared donde se situaba el estadímetro. La cabeza se colocó de acuerdo al plano horizontal de Frankfort, la línea entre el punto más bajo de la órbita del ojo y el trago (elevación anterior a la abertura del conducto auditivo externo, por delante de la concha). Por último, para la toma de la medida, se le pidió al menor inhalar profundamente, que contuviera el aire unos pocos segundos manteniendo una postura recta, para así poner la base móvil del estadímetro en el punto máximo de la cabeza.

Se estudiaron los indicadores peso para la talla (P/T), talla para la edad (T/E) e índice de masa corporal para la edad (IMC/E). El estado nutricional se determinó de acuerdo a los valores de puntuación Z de la OMS para cada indicador antropométrico. Se estableció: gravemente emaciado para la edad (<-3 DE),

emaciado para la edad (<-2 DE), peso normal (-2 a +1 DE), riesgo de sobrepeso para la edad (>+1 DE). En el indicador talla para la edad: baja talla severa para la edad (<-3 DE), baja talla para la edad (<-2 DE), talla normal (-2 a +3 DE), talla alta para la edad, (mayor a 3 DE). En el indicador índice de masa corporal para la edad: depleción grave para la edad (<-3 DE), depleción para edad (<-2 DE), índice masa corporal normal para la edad (-2 a +1 DE), riesgo de sobrepeso (mayor a +1 DE), sobrepeso para la edad (>+2 DE) y obesidad para la edad (>+3 DE).⁷

Después de recolectar las medidas antropométricas, los datos fueron vaciados al *software* Who Anthro versión 3.1, interpretados con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006 y analizados con el programa estadístico SPSS versión 22.0.

Resultados

Se estudiaron 39 preescolares de cinco años de edad: 21 (54%) del género masculino y 18 (46%) del género femenino. La mediana en el peso fue de 17.6 kg (RIC 39); la media en la talla fue de 108 cm (DE 5.75).

En cuanto al indicador de peso para la talla en la población total, se observó que el 84.6% (n=33) presentó peso normal (-2 a +1 DE); 7.7% (n=3) se encontró dentro de >+1 DE, 5.1% (n=2) >2 DE, y sólo 2.5% (n=1) de ellos dentro de <-2 DE (gráfica 2). La talla para la edad agrupada por género (gráfica 3) mostró que el 81% (n=17) del género masculino y el 83% (n=15) del género femenino presentaron peso adecuado para su edad. Tanto en el género femenino como en el masculino, se observó que la mayoría de los individuos presentaron peso normal para la talla de acuerdo con su edad (83%, n=15; 81%, n=17) respectivamente, y sólo 14% (n=3) de los menores presentaron riesgo de sobrepeso (tabla 1).

La talla para la edad (gráfica 4) expone que el 90% (n=35) presentó entre -2 a +1 DE; 5% (n=2) se encontró dentro de <-2 DE, 2.5% (n=1) <-3 DE, y 2.5% (n=1) dentro de >+2 DE. La talla óptima para edad (gráfica 5) predominó en ambos géneros (n=39), tanto el 94% (n=17) del género femenino y el 86% (n=18) para el género masculino. Además, se presentó en el género masculino 5% (n=1) para baja talla severa y baja talla (tabla 2).

De acuerdo a la puntuación Z del indicador índice de masa corporal para la edad de la muestra total (n=39), el 77% (n=30) presentó entre -2 a +1 DE; 12.8% (n=5) se ubicó >+1 DE; 5.1% (n=2) >+2 DE; 2.5% (n=1) <-2 DE, y por último 2.5% (n=1) >+3 DE (gráfica 6). Con respecto a la interpretación de puntuación Z (gráfica 7) del índice de masa corporal por grupos de género, el 78% (n=14) del género femenino y el 76% (n=16) del género masculino presentaron un índice de masa corporal adecuado a su edad. Por último, el 78% (n=14) de las menores se encuentra con una interpretación del indicador índice de masa corporal para la edad normal, 11% (n=2) de ellas con riesgo a sobrepeso (tabla 3). El 76% (n=16) del género masculino mostró un índice de masa corporal para la edad dentro de los parámetros de normalidad, y el 14% (n=3) de ellos presentó un riesgo a padecer sobrepeso.

Discusión

Se observó un bajo porcentaje de sobrepeso (5.1%) y obesidad (2.5%) de acuerdo con el indicador índice de masa corporal para la edad. Estos datos son diferentes a lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, en donde el sobrepeso predomina (17.9%) a comparación de la obesidad (15.3%).⁸ Al separar la muestra por género, el mismo indicador mostró un bajo porcentaje de sobrepeso tanto en las niñas (5%) como en los niños (5%). Sin embargo, sólo en los niños se presentó obesidad (5%). Este estudio muestra prevalencias muy por debajo de las presentadas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (sobrepeso 17.9% y Obesidad 15.3%). También, la tendencia es la misma al analizar los datos por género, donde el sobrepeso en el género femenino predomina (20.6%), por encima de la obesidad (12.2%), mientras que en el género masculino se observa lo contrario, siendo la obesidad más prevalente (18.3%) que el sobrepeso (15.4%).

La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (7.6%), de acuerdo con el indicador IMC/E, es menor al presentado en la Encuesta Nacional de Nutrición 2012 en el estado de Jalisco (11.3%).⁹

Existen estudios que toman en cuenta los índices antropométricos para la evaluación nutricia en los escolares en México, como es el caso de Oberto y Col.¹⁰ que, para la valoración nutricia de 112 preescolares, evaluaron el índice de masa corporal para la edad (IMC/E), encontrando 62% menores con normopeso, 1% con riesgo de sobrepeso, 21% sobrepeso y 16% obesidad. Barbosa y Col.¹¹ evaluaron el estado nutricional de 644 preescolares mediante los indicadores antropométricos P/E, P/T, T/E e IMC/E. Los resultados fueron: 0.4% bajo peso, 0.7% emaciación, 2.7% talla baja, 2.7% riesgo de sobrepeso, y a la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad el 16.1%, respectivamente. Estos datos son diferentes a los del estudio, ya que para el indicador peso para la talla se presentó un alto porcentaje de emaciación (2.5%) y al separar la muestra por género la prevalencia fue en los niños (5.5%). En el indicador talla para la edad se observó

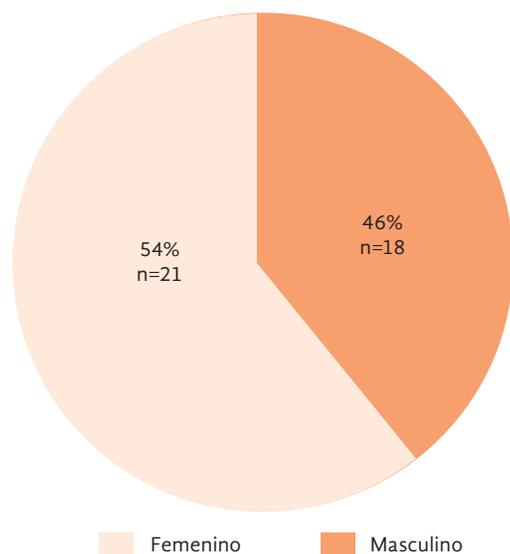
una elevada prevalencia (5%) en talla baja; al separar la muestra por género también se mostró prevalencia de una talla baja para la edad en el género masculino (4.7%). Por último, en el indicador del índice de masa corporal para la edad, se observó una disminución en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad.

Conclusión

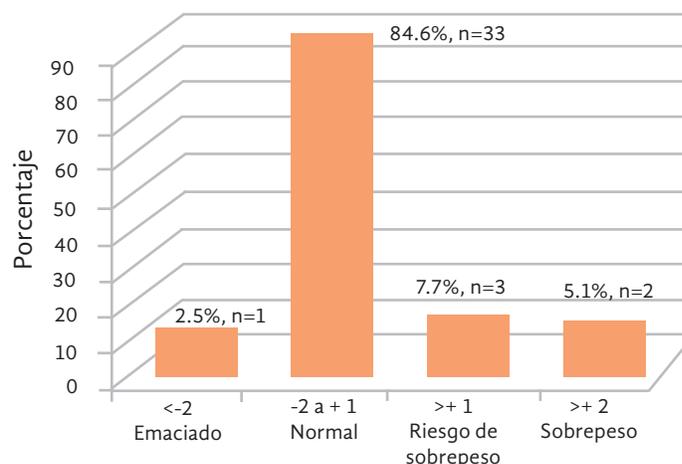
El estudio muestra prevalencias muy por debajo de las presentadas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. También, la tendencia es la misma al analizar los datos por género. No obstante, se presentan problemas nutricionales en los preescolares en los diferentes indicadores antropométricos a pesar de que en la actualidad se han estudiado las causas que propician la aparición y la implementación de programas para la prevención de los mismos.

Gráficas y tablas

Gráfica 1. Género



Gráfica 2. Estado nutricional por puntuación Z de peso para la talla (P/T)



Gráfica 3. Estado nutricional por puntuación Z de peso para la talla (P/T) por género

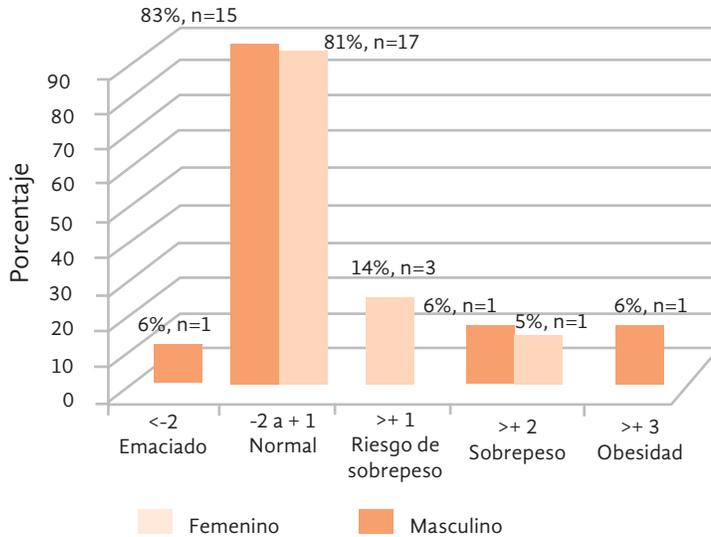
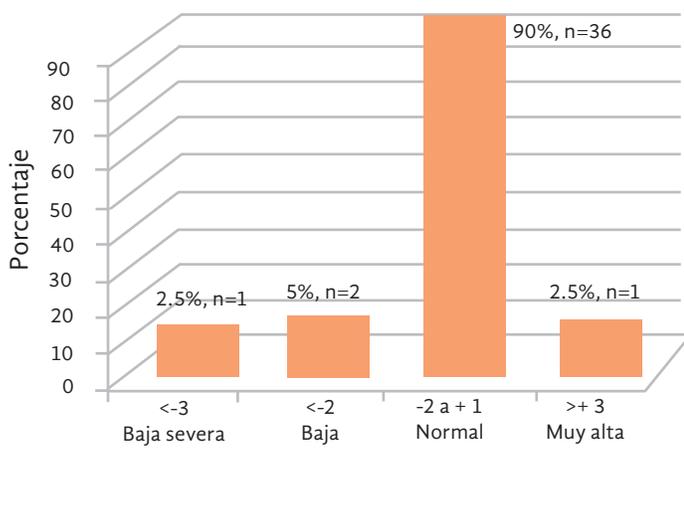


Tabla 1. Interpretación de peso para la talla (P/T) por género

Interpretación	Femenino (n=18) %	Masculino (n=21) %
Emaciado (<-2 DE)	6 (n=1)	-
Normal (-2 a +1 DE)	83 (n=15)	81 (n=17)
Riesgo de sobrepeso (>+1 DE)	-	14 (n=3)
Sobrepeso (>+2 DE)	6 (n=1)	5 (n=1)
Obesidad (>+3 DE)	6 (n=1)	-

Gráfica 4. Estado nutricional por puntuación Z talla para la edad (T/E)



Gráfica 5. Estado nutricional por puntuación Z de talla para la edad (T/E) por género

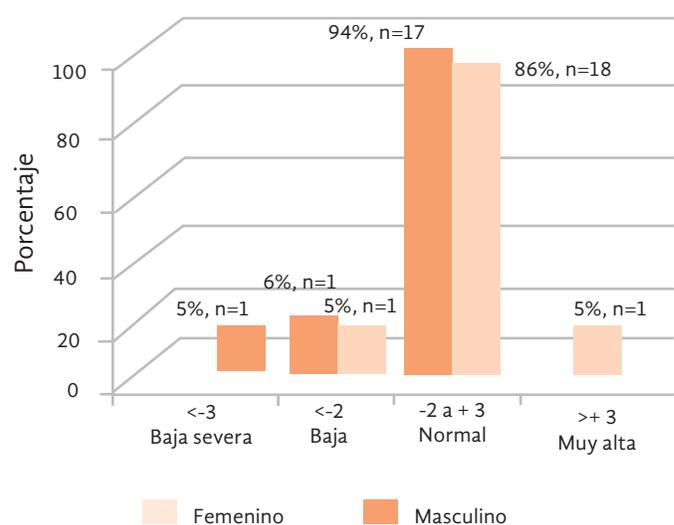
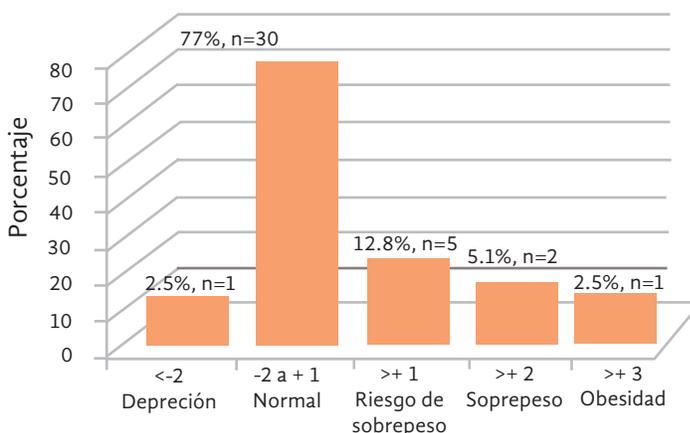


Tabla 1. Interpretación de tallas para la talla para la edad (T/E) por género

Interpretación	Femenino (n=18) %	Masculino (n=21) %
Baja severa (<-3 DE)	-	5 (n=1)
Baja (<-2 DE)	6 (n=1)	5 (n=1)
Normal (-2 a +3 DE)	94 (n=17)	86 (n=18)
Muy alta (>+3 DE)	-	5 (n=1)

Gráfica 4. Estado nutricio por puntuación Z índice de masa corporal para la edad (IMC/E)



Gráfica 7. Estado nutricio por puntuación Z del índice de masa corporal para la edad (IMC/E) por género

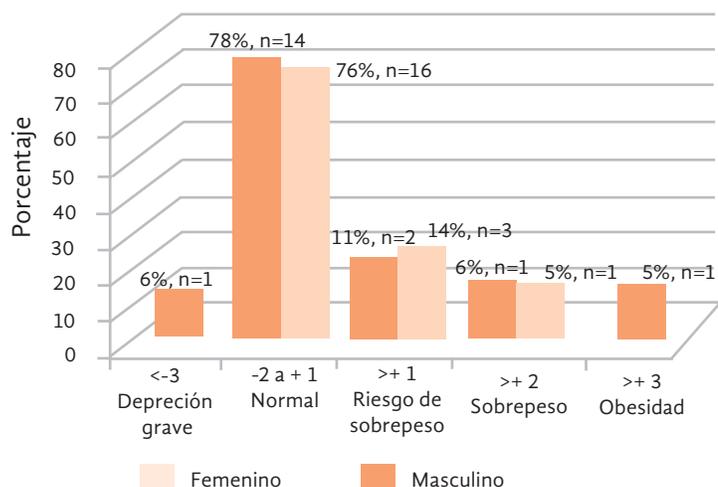


Tabla 3. Interpretación de índice de masa corporal para la edad (IMC/E) por género

Interpretación	Femenino (n=18) %	Masculino (n=21) %
Depleción grave (<-3 DE)	6 (n=1)	-
Normal (-2 a +1 DE)	78 (n=14)	76 (n=16)
Riesgo de sobrepeso (>+1 DE)	11 (n=2)	14 (n=3)
Sobrepeso (>+2 DE)	5 (n=1)	5 (n=1)
Obesidad (>+3 DE)	-	5 (n=1)

Referencias

1. FAO. *Evaluación nutricional*. [Internet]. [Consultado 6 julio 2017]. Disponible en: <http://www.fao.org/nutrition/evaluacion-nutricional/es/>
2. UNICEF. *Evaluación del crecimiento de niños y niñas*. [Internet]. [Consultado 12 Mzo 2018]. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
3. Machado, L., Izaguirre, I., & Santiago, R. (2009). *Nutrición pediátrica*. 1ª ed. Caracas: Médica Panamericana.
4. Martínez, C., & Pedrón, C. *Valoración nutricional*. [Internet]. [Consultado 11 Sep 2017]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/valoracion_nutricional.pdf
5. OMS. *Los nuevos patrones de crecimiento de la OMS*. [Internet]. [Consultado 4 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.ops.org.bo/textocompleto/naipei-patrones-crecimiento.pdf>
6. OMS. *Patrones de crecimiento infantil*. [Internet]. [Consultado 8 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/es/>
7. Suaverza, A., & Haua, K. (2010). *El ABCD de la evaluación del estado de nutrición*. 1ª ed. México: Mc Graw Hill.
8. Secretaría de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016* [Internet]. México: Secretaría de Salud. [Consultado 27 Sep 2018]. Disponible en: https://www.google.com.mx/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf&ved=2ahUKEwiDyYWckb_fAhUOeKwKHUyT-CIEQFjACegQICRAB&usg=AOvVaw0Z-mn8QVqO-YS7Fghvdpd8DD
9. Instituto Nacional de Salud Pública (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Jalisco*. Cuernavaca, [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública. [Consultado 27 Sep 2018]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/Jalisco-ABR14.pdf>
10. Oberto, M., Schiaroli, J., Lencina, R., & Sosa, M. (2017). Alimentos consumidos por preescolares como colación y su relación con el estado nutricional. *Salud Pub.* 46-55
11. Barbosa, E., Fajardo, I., Sosa, F., Cetina, F., Puc, I., & Vargas, R. (2016). Estudio poblacional sobre el estado de salud y nutrición de habitantes de la ciudad de Mérida, México. *Esp Nutr Hum Diet.* 208-215.

Dosis ENARM 2

Ibarra Núñez, Pedro Josel¹
Campos Mariz, Héctor Alejandro¹
Galván Escoto, José Alan Fernando¹
López Valencia, Karla Alejandra¹

¹ Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara; Tonalá, Jalisco, México.

Medicina Interna

Mujer de 54 años que acude a la consulta por dolor articular de manos, codos y hombros, que se acompaña de rigidez matinal de menos de veinteminutos. Refiere presencia de fiebre en ocasiones y malestar general. A la exploración se encuentra inflamación de articulaciones metacarpofalángicas distales, con presencia de lesiones nodulares distales. Se solicita velocidad de sedimentación globular que se reporta elevada.

Datos pivote: Mujer de 54 años. Dolor articular de manos, codos y hombros, rigidez matinal de menos de 20 min. Fiebre y malestar general ocasional. Inflamación de articulaciones metacarpo falángicas distales, con presencia de lesiones nodulares distales. vsg elevada.

1. El diagnóstico más probable es:

MEDIO

- a) Artritis reumatoide
- b) Artritis séptica
- c) Osteoartritis
- d) Pseudogota

Respuesta: Osteoartritis.

También conocida como *artrosis* u *osteoartritis*, se manifiesta por dolor, deformidad e incapacidad funcional principalmente de las articulaciones con gran movilidad o que soportan peso. Los criterios de definición de osteoartritis son: dolor articular y rigidez de menos de 15 minutos la mayor parte de los días en meses previos, deformidad articular asimétrica, dis-

minución asimétrica del espacio articular, crepitación articular al movimiento, velocidad de sedimentación globular normal, factor reumatoide negativo, esclerosis radiológica de la superficie articular y formación de osteofitos.¹

2. Para confirmar el diagnóstico se debe solicitar:

ALTO

- a) Anticuerpos antinucleares
- b) Radiografías de manos y hombros
- c) Búsqueda de cristales de calcio
- d) Punción diagnóstica articular

Respuesta: Radiografías de manos y hombros.

Los estudios radiológicos simples son de gran utilidad tanto para sustentar el diagnóstico como para conocer el grado de daño articular. Los datos radiológicos de osteoartritis son: disminución irregular del espacio articular, esclerosis, quistes subcondrales y formación de osteofitos.²

3. Una vez confirmado el diagnóstico el tratamiento indicado es:

BAJO

- a) Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad
- b) Colchicina
- c) Artroscopia con lavado
- d) Antiinflamatorios no esteroideos

Respuesta: Antiinflamatorios no esteroideos.

De acuerdo a las indicaciones terapéuticas de la enfermedad, el número uno del manejo es el control del

dolor, por lo que se debe elegir esta respuesta como correcta. Son múltiples los manejos de esta enfermedad; actualmente se utilizan nuevas estrategias para controlar la evolución del proceso degenerativo. El manejo farmacológico se basa en: *tópicos*: capsaicina y AINES; *sistémicos*: acetaminofen, AINES no selectivos, inhibidores específicos de COX-2, tramadol y analgésicos narcóticos; *intraarticulares*: esteroides y radiosinovioartesis.¹

Pediatría

Lactante de dos meses de edad que acude a urgencias por presentar rinorrea hialina y fiebre no cuantificada de tres días de evolución. Inicia seis horas antes con tos en accesos, quejido respiratorio, aleteo nasal y tiraje intercostal. Ha recibido la vacuna BCG, primer dosis de pentavalente y dos dosis de Hepatitis B, a la exploración FR 56 rpm, SatO₂ 89%, se auscultan crepitantes y sibilancias al final de la espiración.

Datos pivote: Edad (dos meses), dificultad respiratoria, fiebre, sibilancias, antecedente IVRS.

1. ¿Cuál es el agente etiológico más probable?

BAJO

- a) Virus para influenza 1
- b) Virus sincitial respiratorio
- c) Bordetella pertusis
- d) Adenovirus

Respuesta: Virus sincitial respiratorio.

Se trata de un caso de bronquiolitis aguda, definida como el primer episodio agudo de sibilancias en un niño menor de 24 meses, con disnea espiratoria y pródromos catarrales.³ Es una enfermedad inflamatoria aguda de las vías respiratorias bajas, causada por agentes virales; siendo el más frecuente el virus sincitial respiratorio (VSR), el cual produce hasta el 80% de los casos.⁴

2. ¿Cuál de las siguientes opciones se considera necesaria para confirmar el diagnóstico?

MEDIO

- a) Solicitar biometría hemática
- b) Solicitar panel viral
- c) Radiografía de tórax
- d) Se sugiere no realizar estudios confirmatorios

Respuesta: Se sugiere no realizar estudios confirmatorios.

El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico; se basa en la historia clínica y el examen físico. Se recomienda no realizar estudios radiológicos ni sanguíneos, a menos que el diagnóstico no sea claro o se sospeche otro proceso infeccioso de vías aéreas bajas u otras entidades nosológicas.⁴

3. Respecto al tratamiento, ¿cuál de las siguientes opciones es falsa?

ALTO

- a) Se puede administrar solución salina hipertónica al 7% nebulizada
- b) No se deben administrar corticosteroides sistémicos a pacientes con bronquiolitis
- c) Se puede administrar solución salina hipertónica al 3% nebulizada
- d) No se debe administrar oxígeno suplementario con SatO₂ >90-92%

Respuesta: Se puede administrar solución salina hipertónica al 7% nebulizada.

El tratamiento de la bronquiolitis se basa en medidas de sostén (mantener adecuada hidratación, oxigenoterapia en saturación <90-92%, manejo de obstrucción nasal). La nebulización con solución salina hipertónica al 3% (no al 7%) mejora la hidratación de las vías aéreas y puede usarse siempre y cuando se descarte historia de atopia. No está indicado el uso de corticosteroides sistémicos.^{3,4}

Ginecología y obstetricia

Femenino de 24 años acude al servicio de servicio de Ginecología por presentar dolor tipo cólico, intensidad 7/10, que irradia a región lumbar. Comenta que ha presentado cuadros parecidos desde los 22 años, y siempre 24 horas previas al ciclo menstrual. Menciona que el dolor ha ido aumentando mes por mes; desde hace cuatro meses presenta dispareunia. Antecedentes GO: menarca 14 años, ciclos menstruales 29x4, IVSA a los 20 años, dos parejas, con uso de condón. EF: signos vitales sin alteraciones, abdomen doloroso a la palpación profunda en región suprapúbica y matidez en dicha área.

Datos pivote: Edad, antecedentes de aumento de dolor, dolor tipo cólico de alta intensidad, la matidez en región suprapúbica.

1. ¿Cuál es el diagnóstico presuntivo?

MEDIO

- a) Displasia cervicouterina
- b) Endometriosis
- c) Síndrome de ovario poliquístico
- d) Miomatosis

Respuesta: Endometriosis.

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial funcional, glándulas y estroma fuera de la cavidad uterina, principalmente en ovarios, y en la superficie del peritoneo pélvico, la cual induce una reacción inflamatoria crónica. Se caracteriza por dolor pélvico crónico, infertilidad y masa anexial. Tiene una tríada clásica: dismenorrea, dispareunia e infertilidad.⁵

2. ¿Cuál es el Gold estándar diagnóstico?

ALTO

- a) Biopsia
- b) Ultrasonido vaginal
- c) Laparoscopia
- d) Ultrasonido pélvico

Respuesta: Laparoscopia.

El diagnóstico definitivo sólo puede ser realizado mediante la evaluación histológica de las lesiones; se recomienda realizar laparoscopia para establecer el diagnóstico de endometriosis.⁵

3. ¿Sitio anatómico más afectado por esta patología?

BAJO

- a) Trompas de falopio
- b) Endometrio
- c) Ovarios
- d) Cérvix

Respuesta: Ovarios.

Los sitios de mayor frecuencia para implantación de lesiones endometriósicas, por orden de frecuencia: ovarios, fondo de Douglas, ligamento ancho y ligamento útero-sacro; se destaca la pelvis izquierda 64% a la derecha 36%.⁵

Cirugía general

Paciente masculino de 39 años de edad acude con su médico familiar por presentar evacuaciones diarreicas similares en siete ocasiones en un periodo de cinco meses, acompañadas de dolor abdominal persistente que alternan evacuaciones normales y pérdida de 3kg de peso. A la exploración, con 38.5° de temperatura, mucosa oral con presencia de aftas, abdomen con marcada distensión dolorosa a nivel de flanco izquierdo. Recto se muestra con fisuras perianales y abscesos perianales de 1 cm.

Datos pivote: Las evacuaciones diarreicas acompañadas de dolor abdominal alternante con periodos asintomáticos, así como también fiebre y lesiones que afectan desde la mucosa oral hasta la anal.

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?

MEDIO

- a) Colitis ulcerativa crónica inespecífica
- b) Síndrome de intestino irritable
- c) Cáncer de colon
- d) Enfermedad de Crohn

Respuesta: Enfermedad de Crohn.

No se dispone de un estándar de oro para el diagnóstico de EC. El diagnóstico se confirma mediante la evaluación clínica y una combinación de hallazgos endoscópicos, histológicos, radiológicos y/o investi-

gaciones bioquímicas. El dolor abdominal crónico y/o diarrea en individuos jóvenes sugiere la posibilidad de enfermedad de Crohn, sobre todo cuando se acompaña por la pérdida de peso y fiebre.⁶

Además presenta en recto fisuras perianales y absceso perianales de 1 cm. Los laboratoriales reportan anemia normocítica hipocrómica, leucocitosis, vsG aumentada. Radiografía abdominal con contraste muestra aspecto de empedrado en asas intestinales.

2. ¿Cuál es la característica clínica que se presenta típicamente en los pacientes con Crohn?

ALTO

- a) Dolor abdominal acompañado de diarrea
- b) Lesiones que afectan cualquier región del tracto digestivo
- c) Anemia normocítica hipocrómica
- d) Radiografía que muestra aspecto de empedrado

Respuesta: Lesiones que afectan cualquier región del tracto digestivo.

Como primera instancia, debe descartarse cualquier proceso infeccioso y/o neoplásico. Además de lo anterior, debe considerarse que no existen datos histológicos patognomónicos que establezcan el diag-

nóstico de enfermedad de Crohn. Sin embargo, la presencia de ciertos hallazgos combinados con los datos clínicos del paciente son altamente sugestivos de la enfermedad: 1) granulomas no caseificantes, 2) fisuras, 3) úlceras y 4) metaplasia foveolar.^{6,7}

El diagnóstico definitivo se realiza con base en la entrevista médica, exploración física, resultados de las pruebas de laboratorio, investigaciones gastrointestinales endoscópicas, radiológicas e histológicas.

3. ¿Cuál es el tratamiento de elección para este paciente con exacerbación?

BAJO

- a) Ciprofloxacino y dieta con fibra
- b) Alimentación baja en grasa + compuestos 5-ASA
- c) Quirúrgico
- d) Antidepresivos + bromuro de pinaverio

Respuesta: Alimentación baja en grasa + compuestos 5-ASA.

Los compuestos 5-ASA (mesalazina y sulfasalazina) pueden ser utilizados en pacientes con enfermedad leve. Se sugiere realizar evaluación clínica del paciente entre la semana ocho a doce de utilizar el tratamiento.⁷

Bibliografía

1. Secretaría de Salud. (2013). *Tratamiento de la osteoartritis en el adulto mayor en primer y segundo nivel de atención. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría De Salud, CENETEC; 2013. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/issste_199_13_osteoartritis/gpc_er_osteoartritis.pdf
2. Jamesson, J.L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Longo, D. L., & Loscalzo, L. (2015). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: MC-GrawHill.
3. Secretaría de Salud. (2015). *Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas/niños y en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/032_GPC_BronquiolitisPed/IMSS_032_08_EyR.pdf
4. Ralston, S. L., Lieberthal A. S., & Meissner, H. C. (2014). *Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis*. *Pediatrics*, 134 (5), 1474-1502. Abril 2020, Obtenido de AAP News & Journals Base de datos.
5. Secretaría de Salud. (2012). *Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC; 2012. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/207_SSA_10_ENDOMETRIOSIS/GRR_SSA_207_09.pdf
6. Secretaría de Salud. (2014). *Diagnóstico y tratamiento enfermedad de Crohn en población adulta. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC; 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-723-14-Enf_de_Crhn/723GRR.pdf.
7. Merino, B., & Rodríguez, M. (2014). *Manual CTO de digestivo y cirugía general*. Madrid: CTO Editorial, 9º edición; pp. 65-73.