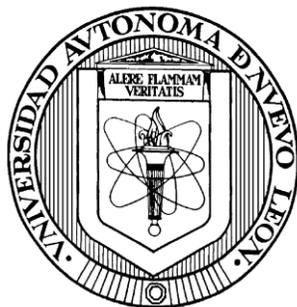


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETAPAS DE CAMBIO Y BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN
PREVENTIVA INTEGRADA, POR ADOLESCENTES DE COAHUILA

Por

LIC. MA. TERESA DE JESUS MORALES PALOMO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2009

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETAPAS DE CAMBIO Y BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN
PREVENTIVA INTEGRADA, POR ADOLESCENTES DE COAHUILA

Por

LIC. MA. TERESA DE JESUS MORALES PALOMO

Director de Tesis

DRA. GEORGINA MAYELA NÚÑEZ ROCHA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2009

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETAPAS DE CAMBIO Y BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN
PREVENTIVA INTEGRADA, POR ADOLESCENTES DE COAHUILA

Por

LIC. MA. TERESA DE JESÚS MORALES PALOMO

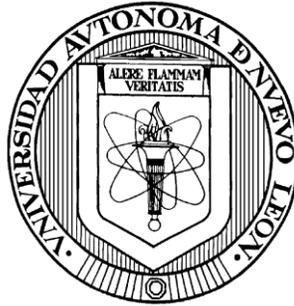
Co director de Tesis

Dra. Raquel Alicia Benavides Torres PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2009

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETAPAS DE CAMBIO Y BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN
PREVENTIVA INTEGRADA, POR ADOLESCENTES DE COAHUILA

Por

LIC. MA. TERESA DE JESÚS MORALES PALOMO

Co director de Tesis

Dra. Yolanda Flores Peña

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2009

PERCEPCIÓN MATERNA DEL ESTADO NUTRICIO HIJOS
PREESCOLARES EN MATEHUALA, SAN LUIS POTOSÍ

Aprobación de Tesis

Dra Med. Georgina Mayela Núñez Rocha
Director de Tesis

Dra Med. Georgina Mayela Núñez Rocha
Presidente

Esther Carlota Gallegos Cabriaes
Secretario

Bertha Cecilia Salazar González
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMENTOS

Gracias a Dios por permitirme culminar una de mis metas profesionales

A mi familia por haberme dado todo el apoyo durante este tiempo

A todo el personal administrativo y docente así como a los alumnos de la Preparatoria Ateneo Fuente.

A la Doctora Georgina Mayela Núñez Rocha, por todo el tiempo, desvelos y su espíritu humano que la caracterizó, como parte importante en la culminación de esta meta debido a su tenacidad y templanza.

A todo el personal docente, administrativo y de apoyo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Al Dr. Juan Francisco Irizar López, Jefe de Prestaciones Médicas de la Delegación Coahuila por creer en mi como profesionista

Al Dr. Eduardo Rodríguez Hernández por su apoyo incondicional y por ser parte de este proyecto.

DEDICATORIA

A mi familia, especialmente a mi compañero y padre de mis hijos, quien jamás dejó de apoyarme tanto tiempo, por todo su amor confianza y desvelos durante toda mi vida profesional y en cada una de las metas que he cumplido. Sin ese apoyo jamás hubiera concluido, ya que mi éxito es parte de su éxito.

A mis padres por creer en mí, Ángel Morales Cabrera y María de Los Ángeles Palomo Ortega. En especial a mi madre, mujer tenaz y con un espíritu inquebrantable. A mi papá porque siempre me dio más de lo que le pedí.

A mi cuñada Rosa Isela Hernández Ojeda por compartir los compromisos adquiridos.

A mis hijos: Javier Eduardo, Javier Osvaldo y Lorena Estefanía por el tiempo que les quite, pero esto les ayudará ser algo en su vida y a que jamás se han rendido y se que van a cumplir su meta, mi confianza es para siempre.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	6
Definición de Términos	8
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
Capítulo II	
Metodología	11
Diseño del Estudio	11
Población	11
Procedimiento de Recolección de la Información	12
Instrumentos de Medición	12
Estrategias para el Análisis de Resultados	13
Consideraciones Éticas	14
Capítulo III	
Resultados	15
Estadística descriptiva	15
Etapas de Cambio para Utilización de API en Adolescentes	15
Barreras para Utilización de API en Adolescentes	17
Capítulo IV	
Discusión	21
Conclusiones	25
Recomendaciones	25

Contenido	Página
Referencias	26
Apéndices	
A. Procesos de Atención Preventiva Integrada en Adolescentes de 15 a 19 años	30
B. Autorización de la Institución Educativa	30
C. Consentimiento Informado	32
D. Cuestionario para Determinar Etapas de Cambio para Utilización de Atención Preventiva Integrada (CECAPI)	34
E. Cédula de Datos Sociodemográficos y Barreras	35

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Etapas de Cambio para Utilización de API en Adolescentes	16
2 Etapas de Cambio para Utilización de API en Adolescentes por Año Escolar y por Género	17
3 Barreras Personales y Familiares para Utilización de API por Año Escolar y por Género	18
4 Barreras de Calidad de la Atención para Utilización de API en Adolescentes por Año Escolar y por Género	19
5 Barreras de Acceso, Psicológicas y Socioeconómicas en Adolescentes por Año Escolar y por Género	20

RESUMEN

Lic. Ma. Teresa de Jesús Morales Palomo
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre 2009

Titulo del estudio: ETAPAS DE CAMBIO Y BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN
DE ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA, POR
ADOLESCENTES DE COAHUILA

Numero de páginas: 36

Candidato para Obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Salud Comunitaria

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue determinar las etapas de cambio y las barreras para la utilización de la Atención Preventiva Integrada, en adolescentes de una institución de educación media. Se diseñó un estudio transversal, la población de estudio fue el censo de los alumnos $N= 898$. Para la recolección de la información se utilizó el Cuestionario para determinar Etapas de Cambio para Utilización de Atención Preventiva Integrada (CECAPI).

Contribuciones y Conclusiones: Se establecieron las etapas de cambio para utilizar la API en los adolescentes de una institución de educación media en la Delegación Coahuila. Predominó la etapa de precontemplación sobre todo en las mujeres de primer año de preparatoria con 48.3%. En lo referente a las barreras para utilizar la API fueron las de conocimiento en las mujeres de segundo año de preparatoria, 67.2% y las personales y calidad de la atención como tiempo de espera para recibir API en el 75.4% de las mujeres de primer año de preparatoria. Las barreras de acceso, psicológicas y socioeconómicas se presentaron en el 49.8% de las mujeres que cursaban el segundo año de preparatoria.

En conclusión, se establecieron de manera particular las áreas de oportunidad en lo referente al año escolar que cursa el adolescente y el género, lo que permitirá al personal de enfermería planear acciones dirigidas para incrementar la utilización de la API y por tanto el logro en acciones específicas en los adolescentes de los cinco componentes de la API: promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección oportuna de enfermedades y salud reproductiva.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005), ha propuesto que el desarrollo adecuado de los adolescentes debe estar precedido o sustentado en una niñez saludable; en ese sentido, es importante el desarrollo en un ambiente seguro con apoyo de la familia y comunicación con sus pares, además de tener vínculos con instituciones sociales. Sin embargo, la realidad muestra un panorama diferente; la magnitud y trascendencia de los problemas que enfrenta este grupo de edad se enuncia enseguida: cerca del 50% de la población mundial es menor de 20 años y uno de cada cinco de los abortos que se realizan en el mundo se efectúa en mujeres entre 15 y 19 años; un porcentaje similar ocurre en el ámbito nacional y uno de cada 20 adolescentes contrae una enfermedad de transmisión sexual (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2006; Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2008). El VIH-SIDA ha ido en aumento, actualmente se calcula que en México hay 47,000 casos registrados; también el tabaquismo, alcoholismo y consumo de sustancias ilegales como la cocaína y las metanfetaminas presentan un incremento alarmante en este grupo de edad (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2002).

En función de los objetivos y estrategias que establece como meta el Programa Nacional de Salud (PRONASA 2007-2012) de mejorar tanto la cobertura en aspectos de promoción de la salud como la calidad y eficiencia de los servicios; el IMSS aplica los Programas Integrados de Salud mediante el PREVENIMSS con el fin de prevenir enfermedades y conservar la salud en sus derechohabientes, el cual incluye acciones específicas como prestación de servicios cuyo propósito general es la provisión sistemática y ordenada de acciones en salud, estimulando la cultura del auto cuidado y la utilización de los servicios preventivos. Sin embargo, la participación activa en el uso de estas acciones, se ha visto limitada en el grupo de adolescentes por la dificultad que

enfrenta para comprender y realizar las tareas relacionadas con el cuidado de su salud por la diversidad de acciones preventivas que se ofrecen. Ante esta situación, el IMSS implementó la Atención Preventiva Integrada (API) como estrategia del PREVENIMSS, que consiste en un conjunto de acciones preventivas en una sola consulta, por el mismo personal de salud y en un mismo lugar, las cuales incluyen cinco procesos: promoción a la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección oportuna de enfermedades y salud reproductiva, todos ellos de acceso universal. Éstos se operacionalizan con una serie de actividades específicas (Apéndice A) (Jinéz et al., 2007). Desde esta perspectiva, el adolescente debe utilizar los servicios de atención preventiva para mantenerse saludable, pero las coberturas alcanzadas en estas acciones fueron muy bajas si se considera que deben cubrir al 100% de la población adolescente, lo que refleja una menor utilización de los servicios preventivos de salud por este grupo de edad. En ese sentido, la cobertura a nivel nacional, en el proceso de promoción de la salud registrada en acciones de cartilla fue 52.9%. En la evaluación del estado de nutrición fue 23.9%. En el proceso de prevención y control de enfermedades, referente a la vacunación de toxoide tetánico diftérico 63.7%, antisarampión-rubéola 58.8% y antihepatitis B 26.1%. En cuanto al proceso de detección de enfermedades en el componente de defectos de agudeza visual en el adolescente, la cobertura fue de 51.5%. En salud reproductiva, en el componente de utilización del condón de 42.2% (Mejía et al., 2006).

Específicamente en el estado de Coahuila en el año 2007, la promoción de la salud a través de incorporación de protocolos fue 85.3%, la evaluación de la nutrición 47.6%; en vacunación en toxoide tetánico diftérico fue de 70.5%, hepatitis B 41.3 % y en sarampión-rubéola de 51.7%. En el proceso de detección de defectos visuales en adolescentes se cubrió al 39.2% y en la información de dotación y entrega de condones el 26.9% (Mejía et al, 2006). Ante esta situación, es necesario identificar la disposición del adolescente para utilizar la API y aquellas barreras que intervienen en su conducta ya

que la condición hacia el cambio de conducta no es un evento aislado, sino un proceso y este debe respetar las formas naturales de conocer y manejar el entorno del individuo.

El personal de enfermería como parte del equipo de salud, contribuye a promover y mantener la salud de los adolescentes e interviene activamente para lograr la meta de cobertura de estos programas mediante la identificación de conductas que participan en la utilización de los servicios preventivos que se ofrecen para este grupo vulnerable. Esto se lleva a cabo con actividades extra muros acudiendo a los centros educativos de alto riesgo considerados así por el alto índice de ausencia en los programas preventivos (IMSS, 2006).

En este contexto, surge el interés de plantear el presente estudio con el fin de determinar la etapa de cambio en la que se encuentran los adolescentes e identificar barreras para la utilización de la API en una institución de educación media.

Marco de Referencia

De acuerdo con la resolución del consejo ejecutivo de la OMS (2005) en la estrategia para la salud y el desarrollo del adolescente, se reconoce el derecho de este grupo poblacional a elevar su estado de salud y mejorar el acceso a los servicios de salud correspondientes. La estrategia fundamental de las instituciones encargadas, establece que deberán satisfacerse las necesidades biopsicosociales de este grupo etéreo, aplicando el enfoque integral y se sugiere promover la utilización de las acciones de la API en este grupo de riesgo.

Dentro de los programas prioritarios en el Programa Nacional de Salud, la premisa básica se fundamenta en un proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades para una vida digna y de cara al futuro con programas específicos para instrumentarlo. En ellos se enfatiza el cuidado a la familia, niños y jóvenes, salud y seguridad social y la reducción de desigualdades (Programa Nacional de Salud [PRONASA], 2007-2012, SS, 2008).

Por otro lado, las consecuencias de la transición epidemiológica han incrementado los costos de la atención médica en donde las enfermedades infecciosas y reproductivas se traslapan con las enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones debido al desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables: tabaquismo, consumo de drogas, consumo excesivo de alcohol, mala nutrición y practica sexuales inseguras. Dentro de los desafíos a los que se enfrenta la seguridad social se encuentra la lucha por enfermedades no transmisibles, lesiones por accidentes o violencia y por infecciones, desnutrición y reproducción.

Los objetivos que se enmarcan en el PRONASA 2007-2012 son los siguientes: mejorar las condiciones de salud de la población, brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad del paciente así como reducir desigualdades con intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables que garanticen la contribución positiva a la superación de la pobreza y el desarrollo humano en el país.

El mejoramiento de las condiciones de salud se encuentra sustentado en la prevención oportuna de riesgos a la salud y con énfasis en la promoción la participación activa de la sociedad organizada para integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.

En el ámbito de la promoción a la salud, frecuentemente se emplean distintos enfoques, por ejemplo, existen modelos teóricos para explicar la conducta de los adolescentes; uno de ellos es el modelo transteórico (MT), este modelo, fue descrito por Prochaska, Di Clemente y Norcross (1992), con el fin de comprender los procesos implicados en el hecho de abandonar el consumo de tabaco. El MT parte de tres premisas a) el cambio de conductas pasa por una serie de etapas, b) hay una serie de etapas y procesos de cambio que son comunes para diversas conductas relacionadas con la salud y c) es más efectivo diseñar una estrategia adaptada a la etapa de proceso de cambio en que se encuentra en ese momento la población objetivo con la que se trabaja,

que diseñar una estrategia si no se tiene en cuenta este factor. Las etapas pueden definirse como un proceso que comienza con la etapa de precontemplación, continúa con la fase de contemplación y preparación y finaliza con las etapas de cambio de acción, mantenimiento e incluso recaída (Prochaska, Di Clemente & Norcross, 1992).

El MT debe utilizarse conforme se quiera avanzar en la promoción de la salud ya que se apoya en una serie de supuestos sobre la naturaleza del comportamiento y de las características de las intervenciones que puedan facilitar dicho cambio y aumentar el uso de acciones preventivas por el adolescente. Así, es necesario contemplar las etapas para poder implementar estrategias de acuerdo a ellas como subgrupo o grupo de cambio. El balance decisorio refleja el peso relativo que los adolescentes otorgan a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud. Los procesos de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, de autoeficacia, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan regularmente para cambiar su comportamiento y en la perspectiva de intervenciones promotoras de la salud, las cuales son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados (Cabrera, 2000; Cabrera, Gómez & Mateus, 2004).

De acuerdo a las directrices establecidas previamente, para el presente estudio se consideraron algunos aspectos relacionados con el uso de API. En relación con los adolescentes, se incluyeron características que pueden participar en la conducta como barreras relacionadas con factores de conocimiento como la identificación de los programas de salud por el adolescente y el saber donde otorgan los servicios. Personales como la falta de tiempo, el no tener deseos de acudir a los servicios o el percibir un estado de invulnerabilidad (Olivares, Lera & Bustos, 2008).

En lo correspondiente a las barreras de calidad de la atención por los adolescentes que ya han utilizado los servicios de salud se ha visto que es importante lo concerniente a los aspectos de la actitud y conducta del personal de salud y la percepción del tiempo de espera (Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de

la Salud [OPS/OMS], 2003). Otro factor que determina el uso de servicios es el aspecto psicológico del adolescente como el temor a realizarse estudios (Valdéz, 2004). Asimismo, la comunicación con el personal de salud y el aspecto financiero para trasladarse a la institución (Echarri, 2008).

Estudios Relacionados

En el presente apartado, se incluyen estudios relacionados con el uso de servicios y acciones preventivas, barreras y etapas de cambio del MT en los adolescentes.

En Chile, Olivares, Lera y Bustos (2008) llevaron a cabo un estudio transversal en 449 estudiantes universitarios con el fin de determinar las etapas de cambio en estilos de vida que incluían acciones preventivas. En la etapa de contemplación donde se sitúan los que no tienen intención de realizar acciones, se ubicaron 5.4% de los hombres y 12.4% de las mujeres; en la etapa de contemplación que significa tener la intención de realizar acciones preventivas en los próximos seis meses, se encontró a 15% de los hombres y 26% de las mujeres y en etapa de preparación para la acción a 23% de los hombres y 35% de mujeres, con la intención de realizar la actividad física en un mes. Asimismo, 25% de los hombres y 26% de las mujeres, manifestaron estar realizando acciones preventivas como actividad física 30 minutos cinco veces a la semana; en tanto 32% de hombres y 11% de mujeres señaló encontrarse en etapa de mantenimiento.

Cabrera, Gómez y Mateus (2004) realizaron un estudio de prevalencia para determinar las etapas de cambio en actividad física en adolescentes en Colombia. La población de estudio la integraron 4, 236, 890 personas de residencias urbanas no institucionalizadas cuya muestra de población adolescente la constituyeron $n=3,840$ de ellos. Se aplicó el instrumento de para identificar etapas de cambio para adopción de actividad física. Del total de participantes 59% no practicaba en actividad física regular (precontempladores y contempladores), 41% restante estaba en la etapa de acción o mantenimiento.

Ryan y Smith (2006) desarrollaron un estudio para establecer las etapas de cambio en 51 jóvenes latinos y afroamericanos con factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en New Hampshire, con el fin de diseñar posteriormente un estudio de intervención. En la etapa basal 2.2% de ellos se ubicaron en la etapa de precontemplación, 34.8% en contemplación; 39.1% en etapa de preparación, 19.6% en acción y 4.3% en mantenimiento. Con estos resultados planearon la intervención en estos adolescentes de acuerdo a los resultados obtenidos y en el seguimiento disminuyeron sus factores de riesgo al participar en acciones preventivas.

Varona et al. (2003) en Cuba, diseñaron un estudio transversal dirigido a 4,835 adolescentes con el fin de evaluar la asociación entre las etapas de proceso de cambio de comportamiento y los factores de riesgo. Tenían una edad promedio de 17 años y 61.2% de ellos eran hombres. El 46% se encontraba en etapa de precontemplación y 54% en contemplación para realizar acciones preventivas sobre tabaco y otras situaciones que afectan la salud. Concluyeron que una alta proporción de la población estudiada se encontraba en etapa de contemplación, lo cual es propicio para realizar acciones y cambio de conducta para realizar acciones preventivas.

Astudillo y Rojas (2006) realizaron un estudio en Colombia con 199 estudiantes universitarios para establecer la disposición al cambio para realizar actividades preventivas en salud enfocadas a estilos de vida activos saludables. En promedio la edad fue de 21 años, el 29.7% eran hombres y 70.3% mujeres. El 25.1% estuvo en etapa de precontemplación, 28.1% en preparación, 28.6% en etapa de acción y 16.1% en mantenimiento. Los resultados arrojados en la investigación indicaron que las futuras intervenciones debían ser dirigidas de acuerdo con las etapas de cambio registradas.

López (2008), llevó a cabo un proyecto transversal en 184 estudiantes de 18 a 28 años de edad, con el objetivo de estudiar las etapas de cambio referente a utilizar servicios relacionados con aspectos preventivos en el área de nutrición y ejercicio físico. El 42.5% y 31.7% de los hombres y mujeres respectivamente se encontraba en etapa de

precontemplación, en contemplación el 1.2% y 7.7% de los hombres y mujeres; en preparación el 46.3% y 59.6% de los hombres y mujeres respectivamente, en acción y mantenimiento no se ubicó ninguno de ellos. En conclusión consideró estudiar las posibles causas de la problemática que expliquen la conducta de este grupo vulnerable.

De acuerdo a Olivares, Lera y Bustos (2008), las barreras percibidas para realizar actividad física fueron la falta de tiempo en el 67.9 %, porque llegan cansados de las actividades escolares 35%, por flojera 31.6%, por que no esta acostumbrado 29.4%. La barrera porque tengo problemas de salud fue de 3.1%.

Villarreal, Martínez, Galicia y Vargas (2007), realizaron un estudio sobre uso de servicios de primer nivel de atención en donde se incluía el departamento de medicina preventiva y la utilización de API en un 40.1%, de ellos, el 59.4% fueron mujeres.

En conclusión, los estudios reportan prevalencias de etapas de cambio para diferentes actividades saludables en lo correspondiente a precontemplación y contemplación desde 2.2% en jóvenes latinos y afroamericanos en Estados Unidos hasta 59% en adolescentes de Colombia. Estos estudios aunque no se encuentran directamente relacionados con el uso de servicios, ya que no existen publicaciones específicas al respecto, manifiestan la disposición al cambio ante diferentes situaciones en este grupo adolescente lo cual podría extrapolarse al uso de servicios y barreras para el acceso y uso de las acciones preventivas.

Definición de Términos.

Etapas de cambio se refiere a la disposición del adolescente a usar las acciones de la API, incluye cinco etapas: precontemplación cuando el adolescente no conoce ni sabe donde aplican las acciones de API y no ido a que se le realicen, contemplación es cuando el adolescente si conoce y sabe donde aplican las acciones de API y está pensando en acudir en los próximos 30 días a su unidad de salud; preparación, cuando el adolescente ha ido pero no regularmente a que le realicen las acciones de la API, acción

es cuando el adolescente en los últimos seis meses ha acudido a su unidad de salud a que le realicen las acciones de la API y mantenimiento es cuando cada año ha acudido al servicio de salud a realizarse las acciones de la API.

Barreras para el uso de API son los factores de conocimiento de las acciones preventivas y los servicios donde se otorga. Las barreras personales y familiares son aquellas propias del adolescente como la percepción de no tener tiempo para acudir a la institución de salud a realizarse las acciones de la API, llega muy cansado, por flojera, porque no tiene quien lo acompañe o no está acostumbrado y la percepción de no tener problemas de salud. Asimismo, las barreras de calidad de la atención se identificaron con percepción de actitudes y conductas favorables del personal de salud hacia el adolescente y el tiempo de espera para recibir atención. Las de acceso, psicológicas y sociales son aquellas en las que se refiere al horario inadecuado, miedo a las acciones de la API y falta de comunicación con el personal de salud respectivamente y las económicas como la falta de recursos para acudir a recibir la API a su unidad de salud.

Para el presente estudio, el perfil sociodemográfico es una característica propia del sujeto relacionado con el género (femenino, masculino), institución de salud a la que pertenece (IMSS, ISSSTE, SS, privado y otros).

Objetivo General

Determinar las etapas de cambio y barreras para la utilización de la API por los adolescentes de Coahuila.

Objetivos Específicos

1. Establecer las etapas de cambio para la utilización de la API.
2. Identificar barreras para el uso de la API (de conocimiento, personales y familiares, de calidad de la atención, de acceso, psicológicas, sociales y económicas).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo, se presenta la metodología empleada para el presente proyecto de investigación. Se incluye el diseño del estudio, la población, criterios de selección; se describen los procedimientos, instrumentos de recolección de datos, estrategias para el análisis de resultados. Asimismo, los aspectos éticos tomados en consideración.

Diseño del Estudio

El diseño de estudio fue descriptivo transversal, a través del cual es posible conocer la prevalencia, tamaño y atributos mensurables de un fenómeno. Este diseño es adecuado cuando se pretende obtener datos de un fenómeno en un momento específico con el propósito de observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural. Además, en el caso de estudios con énfasis en respuestas humanas en salud permite identificar el diagnóstico situacional de un problema o fenómeno (Polit & Hungler, 2000).

Población

La población de estudio, estuvo constituida por el censo de adolescentes de una institución de educación media en Saltillo Coahuila que se encuentra participando en el programa de API con un total de 898 alumnos ($N= 496$ mujeres adolescentes, $N= 402$ hombres adolescentes) en el año 2009.

Procedimiento de Recolección de la Información

En primer lugar, se obtuvo el dictamen de aceptación de los Comités de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Posteriormente, se acudió a las oficinas generales de la Secretaría de Educación Pública del Estado, específicamente a la Coordinación de Educación Pública y se solicitó apoyo oficial del director de la preparatoria estatal por la investigadora responsable. Una vez que se obtuvo la autorización oficial correspondiente con el director de la escuela participante (Apéndice B), se envió la carta de consentimiento informado (Apéndice C) a los padres de familia de los adolescentes menores de 18 años para recabar la firma. Este procedimiento se llevó a cabo en el mismo salón de clases de la institución educativa de acuerdo a la programación que estableció con el personal docente de la preparatoria estatal. Todos los adolescentes cumplieron con el requisito de traer el día de la encuesta su carta de autorización de los padres, no se omitió aplicación de la encuesta. Al término de este proceso, se aplicó la cédula de datos sociodemográficos y barreras que incluye las preguntas correspondientes al modelo transteórico según etapa de cambio para utilización de la API por los adolescentes (Apéndice D y E).

Instrumentos de Medición

En la determinación de la etapa de cambio para utilizar los servicios de API, se aplicó el instrumento CECAPI (Apéndice C), el cual es una adaptación del Cuestionario validado por Cardinal, Engles y Zhu (1998) el cual incluye los reactivos derivados del cuestionario propuesto por Prochaska, Di Clemente & Norcross (1992). Los reactivos se encuentran en forma declarativa y se pide al adolescente que marque el número que precede a cada una de las cinco oraciones que mejor represente su estado actual de utilización de la API o su interés de utilizarla: 1. Actualmente no he utilizado la API y no estoy pensando en hacerlo, 2. Estoy pensando en acudir a mi unidad de salud para utilizar la API en los próximos 6 meses, 3. Estoy pensando en acudir a mi unidad de

salud para utilizar la API en los próximos 30 días, 4. Este año acudí a utilizar la API, 5. He acudido cada año a utilizar la API. Para clasificar a los participantes en la etapa de cambio se aplicarán los siguientes criterios. 1= precontemplación, 2= contemplación, 3= preparación, 4= acción y 5.= mantenimiento.

La cédula que contiene los reactivos para identificar las barreras para uso de API (Apéndice D), se adaptó del Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal, específicamente de la subescala de barreras percibidas de Quelopana, Dimitt y Salazar (2007) y del cuestionario de Beneficios y Barreras en la Actividad Física y Consumo de Frutas y Verduras propuesto por Eikenberry y Smith (2004) e incluye 12 reactivos en donde se interroga acerca de barreras de conocimiento (conocer o no los programas de API y en donde se otorgan las acciones de API); individuales y familiares (por falta de tiempo, estar cansado, flojera , costumbre, no tiene quien lo acompañe, la seguridad en la calle o por problemas de salud); de calidad de la atención (actitud y trato del personal de salud); psicológicos (miedo a exámenes incluidos en API); sociales (falta de comunicación con el personal de salud); de acceso a los servicios (tiempos de espera antes de su atención, horario en que se aplican las acciones de API) y económicos (falta de dinero para acudir a la unidad de salud). El patrón de respuestas es dicotómico (Si=1 y No=2).

Estrategias para el Análisis de Resultados

Se estructuró una base de datos y se llevó a cabo el análisis de los resultados, utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 13. El plan de análisis para los dos objetivos específicos, consistió en estadística descriptiva, medidas de tendencia central. Media y desviación estándar de las variables no categóricas y frecuencias y porcentajes de las variables categóricas.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se realizó conforme a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987), específicamente en los siguientes apartados: respecto al Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad, los derechos y el bienestar de la persona, la participación fue voluntaria, en un momento oportuno. El estudio se consideró con ausencia de daño ya que no se realizaron procedimientos específicos.

En relación con el Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII el estudio fue realizado por profesionales de la salud con conocimientos y experiencia para cuidar la integridad de los participantes en el estudio, se contó con el consentimiento informado y por escrito de los padres de los participantes a quienes se les proporcionó una explicación clara de la forma en que se realizó la investigación. y se inició después de recibir la autorización favorable de la institución escolar participante.

Conforme al Artículo 21, fracciones 1, VI, VII y VIII, cada uno de los participantes conoció el objetivo de la investigación, se aclararon las dudas generadas respecto al procedimiento como es la aplicación del instrumento, se informó que en el estudio no implicaba daño alguno y que tenía la libertad de suspender el llenado de la encuesta si así lo consideraba mediante la aclaración de que no se ocasionaría perjuicio en caso de que no decidiera participar, se garantizó la privacidad, dado que en ningún momento los participantes fueron identificados por su nombre y no se hicieron públicas sus respuestas.

Con relación al Capítulo V, Artículo 58, fracciones I y II al adolescente participante se le aclaró en que consistió su participación, se les garantizó que la información que proporcionara sería estrictamente confidencial y que los resultados no serían utilizados en su perjuicio debido a que la información se daría conocer a la institución educativa en forma global sin identificar la participación individual.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se incluyen los resultados del estudio; en primer orden se presenta la estadística descriptiva concerniente a las características personales y escolares de los adolescentes. En segundo lugar, se incluye lo referente a las barreras para utilización de la API y finalmente las etapas de cambio por año escolar y por género.

Estadística Descriptiva

En lo referente a las características personales de los adolescentes se obtuvo una media de edad de 16.0 años ($DE = 1.09$). El género femenino predominó entre los participantes (55.2%). En lo referente a la Institución de salud a donde acudían a consultar la mayoría lo hacía en las unidades de la seguridad social con 50.3% y 12.7% en el IMSS e ISSSTE respectivamente. El 19.2% acudía a servicios de salud privados y el 13.1% no contaba con servicios de salud. Los resultados obtenidos por año escolar indican que el 65.6% y el 55.5 de los adolescentes de primero y segundo respectivamente cuentan con seguridad social. Un 20.9% y 14.1% acude a servicios de salud privados y el 22% de los adolescentes de segundo año no tenían servicios de salud.

Etapas de Cambio para Utilización de API en Adolescentes

La Tabla 1 muestra las Etapas de Cambio del Modelo Transteórico en donde se establece que más del 40% de los adolescentes de la escuela preparatoria se encuentra en una etapa de precontemplación para la utilización de la API; más del 20% en preparación y únicamente el 4.4% de manera global se ha realizado acciones. El 4.2 % de todos ellos realiza cada año las acciones de API en su unidad de salud. Por año

escolar, en el primer año de preparatoria solamente el 13.5% se ha realizado acciones alguna vez durante el año y del segundo año 16.7%.

Tabla 1

Etapas de Cambio para Utilización de API en Adolescentes

Año escolar / Etapa	Global		Primer año		<i>Segundo año</i>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Precontemplación	396	45.8	315	48.5	81	37.5
Contemplación	181	20.2	127	19.6	54	25.0
Preparación	164	19.0	119	18.3	45	20.8
Acción	86	4.4	58	8.9	28	13.0
Mantenimiento	38	4.2	30	4.6	8	3.7

Fuente: CECAPI

n= 865

La Tabla 2 muestra que casi 45% de los adolescentes se encuentra en etapa de precontemplación. Por género predominó esta etapa en las mujeres en donde se ubica casi el 45%. De manera global, solamente el 12.7% de los hombres y 14.9% de las mujeres se ha realizado alguna vez las acciones preventivas. Por año escolar y por género únicamente el 13.7% de los hombres de primer año de preparatoria se ha realizado las acciones preventivas alguna vez en su unidad de salud, observando esa misma tendencia en el género femenino con 13.6%.

Tabla 2

Etapas de Cambio para Utilización de API en Adolescentes por Año Escolar y por Género

Año escolar Etapas	Global				Primer año				Segundo año			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Precontemplación	167	44.8	229	46.5	130	48.1	215	48.3	37	35.9	14	29.7
Contemplación	91	24.4	90	18.3	56	20.7	81	18.2	35	34.0	9	19.3
Preparación	64	17.2	100	20.3	47	17.4	87	19.6	17	16.5	13	27.6
Acción	36	9.7	50	10.2	28	10.4	39	8.8	8	7.8	11	23.4
Mantenimiento	15	3.0	23	4.7	9	3.3	23	5.2	6	5.8	-	-

Fuente: CECAPI

$n = 865$

Barreras para la Utilización de API en Adolescentes

En lo referente a las barreras de conocimiento de manera global el 54.2% de los adolescentes ($n=469$) si conocían y sabían en donde otorgan la API.

En la Tabla 3 se establece que las barreras personales y familiares para la utilización de API en aquellos adolescentes que se encuentran en la etapa de contemplación y preparación de manera global y en el género masculino, fueron en su mayoría por falta de costumbre, pero en el género femenino en el segundo año de preparatoria fue la falta de tiempo para acudir a que le apliquen acciones preventivas y el percibir ausencia de problemas de salud.

Tabla 3

Barreras Personales y Familiares para Utilización de API por Año Escolar y por

Género

Año escolar Barreras	Global				Primer año				Segundo año			
	Masculino <i>n</i> =155		Femenino <i>n</i> =190		Masculino <i>n</i> =103		Femenino <i>n</i> =168		Masculino <i>n</i> =52		Femenino <i>n</i> =22	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sin tiempo	37	24.1	49	26.0	26	24.8	43	25.4	12	23.6	6	31.5
Cansado	12	7.5	9	4.4	6	6.1	6	3.3	7	12.7	3	14.6
Por flojera	18	11.2	14	7.4	11	10.6	12	7.4	7	12.7	2	6.2
Sin compañía	3	2.2	8	4.0	3	3.0	7	4.2	-	-	1	2.2
Sin costumbre	46	29.6	58	30.6	30	29.5	54	32.4	16	30.0	3	12.5
Sin Seguridad	2	1.3	4	2.0	-	-	3	1.8	1	2.7	2	4.5
Sano	37	24.1	48	25.6	27	26.0	43	25.4	9	17.3	5	28.5

Fuente: CECAPI

n= 345

En la Tabla 4 se observa que la principal barrera para acudir a la unidad de salud y utilizar API fue la actitud del personal de manera global. Por año escolar y por género esta barrera se concentra con más del 50 % en el género masculino de los adolescentes de segundo año escolar de la preparatoria.

Tabla 4

Barreras de Calidad de la Atención para Utilización de API en Adolescentes por Año Escolar y por Género

Año escolar Barreras	Global				Primer año				Segundo año			
	Masculino n=155		Femenino n=190		Masculino n=103		Femenino n=168		Masculino n=52		Femenino n=22	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Le gusta la actitud												
Si	90	58.7	101	53.6	64	62.3	90	53.6	25	49.1	12	54.1
No	65	41.3	89	46.4	39	37.7	78	46.4	27	50.9	10	45.8
Le gusta el trato												
Si	97	62.7	109	57.7	66	64.4	96	57.4	30	58.2	13	60.4
No	58	37.3	81	42.3	37	35.6	71	42.6	22	41.8	9	39.5
Espera prolongada												
Si	102	65.9	141	74.2	70	67.8	126	75.4	32	61.0	14	62.5
No	53	34.1	49	25.8	33	32.2	42	24.6	20	39.0	8	37.5

Fuente: CECAPI

n = 345

En la Tabla 5 se observa que las horas en las que se aplica la API representan una barrera en la mayoría de los adolescentes de acuerdo a sus necesidades. De manera particular el miedo a realizarse exámenes o acciones preventivas en el género femenino de segundo año de preparatoria es la barrera más importante.

Tabla 6

Barreras de Acceso, Psicológicas y Socioeconómicas en Adolescentes por Año Escolar y por Género

Año escolar Barreras	Global				Primer año				Segundo año			
	Masculino n=155		Femenino n=190		Masculino n= 103		Femenino n=168		Masculino n=52		Femenino n=22	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hora inadecuada												
Si	74	48.0	85	44.8	50	48.3	74	44.2	25	47.3	11	50.0
No	81	52.0	105	55.2	53	51.7	94	55.8	27	52.7	11	50.0
Miedo a la API												
Si	57	36.8	80	41.9	37	36.0	69	41.1	20	39.1	11	50.0
No	98	63.2	110	58.1	66	64.0	99	58.9	32	60.9	11	50.0
Comunicación												
Si	108	69.7	121	63.5	71	69.5	108	64.5	36	70.0	12	54.1
No	47	30.3	69	36.5	32	30.5	60	35.5	16	30.0	10	45.9
Recursos												
Si	39	25.4	32	16.9	22	21.3	25	15.0	19	36.4	9	41.6
No	116	74.4	158	83.1	81	78.7	143	85.0	33	63.6	13	58.4

Fuente: CECAPI

n = 345

Capítulo IV

Discusión

En el presente trabajo se determinaron la disposición al cambio en los adolescentes de una institución de educación media en la Delegación Coahuila a fin de establecer su distribución y las barreras para la utilización de la atención preventiva integrada. Son escasos los estudios en relación a este tema de gran importancia, dirigido a este grupo de riesgo. Olivares et al. (2008) han recomendado este modelo para focalizar grupos en esta edad proclive e intervenir en lo concerniente a educación para la salud y orientación para realizar acciones saludables.

En lo referente a las características personales de los adolescentes como la edad, se observa que en promedio contaban con más de 16 años y la mayoría era del género femenino, semejante al grupo incluido en el estudio de Villarreal et. al. (2007) realizado en una unidad de primer nivel de atención en el estado de Querétaro. Se ha establecido que la edad es un factor relevante porque influye en los comportamientos individuales y se tiene la potencialidad de estimular conductas positivas, en correspondencia con sus cánones. Este factor se debe considerar ya que en las ultimas décadas, conceptos como adolescente y adolescencia han cobrado protagonismo y se ha convertido en un bio-socio-estrato específico, que se caracteriza por tener patrones de conductas en salud donde los adolescentes están expuestos a un conjunto particular de factores de riesgo que les hace mas vulnerables (Astudillo & Rojas, 2006).

La mayoría de los adolescentes estudiados acudían a instituciones de seguridad social y una quinta parte de ellos a servicios de salud privado. De acuerdo a Mejía et al. (2006) es de gran trascendencia conocer la cobertura y utilización de las acciones preventivas para planear y reorientar las intervenciones dirigidas a la población adolescente.

Respecto a las etapas de cambio en el grupo estudiado, aunque de manera general los adolescentes han utilizado los servicios de salud, incluyendo el departamento de medicina preventiva desde su infancia; en lo concerniente a la API, se observa que más del cuarenta por ciento se encuentra en la etapa de precontemplación en donde el adolescente no ha acudido a los servicios de salud y no tiene planeado ir a realizarse las acciones; con énfasis en el primer año de preparatoria y en el género femenino, cifra menor que el estudio de Villarreal et al. (2007), en donde casi el sesenta por ciento de las mujeres de ese grupo de edad acudió a servicio de medicina preventiva y trabajo social. Esto se explica porque la mujer muchas veces no se preocupa por el tema de la salud o ve muy lejanas sus consecuencias y no considera el acudir a realizarse estudios y llevar a cabo acciones preventivas porque no los valoran como factores protectores para la salud y se perciben invulnerables (López, 2008).

Un grupo importante lo constituyeron los adolescentes ubicados en las etapas de contemplación y preparación sobre todo en el segundo año de preparatoria y en los hombres con más del cuarenta y cinco por ciento, esto indica que su situación en lo concerniente a la utilización de API era irregular, lo mismo que en otros estudios en donde es aun más alta la concentración de adolescentes que se encuentran en estas etapas de cambio como lo señala el estudio de Ryan y Smith (2006). Por su parte Olivares et al. (2008) establecen que hasta un 35% de las mujeres estudiantes de Chile se ubicaron en estas etapas, las cuales necesitaron mayor estímulo para la actividad. Esta situación se consideró un desafío para los encargados de las políticas de salud y programas existentes lo cual puede ser extrapolado al contexto establecido en el presente proyecto.

La ENCOPREVENIMSS establece una baja cobertura de acciones preventivas en los adolescentes, lo cual se corrobora en el presente estudio ya que solamente el 8.6% de los estudiados, sobre todo los de segundo año de preparatoria y del género femenino se realizan acciones preventivas cada año como lo establece la norma. Se ha visto que a

medida que se incrementa la edad en las mujeres ellas hacen concientes sus necesidades reales de salud lo que motiva a la acción y por tanto tomen medidas de prevención específica aunque falta mucho por hacer para incrementar la cobertura en los adolescentes (Mejía et al., 2006).

Por otro lado, en lo concerniente a las barreras que obstaculizan la utilización de API se encuentra que la mayoría de los adolescentes no tienen conocimiento de tales acciones ni tampoco del lugar donde se otorga el servicio y otros aunque lo conocían no lo utilizaban; este dato resulta útil para identificar los factores que participan y se consideren al momento de diseñar una intervención tomando en cuenta esta premisa (Varona et al., 2003). Asimismo, en lo concerniente a las barreras personales y familiares para la utilización de la API, semejante al estudio en estudiantes de Chile, fueron el no tener la costumbre, falta de tiempo y considerar que tienen buen estado de salud. Esto muestra que no es suficiente el conocimiento únicamente sino que pueden intervenir otros factores ambientales, entornos y oportunidades para que se utilice la API (Olivares et al., 2008).

La literatura demuestra que la mayoría de las decisiones que los adolescentes toman sobre utilizar o no los servicios de salud están influenciadas por factores fuera del ámbito del sector salud. Sin embargo, los atributos de los servicios y su forma de prestación sí tienen relevancia. Numerosos estudios demuestran que los adolescentes no acuden o acuden poco a los servicios de salud porque estos no reflejan sus prioridades, gustos, y preferencias (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] (2003). En ese sentido, en el presente trabajo se observaron barreras de calidad de la atención principalmente en hombres de segundo año de preparatoria en lo concerniente a la actitud del personal y en el tiempo de espera para recibir servicio en las mujeres de segundo año.

El miedo a las acciones o estrés, como respuesta a un resultado positivo

y la idea de que los diagnósticos no reporten beneficios tangibles, es una de las barreras para el acceso a los servicios de API identificadas sobre todo en las mujeres adolescentes. Además, la evaluación que ellos hagan ante una situación percibida como amenazante y una evaluación negativa sobre los recursos económicos con los que cuenta para afrontar dicha situación, se encuentra relacionada con la comunicación sobre las acciones que pueda darle el personal de salud (Mejía, 2003). Desde esa perspectiva, el grupo de adolescentes del presente estudio manifestó tales situaciones sobre todo las mujeres de segundo año de preparatoria

El presente trabajo traza un panorama sobre las etapas de cambio en las que se encuentran los adolescentes y las barreras que más frecuentemente enfrenta este grupo poblacional. Probablemente una causa de esta problemática es la escasa información y conciencia que tiene el adolescente acerca del autocuidado de su salud y las acciones que debe realizarse de acuerdo a su grupo de edad. Las instituciones son determinantes en el diseño y aplicación de programas atractivos que incluyan un horario adecuado de atención, con una comunicación asertiva entre el equipo multidisciplinario de salud con este grupo de adolescentes para acercarlo a estas instancias.

La situación actual de los adolescentes, abre espacio para implantar estrategias, planes y programas en un ambiente favorable para la puesta en práctica de diferentes líneas de acción como redes de apoyo, utilizando personajes clave del mismo grupo de adolescentes con el fin de motivar e informar al resto de sus pares con la asesoría del personal de enfermería y equipo multidisciplinario de salud de las unidades de atención primaria. Es por eso que estos resultados permitirán a los directivos encargados de tomar decisiones, planear acciones necesarias y asignar recursos para incidir en esta problemática; sobre todo en aquellas zonas en donde se establecieron áreas de oportunidad.

Conclusiones

De las etapas de cambio para utilizar la API en los adolescentes de una institución de educación media en la Delegación Coahuila, predominó la etapa de precontemplación sobre todo en las mujeres de primer año de preparatoria.

En las mujeres de segundo año de preparatoria que se encontraban en contemplación y preparación, las barreras para utilizar la API fueron las de conocimiento. Las personales de manera global y por género, predominó el no tener la costumbre y no tener tiempo para acudir a su clínica para aplicar las acciones de API y las de calidad de la atención fue la actitud del personal de manera global y el tiempo de espera prolongado para recibir API en mujeres de segundo año de preparatoria. Las barreras de acceso, psicológicas y socioeconómicas se ubicaron en el grupo de mujeres que cursaban el segundo año de preparatoria.

Recomendaciones

Realizar estudios explicativos para determinar específicamente los factores que intervienen en la utilización de la API.

Diseñar intervenciones con enfoque de riesgo y considerar los factores identificados y los grupos de riesgo establecidos en la institución educativa con el fin de dar respuesta y seguimiento a la problemática identificada.

Realizar estudios que permitan identificar las barreras organizacionales para la utilización de la API por el grupo de adolescentes.

Referencias

- Astudillo-García, C. & Rojas-Russell, M. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 41-49.
- Cardinal, B., Engels, K. & Zhu, W. (1998). Application of the transtheoretical model of behavior change to preadolescents physical activity and exercise behavior. *Pediatric Exercise Science*, 10, 69-80.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento de la salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica*, 18, 129-138.
- Cabrera, G., Gómez, L. & Mateus, J.L. (2004). Actividad física y etapas de cambio comportamental en Bogotá. *Colombia médica*, 35, 82-86.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2008). Casos de SIDA en México .Recuperado el 23 de octubre de 2009, <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>
- Echarri, C. (2008). Barreras para la satisfacción de necesidades de salud reproductiva: una experiencia desde la academia. El Colegio de México. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 1-96.
- Eikenberry, N. & Smith, Ch. (2004). Perceptions, motivations, barriers, and promoters in low-income Minnesota communities. *Journal of the American Diet Association*, 104, 1158-1161.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002). *Programas integrados de salud*. Guía Técnica [Folleto]. México, D.F.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2006). *Encuesta nacional de coberturas*. ENCOPEVENIMSS 2006 (síntesis). [Folleto]. México, D.F.
- Jinéz, L., Martínez, A., Medrano, M.E., Fernández, I., Martínez, G., Rendón, E., et al. (2007). Atención preventiva integrada. Guía de actividades de enfermería

- [Folleto]. México. D. F. Coordinación General de Comunicación Social. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- López, M.A. (2008). Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la Universidad del Desarrollo, sede concepción Chile. *Revista chilena de nutrición*, 35, 215-224.
- Mejía, A. (2003). Barreras de acceso a los servicios diagnósticos y de atención en grupos más vulnerables de la ciudad de Bogotá. Recuperado el 8 de mayo de 2009, de http://www.haztelaprueba.info/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10&Itemid=148
- Mejía, I., Rodríguez, M., Cisneros, A., Rosales, S., Reyes, H. & Gutiérrez, G. (2006). ENCOPEVENIMSS 2006. Avances en los programas de salud del niño y adolescente. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44, 31-41.
- Oláiz, F., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S. et al. (2006). Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olivares, S., Lera, L. & Bustos, N. (2008). Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras en estudiantes universitarios de Santiago de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 35, 25-35.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Health and the millennium development Goals*. Ginebra. Recuperado 23 de septiembre de 2009, de http://www.who.int/mdg/publications/mdg_report/en/
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] (2003). Guía para la la evaluación de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes. Unidad del Niño y el Adolescente. Salud de la Familia y de la Comunidad , OPS/OMS. Recuperado 30 de abril de 2009, de http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/jovenes/evaluaservalidjoven.pdf

- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6a ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change-applications to addictive behaviors. *The American psychologist*, 47,1102-1114.
- Quelopana, A.M.,Dimitt, J. & Salazar, B.C. (2007).Traducción y validación del cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal en embarazadas de México. *Index Enferm*,16, 23-27. Recuperado el 10 de enero de 2009, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.
- Ryan, A.& Smith, C. (2006). Change for life/cambia tu vida: A health promotion program base don the stages of change model for African descendent and Latino adults New Hampshire. *Preventing chronic disease*, 3, 1-11.
- Secretaría de Salud. (2007-2012). *Programa Nacional de Salud [PRONASA]*, Por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Recuperado 21 de julio de 2009, en <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/pronasa/>
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud: ley general de salud*. Leyes y códigos de México: Porrúa.
- Secretaría de Salud (2008). Guía técnica para la cartilla nacional de salud. adolescente de 10 a 19 años. Guía Técnica [Folleto]. México.D. F.
- Valdéz, R. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances en psicología latinoamericana*, 22, 49-59.
- Varona, P., Rodríguez, M., Alfonso, K., Bonet, M., García, R., Fernández, N., et al. (2003). Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. *Revista panamericana de salud pública*, 14, 119-124.

Villarreal, E., Martínez, L., Galicia, L. & Vargas, E. (2007). *El sistema de salud perfil de uso y costo en primer nivel de atención*. Querétaro, Querétaro. México, D. F: Universidad Autónoma de Querétaro.

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (1997). *Food, nutrition and the prevention of cancer, a global perspective*. Washington DC:WCRF/AICR.

Apéndice A

Procesos de Atención Preventiva Integrada en Adolescentes de 15 a 19 años

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud - Invitar a la lectura de temas relacionados al adolescente y a sesiones educativas
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Medir Peso y talla - Evaluar el estado nutricional
Prevención y Control de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar vacunas: - Sarampión-rubéola - Tétanos- difteria - Hepatitis B - Entregar condones de manera informada - Promover el cepillado dental. Detección de placa dentobacteriana - Administrar Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado a Pacientes con Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar
Detección Oportuna de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar bacilos copia para la detección de BAAR en pacientes que presenten tos con flemas - Evaluar la agudeza visual a los 12 y 15 años
Salud Reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> - Promover métodos anticonceptivos en adolescentes que han iniciado vida sexual

Apéndice B

Autorización de la Institución Educativa



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA
ESCUELA DE BACHILLERES "ATENEO FUENTE"**



6 de Octubre de 2009

**LIC. MARIA TERESA DE JESUS MORALES PALOMO
PRESENTE.**

Por este conducto, me permito otorgar autorización para la realización del trabajo de campo del proyecto de investigación **"Etapas de cambio y barreras para la utilización de la Atención Preventiva Integrada por los Adolescentes en Coahuila"**

Dicho trabajo de campo consiste en la recolección de datos del censo de los adolescentes que acuden a esta institución de educación media superior en Saltillo, Coahuila.

**ATENTAMENTE
"EN EL BIEN FINCAMOS EL SABER"
"POR UNA INSTITUCION VISIONARIA"**


**LIC. VICTORIANO DÍAZ MURO
DIRECTOR**



Apéndice C

Consentimiento Informado

Título del Estudio:

Etapas de cambio y barreras para la utilización de la atención preventiva integrada por los adolescentes de una institución de educación media en Saltillo Coahuila.

Introducción y propósito

Entendiendo que la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, está realizando un proyecto de investigación.

Procedimientos

Se está solicitando mi participación voluntaria, pidiendo que conteste un cuestionario que incluye algunas preguntas de opinión, y además algunos datos personales como edad, sexo, estado civil, escolaridad y escuela a la que pertenezco.

Riesgos

Me han informado y explicado que no hay procedimientos riesgosos que pongan en peligro mi integridad física y solo contestaré el cuestionario.

Beneficios

Estoy consciente de que si acepto participar en el estudio, no obtendré ninguna clase pago monetario o en especie, aunque los datos que se generen del presente proyecto podrán ser utilizados para orientarme acerca de mis necesidades de salud.

Participación Voluntaria/Abandono

Si al momento de contestar el cuestionario no estoy de acuerdo con lo que se me pregunta, tengo la libertad de retirarme si lo considero pertinente, sin que esto ocasione molestia alguna.

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio, podré comunicarme a la Coordinación Delegacional de Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social de Saltillo Coahuila con el Dr. Eduardo Rodríguez Hernández al teléfono 4156237 ext 1112, en un horario de 8 a 16 hs o bien con la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha al teléfono (81)12573124 para exponer mis dudas, quejas o comentarios.

Confidencialidad

De la misma forma me han explicado que se garantiza que los datos serán confidenciales y no habrá forma de que me puedan identificar individualmente y que la información sobre mi persona se utilizará con fines de orientación y educación para la salud.

Conociendo todo esto, estoy de acuerdo en participar y doy mi consentimiento para ello.

Lugar y fecha _____

Encuestador: (nombre y firma) _____

Datos del participante

Datos del padre o tutor

(Nombre y firma)

(Nombre y firma)

Testigo 1

Testigo 2

(Nombre y firma)

(Nombre y firma)

Apéndice D

Cuestionario para Determinar Etapas de Cambio para Utilización de Atención Preventiva Integrada (CECAPI)

INSTRUCCIONES: Por favor lea cuidadosamente y marque el número de la oración que mejor representa su estado actual de utilización de la Atención Preventiva Integrada que ofrece su clínica o su interés en utilizarla.

1. Actualmente no conozco ni se donde aplican las acciones de Atención Preventiva Integrada y no he ido a mi clínica a que me las realicen.
2. Conozco y se donde aplican las acciones de Atención Preventiva Integrada y estoy pensando en acudir a mi clínica para que me las realicen en los próximos 30 días
3. He ido a mi clínica a que me realicen la acciones de la Atención Preventiva Integrada pero no regularmente.
4. Hace menos de 6 meses acudí a la clínica a que me realizaran las acciones de Atención Preventiva integrada.
5. Cada año me realizan las acciones de Atención Preventiva Integrada en mi clínica.

Apéndice E

Cédula de Datos Sociodemográficos y Barreras

I. Colocar una X dentro del cuadro con la característica que le identifica.

No. de Folio. _____ Fecha _____ Edad: _____ Año
escolar _____

Género

1. Masculino
2. Femenino

Cual es la institución de salud a la que acudes

1. IMSS 2. Secretaría de Salud 3. ISSSTE
4. Privado 2. No tengo servicios de salud

1. Conoces los programas de atención preventiva integrada que tienen en tu unidad de salud para ti

1. Si 2. No

2. Sabes donde otorgan la atención preventiva integrada

1. Si 2. No

3. Cual es la causa principal por la que no has ido a realizarte tu revisión anual en los módulos de atención preventiva integrada

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1. No tengo tiempo | <input type="checkbox"/> | 5. No estoy acostumbrado | <input type="checkbox"/> |
| 2. Llego muy cansado | <input type="checkbox"/> | 6. No hay seguridad en la calle | <input type="checkbox"/> |
| 3. Por flojera | <input type="checkbox"/> | 7. No tengo problemas de salud | <input type="checkbox"/> |
| 4. No tengo quien me acompañe | <input type="checkbox"/> | | |

4. Cuándo has acudido a realizarte las acciones de la atención preventiva integrada ¿te gusta la actitud del personal de salud que te atiende?

1. Si 2. No

5. Cuándo has acudido a realizarte las acciones de la atención preventiva integrada ¿te gusta el trato que te da el personal de salud que te atiende?

1. Si 2. No

6. Cuándo has acudido a realizarte las acciones de la atención preventiva integrada ¿tienes miedo a los exámenes o acciones que te van a realizar?

1. Si 2. No

7. ¿El personal de salud favorece la comunicación aclarando dudas cuando acudes a realizarte las acciones de la atención preventiva integrada?

1. Si 2. No

8. Cuándo has acudido a realizarte las acciones de la atención preventiva integrada ¿el tiempo de espera ha sido mucho?

1. Si 2. No

9. Las horas en las que aplican las acciones de la atención preventiva integrada son inadecuadas para tus necesidades

1. Si 2. No

10. ¿Crees tú que falten recursos económicos en tu hogar para acudir a realizarte las acciones de la atención preventiva integrada?

1. Si 2.

No

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: ETAPAS DE CAMBIO Y BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DE LA
ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA, POR ADOLESCENTES
DE COAHUILA

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nació en San Luis Potosí, S.L.P el día 15 de octubre de 1961, hija del Sr.
Ángel Morales Cabrera y de la Sra. María de los Ángeles Palomo Ortega.

Estudios medio superiores y superiores: Egresada de la Facultad de la Escuela de
Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social con grado de Enfermera General en
el año 1982. Estudios de especialidad en Técnicas de Instrumentación Quirúrgica 1983,
así como un diplomado en Administración de los Servicios de Enfermería e
investigación en servicios de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Experiencia laboral: Enfermera quirúrgica 1982-1985 en el IMSS. Jefe de Piso Hospital
de Zona No. 33 1986-1993. Subjefe de Enfermería 1994- 1996, Jefa de Enfermeras
2002-2005, Coordinadora de Salud Pública de 2006 y Coordinadora de Salud
Reproductiva a la fecha.

e-mail: maria.moralesp@hotmail.com