

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO**



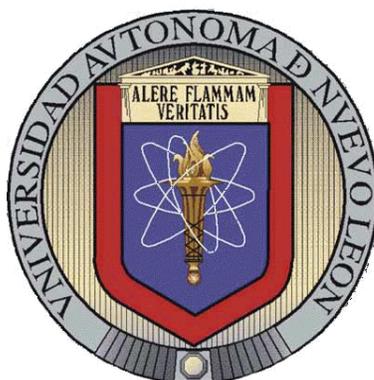
**DISPOSICIÓN AL CAMBIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
PREVENTIVA INTEGRADA POR ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. UNA INTERVENCIÓN CON BASE EN EL
MODELO TRANSTEÓRICO**

ISIS AMELLALI MARÍN GÁMEZ

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

Noviembre 2014

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO**



**DISPOSICIÓN AL CAMBIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
PREVENTIVA INTEGRADA POR ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. UNA INTERVENCIÓN CON BASE EN EL
MODELO TRANSTEÓRICO**

ISIS AMELLALI MARÍN GÁMEZ

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

DIRECTORA

DRA. MED. GEORGINA MAYELA NÚÑEZ ROCHA

Noviembre 2014

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO**



**DISPOSICIÓN AL CAMBIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
PREVENTIVA INTEGRADA POR ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. UNA INTERVENCIÓN CON BASE EN EL
MODELO TRANSTEÓRICO**

ISIS AMELLALI MARÍN GÁMEZ

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

CO DIRECTOR

DR. en C.S. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA

Noviembre 2014

**DISPOSICIÓN AL CAMBIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
PREVENTIVA INTEGRADA POR ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. UNA INTERVENCIÓN CON BASE EN EL
MODELO TRANSTEÓRICO**

Aprobación de tesis

Dra. Med. Georgina Mayela Núñez Rocha

Presidente

Dr. en C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña

Secretario

Dra. en C. Blanca Idalia Montoya Flores

Vocal

Dr. en C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña

Subdirector de Investigación, Innovación y Posgrado



COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El comité de Evaluación de Tesis **APROBÓ** la tesis Titulada: "**DISPOSICIÓN AL CAMBIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA POR ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. UNA INTERVENCIÓN CON BASE EN EL MODELO TRANSTEÓRICO**" presentada por la MCP. Isis Amellali Marín Gámez. Con la finalidad de obtener el Grado de Maestro en Ciencias en Salud Pública.

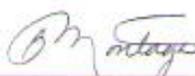
Monterrey, Nuevo León, 27 de Noviembre del 2014



Dr. en CS. Esteban Gilberto Ramos Peña
PRESIDENTE



Dra. Georgina Mayela Nuñez Rocha
SECRETARIA



Dra. Blanca Idalia Montoya Flores
VOCAL

C.c. Archivo.



Dr. en C.S. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DE LA U.A.N.L.
P R E S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y codirección de la tesis titulada: **"DISPOSICIÓN AL CAMBIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA POR ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. UNA INTERVENCIÓN CON BASE EN EL MODELO TRANSTEÓRICO"** presentada por la **MCP. Isis Amellali Marín Gámez**. Con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envió un cordial saludo.

Atentamente
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, Nuevo León a 27 de Noviembre de 2014

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Georgina', is centered on the page.

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha
Directora de Tesis

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la oportunidad y el soporte que me brindó a través de muchas personas.

A mi Universidad y a CONACyT por creer en mí y brindarme la experiencia de cursar la maestría.

A mi tutora y asesora, la Dra. Georgina Nuñez, por su organización, pasión y amor por la investigación, y su paciencia y comprensión que me brindó en cada uno de mis pasos en la maestría. Dra. Ana María Salinas, por enseñarme a vivir la investigación y sus horas extras dedicadas a sus alumnos. Dra. Liliana Tijerina por su guía y sabiduría. Dr. Esteban Ramos y Mtra. Sylvia Osorio por ir de mi mano en el laberinto de la estadística. Dr. Pedro Cantú por enseñarme que cuando se quiere se puede, por recordarme que la persona que te corrige es la que te aprecia. Dr. Miguel Quiroga por su entusiasmo, buen humor y gusto por la academia. Dra. Blanca Montoya por su comprensión, amabilidad y optimismo. Dra. Ana Elisa Castro por su forma de hacerme ver las cosas desde puntos diferentes. A la Dra. Dora Elia Castro y Mtro. David Moreno, por hacerme comprender mejor la salud pública. Mtro. Luis Gómez por mostrarme que un buen líder acompaña y hace ver que cuando crees en ti mismo, puedes crear cosas increíbles. Dr. Miguel Frías por compartir sus conocimientos y experiencias de la medicina del trabajo. Lic. Leonila Castillo por acompañarme a lo largo de la maestría. A los evaluadores de los seminarios, profesores de materias optativas, asesores de estancias de investigación por sus comentarios y observaciones acertadas y oportunas. A todos aquellos administrativos y académicos que faltan de nombrar pero aportaron algo a mi formación de posgrado, gracias.

A mis compañeros de la Maestría en Ciencias en Salud Pública, por compartir momentos incomparables: Gris por su entusiasmo, Angie por su compromiso, Mike por su apoyo y compañerismo, Jorge por su originalidad e independencia y Dany por sus ganas de disfrutar cada experiencia.

A Itzel, Alberto, Citla, Eu, Corazón, Itria, Elena, por sus momentos de comprensión y apoyo emocional aún en la distancia.

A mi esposo Néstor y mi hija Maia, quienes me motivan a mejorar y superarme a mí misma; por esos besos y abrazos diarios, por el tiempo que con amor me prestaron para hacer mis tareas y actividades de la maestría y por estar junto a mí cada vez que estaba por decaer.

A mis padres porque, además de darme algunos peces, me enseñaron a pescar.

DEDICATORIA

A María y Raúl, los mejores padres, por brindarme los medios para ser yo.

A Néstor, mi compañero de aventuras, por caminar junto a mí.

A Maia, que me ha enseñado un amor puro y auténtico.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. ANTECEDENTES	1
1.1 Introducción	1
1.2 Marco teórico	6
1.2.1 Modelo transteórico	7
1.2.2 Barreras para la utilización de la API.....	8
1.2.3 Estudios relacionados	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. HIPÓTESIS	16
5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	17
5.1 Objetivo general.....	17
5.2 Objetivos específicos.....	17
6. METODOLOGÍA	18
6.1 Diseño del estudio	18
6.2 Universo de estudio	18
6.2.1 Población de estudio	18
6.3 Criterios de Selección.....	18
6.4 Técnica muestral	18
6.5 Cálculo del tamaño de la muestra	19
6.6 Variables.....	19
6.7 Instrumentos de Medición.....	19
6.8 Procedimientos para la recolección de información.....	20
6.9 Intervención propuesta	22
6.10 Plan de Análisis	23
6.10.1 Programas a utilizar para el análisis de datos	23
6.11 Consideraciones éticas.....	24
7. RESULTADOS	26
8. DISCUSIÓN.....	30
9. CONCLUSIONES	34

10. REFERENCIAS	35
ANEXO A Consentimiento Informado.....	42
ANEXO B. Variables.....	44
ANEXO C. Cuestionario / Cédula de colección de datos.....	50
ANEXO D. Flujograma de actividades.....	53
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	54

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Características sociodemográficas y de salud de los estudiantes	26
Tabla 2 Etapas de cambio para la utilización de la API por los estudiantes	27
Tabla 3 Barreras de conocimiento, psicológicas y económicas para la utilización de la API por los estudiantes	28
Tabla 4 Barreras personales para la utilización de la API por los estudiantes	28
Tabla 5 Barreras de calidad de la atención para la utilización de la API por los estudiantes	29

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Fig. 1 Población Mundial 2014.....	1

LISTA DE ABREVIATURAS

API – Atención Preventiva Integrada

CENSIDA – Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA

CONEVAL – Consejo Nacional de Evaluación

ENCOPREVENIMSS – Encuestas Nacionales de Coberturas del IMSS

ENSANUT – Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FASPyN – Facultad de Salud Pública y Nutrición

IMSS – Instituto Mexicano del Seguro Social

MT – Modelo Transtéorico

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PASA – Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia

PND – Plan Nacional de Desarrollo

PRONASA – Programa Nacional de Salud

UANL – Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Introducción y Objetivo del Estudio: Cerca del 40% de la población mundial es adolescente, etapa crucial en la prevención de enfermedades, pues se consolidan hábitos que impactan en la vida adulta. La cobertura de servicios preventivos en los adolescentes a nivel nacional es de 65% y a nivel estatal es de 49%. Algunas conductas se pueden explicar y abordar por medio de modelos teóricos, entre ellos el modelo Transteórico, con la finalidad de realizar intervenciones dirigidas según la etapa de la conducta. Bajo este contexto, el objetivo del estudio es evaluar la disposición de los adolescentes para utilizar la Atención Preventiva Integrada (API) después de una intervención basada en este modelo.

Material y Métodos: Ensayo comunitario pretest – postest. Se llevó a cabo en estudiantes de primer ingreso, inscritos del semestre agosto – diciembre de 2013 de una institución de educación superior, la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN) de la UANL, de ambos géneros, de 15 a 19 años de edad (N=133). Se incluyeron variables sociodemográficas, de etapas de disposición al cambio y barreras para la utilización de la API. El plan de análisis incluyó estadística descriptiva para las variables no categóricas; frecuencias y proporciones para las variables categóricas. Para el análisis inferencial se realizó prueba de diferencia de proporciones.

Resultados: el 85% fueron del género femenino, la edad media fue de 17.5 años y una desviación estándar de 0.8. El total de ellos era soltero. La mayoría tenía como ocupación solo estudiante y predominaban los de Nuevo León. El 24% de los estudiantes refirió desconocer si cuenta con afiliación a algún servicio de salud. De los que conocen el servicio de salud al que están afiliados, casi la mitad pertenece al IMSS. A la intervención educativa asistieron el 63% a las 3 sesiones. En el pretest predominó la etapa de precontemplación, con un 91% la cual disminuyó a 74% al postest ($p<0.001$). La principal barrera al pretest fue la de conocimiento, con 89%, la cual disminuyó a 61% al postest ($p<0.001$), sin embargo, en esta segunda medición la barrera predominante fue la de percepción de invulnerabilidad.

Conclusiones: Una intervención educativa basada en las etapas de disposición para la utilización de la atención preventiva resulta efectiva para disminuir las barreras de conocimiento e incrementar aquellas personas que estén dispuestas a acudir algún día a recibir estas acciones de salud. Es necesario aumentar la información acerca de los servicios de salud que tiene el adolescente a su disposición, así como el estudio a fondo de la percepción de riesgo y vulnerabilidad por parte de los adolescentes.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS)^{1,2} propone que el desarrollo adecuado de los adolescentes debe precederse y sustentarse en una niñez saludable, mientras que su desarrollo debe ser 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 40% de la población mundial es menor de 20 años (fig. 1) y uno de cada cinco de los abortos que se realizan en el mundo se efectúa en mujeres entre 15 y 19 años; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT, 2012) un fenómeno similar ocurre en el ámbito nacional³; por otro lado, de acuerdo al Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA (CENSIDA); el VIH-SIDA ha ido en aumento y actualmente se calcula que en México hay 159,411 casos registrados de 1983 a 2012 y solo en el 2012 hay 42,544 seropositivos a VIH⁴; también el tabaquismo, alcoholismo y consumo de sustancias ilegales como la cocaína y las metanfetaminas presentan un incremento en este grupo de edad.

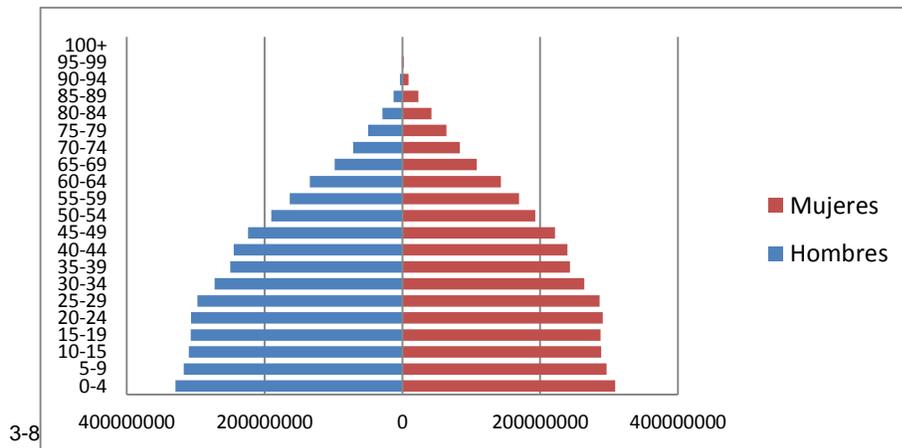


Fig. 1 Población Mundial 2014

Fuente: U.S. Census Bureau 2014

En función de los objetivos y estrategias que establece como meta el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012⁹, de mejorar tanto la cobertura en aspectos de promoción de la salud como la calidad y eficiencia de los servicios, con el fin de contribuir a incrementar la expectativa de vida de la población, la Secretaría de Salud ha establecido el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) ¹⁰ , y por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por medio del programa de Atención a la Salud Pública, otorga la Atención Preventiva Integrada (API), que se otorga a los derechohabientes por grupo de edad y sexo, en un mismo momento, por la misma enfermera. Este programa, incluye acciones específicas 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; incluye cinco componentes: *promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección oportuna de enfermedades y salud reproductiva.* ¹¹

En el grupo de los adolescentes la API incluye las siguientes acciones:

Promoción de la Salud

- Entrega de Cartilla de Salud y Guía para el Cuidado de la Salud
- Recomendar el estudio de temas relacionados con alimentación, ejercicio, salud sexual, prevención de accidentes, adicciones y violencia

Nutrición

- Medición de peso y talla
- Evaluación del estado de nutrición
- Capacitación en cálculo de índice de masa corporal (IMC) y explicación de la importancia de prevenir sobrepeso y obesidad
- Promoción de alimentación saludable y ejercicio diario

Prevención y Control de Enfermedades

- Aplicación de vacunas correspondientes a este grupo de edad: Sarampión- rubéola, tétanos- difteria, hepatitis B
- Entrega informada de condones y su importancia en la prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual
- Capacitación en la técnica de cepillado dental
- Detección anual de placa dentobacteriana y aplicación de flúor para prevención de caries dental
- Brindar y dar seguimiento de tratamiento acortado estrictamente supervisado a los adolescentes enfermos de tuberculosis

Detección Oportuna de Enfermedades

- Toma de muestra para baciloscopía en los adolescentes que presenten tos con flemas
- Medición de agudeza visual a los 12 y 15 años de edad y referencia con el médico familiar a los casos que requieran atención

Salud reproductiva

- Explicación de la importancia de la salud sexual y reproductiva con énfasis en sexo protegido
- Explicación de todos los métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción postcoito, también conocida como anticoncepción de emergencia

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.

Desde esta perspectiva, el adolescente debe utilizar los servicios de atención preventiva para mantenerse saludable, pero las coberturas alcanzadas en estas acciones han sido 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. Se han llevado a cabo, encuestas a nivel nacional por parte de la institución de seguridad social más importante de México y se ha establecido la cobertura a nivel nacional y evaluaciones de desempeño por parte del Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL).^{12,13}

Según los resultados de las Encuestas Nacionales de Coberturas del IMSS (ENCOPREVENIMSS) 2006, el proceso de promoción de la salud, registrado 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 y 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%¹². Asimismo el CONEVAL reporta en 2011 que este programa tuvo a nivel nacional una cobertura de 78% en menores de 10 años y de 61.5% en mujeres de 20 a 59 años; en hombres, adolescentes y adultos mayores está entre 44 y 47% de 44 a 47%.^{12,13}

Por otro lado, en lo referente a Nuevo León según la Encuesta Nacional de Salud – Nuevo León (ENSANUT-NL) 2012, la cobertura general de salud es de 83%¹⁴. Por otra parte, en la ENSANUT-NL 2006 dentro de la población adolescente se reporta que la promoción de la salud a través de incorporación de protocolos fue 50.0%, la evaluación de la nutrición 25.0% y en la información de dotación y entrega de condones el 25.0%.¹² En aspectos de salud reproductiva, 90.8% de los adolescentes conoce o ha oído hablar de algún método de planificación familiar en lo correspondiente a conductas alimentarias de riesgo 17.3% de los adolescentes han tenido la sensación de no poder parar de comer 0.2% practica vómito auto inducido y 0.6% han utilizado pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso.¹⁵

La Universidad Autónoma de Nuevo León, para afiliar a sus estudiantes que cursan nivel medio superior, licenciatura y posgrado cuenta con un convenio con el IMSS, por esto se hace énfasis en el programa promovido por esta institución de salud.¹⁶

Ante esta situación, es necesario identificar la disposición del adolescente para utilizar los servicios preventivos donde se ofrece la API y aquellas barreras que intervienen en su conducta ya que la condición hacia el cambio no es un evento aislado, sino un proceso y este debe respetar las formas naturales de conocer y manejar el entorno del individuo.

Bajo este contexto, es importante determinar la etapa de disposición al cambio en la que se encuentran los adolescentes e identificar barreras para la utilización de la API en una institución de educación superior, con el fin de diseñar un programa de intervención de manera dirigida y evaluar su efecto.

1.2 Marco teórico

De acuerdo con la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la estrategia para la salud y el desarrollo del adolescente, se reconoce el derecho de este grupo de población a mejorar su estado de salud y facilitar el acceso a los servicios de salud correspondientes. La estrategia fundamental de las instituciones rectoras, establece que deberán satisfacerse las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de este grupo de edad, con un enfoque integral y se enfatiza la promoción de la utilización de las acciones preventivas en este grupo de riesgo.¹⁷

Dentro de los objetivos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013 – 2017 destaca la realización de acciones de protección, promoción y prevención de salud un eje primordial en la mejora de la salud de México, con enfoque especial en los grupos de riesgo. Por su parte, en los programas prioritarios incluidos en el PRONASA 2007 - 2012, 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 realiza el cuidado a la familia, niños y jóvenes, salud y seguridad social y la reducción de desigualdades.^{9,18}

Por otra parte se ha ido incrementando el costo de la atención médica como consecuencia de la transición epidemiológica, pues en muchos lugares los padecimientos de origen infeccioso y de transmisión sexual se traslapan con las lesiones y las enfermedades crónico - degenerativas, debido al desarrollo de factores nocivos que se asocian a estilos de vida poco saludables: como tabaquismo, adicciones, nutrición deficiente y prácticas sexuales de riesgo. Dentro de los desafíos a los que se enfrenta actualmente el sistema de salud, se encuentra la lucha por enfermedades no transmisibles, lesiones por accidentes o violencia y por infecciones, desnutrición y reproducción.^{19,20}

1.2.1 Modelo transteórico

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 con el fin de comprender los procesos implicados en el hecho de abandonar el consumo de tabaco.²¹ El MT es un modelo de cambio de conducta intencional, que describe las relaciones entre etapas de cambio, procesos de cambio, balance de los pros y contras del cambio, autoeficacia para el cambio de comportamiento y las situaciones que pueden provocar recaída.²²⁻²⁴

Este modelo parte de tres premisas a) el cambio de conductas pasa por una serie de etapas, que no precisamente son lineales 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 disposición al 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.²⁵

Las etapas pueden definirse como un proceso que comienza con la etapa de *precontemplación*, etapa cuando el individuo no está consciente o no tiene ningún interés en modificar sus hábitos; *contemplación*, el individuo piensa sobre la posibilidad de modificar algunos hábitos, a corto o mediano plazo, generalmente en seis meses; *preparación* el individuo decide activamente cambiar y planificar los cambios que se quieren hacer el próximo mes e incluso puede que ya haya intentado algunas modificaciones; *acción* es la etapa en donde el individuo está intentando introducir los cambios deseados y lleva intentándolo menos de seis meses; *mantenimiento* el individuo mantiene los cambios en su conducta durante seis meses o más.²⁴

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, las cuales pueden 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, que son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados; dicho modelo ha sido validado en población de habla hispana.²⁶⁻²⁸

1.2.2 Barreras para la utilización de la API

De acuerdo a las directrices establecidas previamente para el presente estudio en relación con los adolescentes, se incluyeron características que pueden participar en la conducta, tales como: barreras relacionadas con el *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, cansancio, flojera, falta de compañía, falta de costumbre, inseguridad, el no tener deseos de acudir a los servicios o el percibir un estado de invulnerabilidad²⁹. 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, conducta del personal de salud y la comunicación con el mismo, además de la percepción del tiempo de espera. Otro factor que determina el uso de servicios es el aspecto *psicológico* del adolescente como el temor a realizarse estudios y *económico* como el aspecto financiero para trasladarse a la institución.^{2,30,31}

1.2.3 Estudios relacionados

En Chile, Olivares, Lera y Bustos, 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 precontemplación 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.²⁹

Cabrera, Gómez y Mateus 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 para identificar etapas de cambio en relación a la adopción de actividad física. Del total de participantes, 59% no practicaba actividad física regular (precontempladores y contempladores), 41% restante estaba en la etapa de acción o mantenimiento.²⁷

Ryan y Smith, 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.³²

Astudillo y Rojas 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.³³

López, 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 precotemplación, 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.³⁴

De acuerdo a Olivares, Lera y Bustos, 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 está acostumbrado 29.4%. La barrera porque tengo problemas de salud fue de 3.1%.²⁹

Villarreal, Martínez, Galicia y Vargas, realizaron un estudio sobre uso de servicios de primer nivel de atención en donde se incluía el departamento de medicina preventiva y su utilización en un 40.1%, de ellos, el 59.4% fueron mujeres.³⁵

Cheah en Malasia, reporta que factores sociodemográficos y de salud como ingreso, estado marital, educación historia familiar de enfermedades severas y estatus de autopercepción de salud afectaban significativamente la probabilidad

de un adulto para buscar atención médica preventiva. En adolescentes no se han reportado estudios similares.³⁶

Considerando el MT se han llevado a cabo intervenciones en población estudiantil, como la de Di Noia en adolescentes afroamericanos en relación a acciones de promoción de la salud relacionadas con la nutrición en donde se establecieron cambios significativos en las etapas de cambio donde transitaron de las etapas de precontemplación, contemplación y preparación a las de acción y mantenimiento después de una intervención de tres sesiones de 30 minutos cada una.³⁷

Evers et al. realizaron en Estados Unidos un estudio experimental cruzado en 1590 estudiantes de educación media con el objetivo de evaluar una intervención sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas, que consistía en tres sesiones interactivas de internet con el programa “Your Decision Count”, encontraron que el porcentaje de estudiantes en etapas de acción o mantenimiento en el grupo con intervención era de 33%, significativamente diferente del grupo control 17% a los 3 meses de la intervención. Sin embargo, los porcentajes respectivos a los 14 meses 28.7% y 22.4% no fueron significativamente diferentes.³⁸

Nategh, Sayyid, Mohammad y Hassan validaron el modelo transteórico para comportamiento nutricional de 220 personas jóvenes con pre-diabetes, donde las personas que se encontraban en las etapas de acción tenían una dieta más saludable, mientras que los que se encontraban en precontemplación o contemplación era un grupo heterogéneo que necesitaba intervenciones.³⁹

Redding, Brown, Noar y Koblin posterior a una intervención sobre uso de condón en 62 mujeres con prácticas de riesgo para VIH, 22% volvió a una etapa previa de etapas de cambio para la utilización del condón, 36% permanecieron en la misma etapa, y 42% avanzaron a una etapa posterior.⁴⁰

Patten et al llevaron a cabo una intervención de cuatro sesiones para mejorar autoeficacia y cese de tabaquismo en 69 adolescentes de EEUU. Los resultados fueron que en pre - post intervención el número de adolescentes se encontraban en precontemplación: 4 - 0; en contemplación: 28 - 11; en preparación: 23 - 20; en acción: 12 - 15. El porcentaje de adolescentes que progresaron de la línea basal o permanecieron en la etapa de acción fue de 25% después de las 4 semanas ($p < .001$). En la autoeficacia hubo un incremento de los valores pre - post tratamiento en las tres subescalas ($p = < .005$).⁴¹

Salazar, Martínez y Barrientos en México, en un estudio cuasiexperimental implementaron una intervención de cuatro semanas para inducir a 28 adolescentes a la utilización del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas (PIBA). No se mostraron diferencias significativas entre los puntajes promedio de la escala de disposición al cambio para la escala de acción. Sin embargo, al término de la sesión de inducción, el 100% aceptó ingresar al programa de intervención. De ellos 93% asistió a la primera sesión del programa y 62% concluyó su participación en él.⁴²

En un ensayo clínico aleatorizado realizado por Taymoori et al, en Irán, para evaluar los efectos de dos intervenciones sobre determinantes potenciales y comportamiento (etapas de cambio, autoeficacia, tiempo de actividad física, barreras/beneficios percibidos, preferencias, procesos de cambio) hacia actividad física, una de ellas basada en el MT, y la otra basada en el Modelo de Promoción de la Salud de Pender, se encontró diferencia significativa en el progreso a través de las etapas entre los grupos al posttest y al seguimiento ($p = 0.001$). Incremento significativo en el número de participantes en los grupos con intervención que progresaron a través de las etapas ($p < 0.001$); progreso limitado ($p = 0.38$) en el grupo de control. A los seis meses de seguimiento, el grupo con intervención basada en el modelo transteórico tenía un mayor porcentaje de participantes en las etapas de acción que el grupo con la intervención basada en el modelo de Pender.⁴³

Park et al, en Estados Unidos encontraron que a corto plazo hay una ligera ventaja marginal de una intervención basada en el MT sobre una intervención basada en internet, sin embargo, a largo plazo, los resultados de ambas no tienen diferencias.⁴⁴

Una situación similar ocurre en una revisión de intervenciones por Adam y White, quienes refieren que a corto plazo, intervenciones basadas en el MT tienen ligera ventaja sobre una intervención que no esté basada en un modelo teórico. Por otra parte, los resultados a largo plazo no se han estudiado a profundidad, pero los resultados no son favorables.⁴⁵

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 y transiciones a través de las etapas después de intervenciones basadas en el MT. Los estudios previamente descritos no están precisamente orientados al uso de servicios, pues se carece de publicaciones específicas en este tema, lo que pone de manifiesto la necesidad de estudiar la disposición al cambio ante en el grupo de la adolescencia lo cual podría extrapolarse a la utilización de servicios y barreras para la atención preventiva.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La etapa de la adolescencia definida por la OMS de los 10 a los 19 años, comprende etapa temprana (10 a 14 años) y etapa tardía (15 – 19 años). En todo el mundo, es el grupo etario más sano. Sin embargo, en esta edad se consolidan hábitos de vida que pueden llevar a enfermedades en la edad adulta. Los adolescentes tienen atracción por las conductas de alto riesgo y los efectos principales de tales conductas son las adicciones, accidentes, sobrepeso, suicidios, homicidios, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados.

La cobertura de la Atención Preventiva Integrada para la adolescencia en el estado de Nuevo León es muy baja. En el año 2005 de acuerdo a la ENCOPREVENIMSS, Nuevo León ocupó uno de los últimos lugares en cobertura con 49.1% aún menor que la media nacional de 65%.

La falta de difusión del programa, la disposición del adolescente y las barreras al acceso de la atención preventiva, son causas posibles de la baja cobertura. Campañas de difusión y de educación pueden incrementar la cobertura de este importante programa preventivo cuyos componentes son: *promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, identificación oportuna de enfermedades, salud reproductiva.*

Bajo este contexto se establece la siguiente pregunta

¿Cuál es la etapa de disposición al cambio de los estudiantes de la UANL para utilizar la Atención Preventiva Integrada después de una intervención con base en el Modelo Transteórico?

3. JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes en etapa tardía son la fase en la que ingresan a las facultades de la UANL, la cual tiene entre sus rasgos de la Visión 2020 promover principios y buenos hábitos para el desarrollo de la persona.⁴⁷

Por lo tanto, se requiere identificar en el adolescente las etapas de disposición al cambio y las barreras para la participación y educación en la API que promueve el IMSS a nivel nacional. Los adolescentes en ocasiones no llevan a cabo acciones preventivas porque no las valoran como factores protectores para su salud ya que se perciben invulnerables

Es necesario identificar estas etapas, con el fin de diseñar campañas y programas de educación específicas acordes con la etapa en la que se encuentra la población blanco, para incrementar la participación en dicho programa y mejorar la cobertura.

4. HIPÓTESIS

El porcentaje de estudiantes que se encuentran en etapa de pre-contemplación es mayor a 50% antes de la intervención

El porcentaje de estudiantes con barreras de conocimiento es mayor a 65% antes de la intervención

El porcentaje de estudiantes que se encuentran en etapa de pre-contemplación disminuye después de la intervención.

El porcentaje de estudiantes con barreras de conocimiento disminuye después de la intervención.

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

5.1 Objetivo general

Evaluar las etapas de disposición al cambio de los estudiantes de la UANL para utilizar la API después de una intervención con base en el Modelo Transteórico

5.2 Objetivos específicos

Determinar las etapas de disposición al cambio en el adolescente para la utilización de la API antes y después de una intervención.

Determinar las barreras para la utilización de la API antes y después de una intervención.

Implementar un programa de intervención educativa breve con base en las etapas de disposición al cambio y barreras identificadas.

Comparar la proporción de cada una de las etapas de disposición al cambio antes y después de la intervención

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

Ensayo comunitario pretest – postest.

6.2 Universo de estudio

Estudiantes de una institución de educación superior UANL.

6.2.1 Población de estudio

Estudiantes de primer ingreso del semestre agosto – diciembre de 2013 de una institución de educación superior, la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN) de la UANL.

6.3 Criterios de Selección

Criterios de inclusión

Estudiantes de 15 a 19 años, de primer ingreso, inscritos, regulares, que hayan firmado consentimiento informado y asentimiento en caso de los menores de edad.

Criterios de exclusión

Estudiantes embarazadas, estudiantes que padezcan una enfermedad crónica; aunque se les aplicó la intervención.

Criterios de eliminación

Que les falte alguna de las mediciones, que hayan estado ausentes en la intervención.

6.4 Técnica muestral

No aplica

6.5 Cálculo del tamaño de la muestra

No aplica

6.6 Variables

Se incluyeron variables sociodemográficas, de etapas de cambio y barreras. (ver anexo B)

6.7 Instrumentos de Medición

El instrumento de recolección de datos contiene tres secciones: Cuestionario, Datos Sociodemográficos, Control del Instrumento (Anexo C).

En la Sección I: Cuestionario, se hacen preguntas acerca de la afiliación a servicios de salud, conocimiento y disposición para la utilización de la API, así como barreras.

Para identificar la etapa de disposición al cambio en la que se encuentra el estudiante, se realizó con las siguientes combinaciones de respuestas.

Si sus respuestas son:	Su etapa de disposición al cambio es:
No conozco la API	Precontemplación
Conozco la API + Sé donde se otorga la API + No me interesa acudir a utilizarla	
Conozco la API + No sé donde se otorga la API + No me interesa acudir a utilizarla	
Conozco la API + Sé donde se otorga la API + Sí, estoy pensando en acudir algún día a utilizar la API	Contemplación
Conozco la API + No sé donde se otorga la API + Sí, estoy pensando en acudir algún día a utilizar la API	

Conozco la API + Sé donde se otorga la API + Sí, estoy pensando en acudir a la clínica en los próximos 30 días	Preparación
Conozco la API + No sé donde se otorga la API + Sí, estoy pensando en acudir a la clínica en los próximos 30 días	
Conozco la API + Sé donde se otorga la API + He ido a mi clínica a que me realicen las acciones pero no regularmente	Acción
Conozco la API + Sé donde se otorga la API + Hace menos de seis meses acudí a la clínica a que me realizaran las acciones	
Conozco la API + Sé donde se otorga la API + Cada año acudo a que me realicen las acciones	Mantenimiento

6.8 Procedimientos para la recolección de información

Se obtuvo la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la FaSPyN de la UANL, así como de las autoridades correspondientes del plantel donde se realizó el estudio.

Se elaboró una lista con la matrícula de aquellos adolescentes que acepten participar en el estudio y que cumplan con los criterios de selección, se les solicitó firmar el consentimiento informado y el asentimiento en caso de ser menores de edad (Anexo A)

Posteriormente se obtuvo autorización para disponer de un espacio físico para llevar a cabo el programa de intervención. Los datos fueron recolectados por la propia investigadora y personal capacitado previamente para tal fin. Para

evitar pérdidas de participantes se les mencionó la importancia de completar los cuestionarios y asistir a las tres sesiones de la intervención.

Para la aplicación del instrumento, previa autorización de las autoridades correspondientes, primero se realizó una prueba piloto sobre etapas de cambio y barreras para la utilización de la API en un grupo de adolescentes de primer semestre matriculados en otra facultad de la UANL.

Para la recolección de los datos se consideraron las siguientes etapas (Anexo D):

a) Primera etapa: Pre-test

Se identificaron horarios y aulas de estudiantes para la aplicación del cuestionario.

b) Segunda etapa : Intervención

La cual pretendió modificar las variables del modelo para lograr mejora en la conducta deseable.

Se gestionó ante la Secretaría Académica de la Licenciatura en Nutrición el intervenir media hora antes de la sesión regular de cada grupo durante tres semanas apoyados por estudiantes de la Maestría en Ciencias en Salud Pública de la UANL.

c) Tercera etapa: Post-postest

Se identificaron horarios y aulas de alumnos para la aplicación de la encuesta 6 semanas después de la intervención.

6.9 Intervención propuesta

El programa para la intervención se elaboró en base a la etapa de disposición al cambio predominante. La intervención se aplicó por igual al grupo entero.

Esta intervención constó de tres sesiones breves de 30 minutos de duración con frecuencia semanal, durante tres semanas. La temática de las mismas estuvo en relación a los cinco componentes de la API^{10,11} :

1. Promoción de la salud
2. Nutrición
3. Prevención y control de enfermedades
4. Identificación oportuna de enfermedades
5. Salud reproductiva

6.10 Plan de Análisis

Estadística descriptiva: Promedios y desviaciones estándar para las variables numéricas; frecuencias y proporciones para las variables categóricas

Estadística inferencial: Prueba de diferencia de proporciones para las variables de etapas de cambio y barreras para la utilización de API

6.10.1 Programas a utilizar para el análisis de datos

La base de datos se capturó en el paquete Microsoft Excel®, y el análisis estadístico y obtención de gráficos de los mismos se realizó con el paquete estadístico Windows SPSS 20.0 ® y Epidat ®.

6.11 Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud)^{48,49}, en donde se establece que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad de las personas sujetas a investigación, de acuerdo al artículo 14, fracción VII, con base en el cual el estudio se sometió a aprobación por el Comité de Ética e Investigación de la FaSPyN de la UANL.

Para este estudio se obtuvo la autorización de la Dirección de la dependencia ya que el presente trabajo se realizó con seres humanos, esto de acuerdo al artículo 14, fracción V y VII.

Por tal motivo se consideró lo establecido en el título segundo; capítulo I, artículo 13, referente a que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos, para tal efecto existió privacidad de los datos obtenidos al no colocar los nombres de los participantes en los cuestionarios que se utilizaron; los cuales han sido resguardados por la investigadora responsable, por un lapso de dos años y al vencimiento de éste serán destruidos. El capítulo I, artículo 16, establece la protección a la privacidad del participante por lo que los resultados del estudio sólo se presentaron en forma general.

El artículo 17, fracción II, éste estudio se consideró de riesgo mínimo, ya que se abordaron algunas variables respecto a su conducta, además se aplicó un cuestionario en dos ocasiones y se llevó a cabo una intervención educativa en donde se les brindó información sobre los componentes que incluye la API.

Tal como lo establece el artículo 20, 21, fracción I, VII y VIII se contó con el consentimiento informado (Anexo A) por escrito.

Con base en este reglamento, el consentimiento informado constó de los siguientes aspectos:

- Justificación y objetivo de la investigación
- Procedimientos y su propósito.
- Descripción breve de la intervención
- Que es una investigación con riesgo mínimo.
- Los beneficios que pueden observarse.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta acerca de asuntos relacionados con la investigación
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio.
- La seguridad que se conserva su confidencialidad.
- Compromiso de proporcionarle información obtenida durante el estudio.
- La disponibilidad de tratamiento médico en caso de daños directamente causados por la investigación.

Tal como establece el capítulo II, artículo 29, se obtuvo la aprobación de las autoridades, además de obtener la carta de consentimiento informado los individuos que participaron en el estudio y el asentimiento en caso de los menores de edad, se les dio a conocer la información de artículos 21 y 22.^{48.49}

7. RESULTADOS

Se estudió un total de 133 estudiantes entre 16 y 19 años, con edad media de 17.5 años y una desviación estándar de 0.8; el total de ellos era soltero (a). La mayoría fueron mujeres, su ocupación era estudiante y predominaban los de Nuevo León. Casi una cuarta parte de los estudiantes refirió no saber si contaba con afiliación de algún servicio de salud. De los que conocen el servicio de salud al que están afiliados, casi la mitad pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), otros datos se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud de los estudiantes (N=133)

Característica	f	%
Género		
Mujer	113	(85.0%)
Hombre	20	(15.0%)
Ocupación		
Solo estudia	127	(95.5%)
Estudia y trabaja	6	(4.5%)
Lugar de origen		
Nuevo León	114	(85.7%)
Otro	19	(14.3%)
Servicio de salud		
IMSS	34	(25.6%)
ISSSTE	12	(9.0%)
Servicios médicos de la UANL	9	(6.8%)
Seguro de Gastos Médicos	8	(6.0%)
Seguro Popular	4	(3.0%)
Servicios médicos municipales	2	(1.5%)
Otros servicios	5	(3.8%)
Más de un servicio de salud	1	(0.8%)
Ningún servicio de salud	26	(19.5%)
No sabe si cuenta con algún servicio de salud	32	(24.1%)

Fuente: cuestionario autoadministrado.

A la intervención educativa asistieron el 68.4% las tres sesiones, 18.8% a dos, 4.5% a una y 8.3% estudiantes no asistieron a ninguna sesión.

En cuanto a las etapas de cambio, en el pretest predominó la etapa de precontemplación, la cual disminuyó significativamente ($p < .05$) en relación al posttest; mientras que la etapa de acción y mantenimiento se mantuvieron sin cambios ($p \geq 0.05$) (tabla 2).

Tabla 2. Etapas de cambio para la utilización de la API por los estudiantes (N=133)

Etapas de cambio	Pretest f (%)	Posttest f (%)	p[†]
Precontemplación	121 (91.0%)	99 (74.4%)	<0.001
Contemplación	6 (4.5%)	23 (17.3%)	<0.001
Preparación	0 (0.0%)	4 (3.0%)	<0.050
Acción	4 (3.0%)	5 (3.8%)	0.738
Mantenimiento	2 (1.5%)	2 (1.5%)	1.000

† Prueba de diferencia de proporciones

Fuente: cuestionario autoadministrado

Se encontró que quienes asistieron a tres sesiones y estaban en precontemplación al pretest, disminuyeron significativamente ($p < 0.01$) al posttest y quienes estaban en contemplación aumentaron significativamente ($p < 0.001$), sin cambios significativos en las demás etapas.

Por otro lado, no se encontró diferencia según afiliación a servicios de salud ni experiencias previas.

En lo referente a las barreras analizadas, en donde se estableció cambio entre la preevaluación y post evaluación, la principal fue la barrera de conocimiento, seguida por las barreras personales, donde destaca la percepción de invulnerabilidad, en la cual se observó un aumento en la percepción así como cambios en la barrera económica. Otra información sobre barreras se encuentra en las tablas 3 y 4.

Tabla 3. Barreras de conocimiento, psicológicas y económicas para la utilización de la API por los estudiantes (N=133)

Barreras	Pretest f (%)	Posttest f (%)	p[†]
De conocimiento			
No conoce la API	119 (89.5%)	81 (60.9%)	<0.001
Psicológicas			
Tiene miedo a que le realicen exámenes	4 (3.1%)	4 (3.1%)	1.000
Económicas			
Falta de recursos económicos	21 (15.8%)	11 (8.3%)	<0.050

[†] Prueba de diferencia de proporciones

Fuente: cuestionario autoadministrado. Análisis en SPSS® y Epidat®

Tabla 4 Barreras personales para la utilización de la API por los estudiantes (N=133)

Barreras	Pretest f (%)	Posttest f (%)	p[†]
Personales			
Falta de tiempo	64 (48.1%)	53 (39.8%)	0.069
Se siente cansado	16 (12.0%)	17 (12.8%)	0.885
Tiene flojera	33 (24.8%)	29 (21.8%)	0.484
No tiene quien lo acompañe	46 (34.6%)	37 (27.8%)	0.121
Falta de costumbre	61 (45.9%)	68 (51.1%)	0.262
Percibe inseguridad en la calle	35 (26.3%)	26 (19.5%)	0.095
Se percibe invulnerable	72 (54.1%)	90 (67.7%)	<0.010

[†] Prueba de diferencia de proporciones

Fuente: cuestionario autoadministrado.

Las barreras de calidad de la atención aunque fueron poco frecuentes, permanecieron sin cambio como se puede observar en la tabla 5.

Tabla 5 Barreras de calidad de la atención para la utilización de la API por los estudiantes (N=133)

Barreras	Pretest f (%)	Posttest f (%)	p[†]
Calidad de la Atención			
Percepción de largo tiempo de espera	5 (3.8%)	5 (3.8%)	1.000
Le desagrada la actitud del personal	4 (3.1%)	7 (5.3%)	0.234
Le agrada el trato del personal	5 (3.8%)	6 (4.6%)	0.840
No le resuelven sus dudas	5(3.8%)	6(4.5%)	0.840

† Prueba de diferencia de proporciones

Fuente: cuestionario autoadministrado.

8. DISCUSIÓN

El estudio fue un ensayo comunitario para establecer la efectividad de una intervención en estudiantes en la atención preventiva integrada. La utilización de servicios de salud preventivos por adolescentes presenta porcentajes bajos a nivel nacional y estatal¹²⁻¹⁵, lo que representa un problema de salud pública con necesidad de un abordaje prioritario según lo establecido por la OMS¹. Además es un aspecto fundamental de las bases de las universidades saludables y la visión 2020 de la UANL.⁴⁷

Es por ello que se propone que la promoción a la salud se haga con bases teóricas como lo es el Modelo Transteórico de las Etapas de Disposición al Cambio. El presente es el primer estudio realizado en México basado en población de adolescentes universitarios que presenta información sobre el efecto de una intervención basada en el modelo transteórico para mejorar la disposición para que acudan a utilizar la atención preventiva integrada y muestra que el desconocimiento de los servicios o la falta de disposición para utilizarlos sigue siendo un área de oportunidad para la salud pública.

La población estudiada estaba constituida 6 mujeres por cada hombre, tendencia de género que se observa de forma similar a nivel estatal, nacional e internacional en la matrícula de estudiantes de las carreras relacionadas con el área de la salud.⁵⁰⁻⁵³

En cuanto a la afiliación a un servicio de salud, se encontró que un alto porcentaje de estudiantes no contaba con algún servicio de salud o bien, no sabía si estaba afiliado a alguno. El 25.6% refirió tener afiliación al IMSS, lo que puede deberse a falta de información por parte de la institución hacia los estudiantes, ya que según la ENSANUT 2012, las cifras de cobertura de salud en Nuevo León es del 83% y la UANL tiene convenio para que la afiliación del total de su matrícula estudiantil pueda afiliarse al IMSS.¹⁵

Una vez que se determinaron las etapas de cambio para la utilización de la API por los estudiantes se encontró que la gran mayoría estaba en precontemplación, es decir, no conocía la API o no le interesaba utilizarla, similar a lo reportado para acciones preventivas en universitarios de Chile²⁹; realización de actividad física en adolescentes de Colombia y utilización de servicios preventivos en el área de nutrición y ejercicio físico.²⁷

La barrera predominante al pretest fue la de conocimiento, seguida por la de percepción de invulnerabilidad, diferente a lo encontrado en los universitarios de Chile, donde la barrera predominante para realizar actividad física fue la falta de tiempo, seguida de la barrera personal de cansancio.²⁹

Una vez diseñada la intervención educativa, dirigida a los estudiantes que se encontraban en precontemplación, seis semanas después, en el postest, hubo cambios favorables: los de la etapa de precontemplación disminuyeron y los de contemplación y preparación aumentaron, mientras que en las etapas de acción y mantenimiento se mantuvieron sin cambio. Estos resultados son similares a los de una intervención para cese de tabaquismo en adolescentes de EEUU, donde aquellos que progresaron de la línea basal o permanecieron en la etapa de acción fue significativo comparado con el pretest cuatro semanas después⁴¹; por otro lado, en una intervención para inducir adolescentes mexicanos a la utilización de un programa de prevención de alcohol y drogas, no se encontraron diferencias significativas en la etapa de acción; sin embargo un buen porcentaje aceptó ingresar al programa de inducción, el cual tuvo una duración de cuatro semanas.

42

Al momento de la aplicación del postest, disminuyó significativamente el porcentaje de estudiantes con barrera de conocimiento y por otra parte, contrario a lo esperado, el porcentaje de percepción de invulnerabilidad aumentó, lo que refleja una necesidad de hacer énfasis en sensibilizar al estudiante sobre la importancia de la atención médica en su grupo de edad. En la evaluación de la percepción de la vulnerabilidad por los adolescentes, existe cierta discrepancia entre los autores, algunos afirman que en este grupo de edad se perciben

vulnerables y realizan conductas de riesgo conscientes de los posibles resultados negativos, otros autores establecen que existe una correlación negativa entre edad y percepción de invulnerabilidad a medida que se acercan a la edad adulta. En lo que coinciden es que la evaluación de la percepción de vulnerabilidad debe realizarse exhaustivamente, partiendo de los temas en los que el adolescente se considera vulnerable, en vez de solo considerar aquellos que una persona de la edad adulta consideraría de riesgo para los adolescentes. Además, para un mejor diseño de políticas públicas se haga el énfasis en los beneficios a largo plazo de las conductas saludables.⁵⁴⁻⁵⁷

En la evaluación de invulnerabilidad para el presente estudio, solo se consideró una variable, sin embargo, resultaría interesante un posterior estudio exhaustivo, enfocado a la percepción de riesgo, vulnerabilidad y factores protectores en temas de salud preventiva del adolescente, además de una evaluación de seguimiento para observar si el cambio de conducta se mantiene cierto tiempo después de la intervención.

Es conveniente comentar que el presente estudio tiene algunas limitaciones, por un lado, que la población disminuye por diferentes razones como cambio de semestre y por otro, el cambio de horario e incluso del plan de estudios. Sin embargo, la fortaleza del proyecto se enfoca en que se conformó una cohorte de todo un semestre lectivo de una licenciatura, al cual se le puede dar seguimiento e incluso evaluar otras situaciones de salud

La mayoría de la mortalidad en este grupo etario se asocia a factores sociales y de conducta, por ello, es de suma importancia considerar la salud preventiva en el adolescente como tema prioritario en la salud pública, ya que una inversión de salud en este grupo de edad, significaría un ahorro en años posteriores, considerando la transición demográfica. Hay una necesidad de continuar recolectando información básica, sobre desarrollo de adolescentes para poder conceptualizar, evaluar y entender la carga total de la vulnerabilidad que llevará a una optimización de los recursos destinados a la salud.

Con los datos disponibles hay evidencia significativa ($p > 0.05$) para no aceptar la hipótesis nula que establece que no hay cambio entre el pretest y posttest.

9. CONCLUSIONES

Una intervención educativa dirigida especialmente a las etapas de disposición al cambio en la que se encuentran estudiantes de la UANL para utilizar la Atención Preventiva Integrada, es una opción favorable para disminuir el desconocimiento de la atención preventiva a los que puede acceder la población, específicamente la estudiantil de la UANL, quien tiene convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Al momento de pretest, el mayor porcentaje de los estudiantes se encontraban en etapa de precontemplación. La principal barrera identificada fue la de conocimiento, por lo que la intervención educativa fue diseñada y dirigida a esta etapa y barrera presentes en la población blanco. En la aplicación del posttest se encontró una disminución significativa en el porcentaje de ambas.

Después de las barreras de conocimiento, las principales fueron las barreras personales, predominando entre ellas la percepción de invulnerabilidad del estudiante, la falta de tiempo y la falta de costumbre para realizarse acciones preventivas.

Dadas las cifras nacionales de morbi-mortalidad estatal y nacional del adolescente, es necesario profundizar en la sensibilización sobre la importancia de la atención preventiva en este grupo de edad.

10. REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Health and the millenium development goals; 2005. Recuperado el 2 de Febrero de 2013. Disponible en: www.who.int/mdg/publications/mdg_report/en/
- 2 Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Guía para la evaluación de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes. OPS/OMS, Unidad del Niño y el Adolescente. Salud de la familia y la comunidad; 2003
- 3 Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012
- 4 CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización al 30 de septiembre de 2012. México, D.F.: CENSIDA, Dirección de Investigación Operativa; 2012
- 5 Reynales-Shigematsu L, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009
- 6 Reynales-Shigematsu L, Guerrero-López C, Lazcano-Ponce E, Villatoro-Velázquez J, Medina-Mora M, Fleiz-Bautista C, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de tabaco. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud; 2012
- 7 Medina-Mora M, Villatoro-Velázquez J, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo M, Mendoza-Alvaarado L, Romero-Martínez M, et al. Encuesta Nacional de adicciones 2011: Reporte de Alcohol. México, D.F.: Instituto Nacional de

Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud; 2012

- 8 Villatoro-Velázquez J, Medina-Mora M, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo M, Mendoza-Alvarado L, Romero-Martínez M, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud; 2012
- 9 México. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México, D.F.; 2007
- 10 ----- . Programa de atención a la salud de la adolescencia.; 2002. Recuperado el 12 de Febrero de 2013. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/MANUAL%20ADOLESCENCIA.pdf>
- 11 Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. [Folleto]; México; 2002
- 12 Silva-Batalla A, Rendon-Macias M, Gonzalez-García H, Morales-Hernandez H, Gutierrez-Trujillo G. ENCOPREVENIMSS 2003, 2004 Y 2005. Avances en los Programas de Salud del Niño y del Adolescente. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 20: 531-541
- 13 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Página web del Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011. Recuperado el 01 de Junio de 2013. Disponible en:
http://www.imss.gob.mx/transparencia/Documents/1011_E001_completo.pdf
- 14 Instituto Nacional de Salud Pública/ Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, México; 2013
- 15 ----- . Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Nuevo León. Cuernavaca, México; 2007

- 16 Universidad Autónoma de Nuevo León. UANL; 2013. Recuperado el 19 de Junio de 2013. Disponible en: www.uanl.mx
- 17 Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los jóvenes: oportunidades, enfoques y opiniones. Washington,D.C.: OMS/OPS; 2008. ISBN: 978-92-75-3293-5
- 18 Gobierno de la República Mexicana. Plan Nacional de Desarrollo; 2013. Recuperado el 19 de Junio de 2013. Disponible en: pnd.gob.mx
- 19 World Economic Forum. Global Risks 2010 A Global Risk Network Report. Switzerland: World Economic Forum, Global Risk Network; 2010
- 20 Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública Méx. 2008; 50(5):419-427
- 21 Prochaska, J, Di Clemente, C. Stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51(1): 390-395
- 22 ----- . Common process of self change in smoking, weight control and psychological distress. En: Shiffmann, S y Wills, T. Coping and substance use. New York: Academic Press. 1985: 345 – 363
- 23 Redding C, Prochaska J, Pallonen U, Rossi J, Velicer W, Rossi S, et al. Transtheoretical Individualized Multimedia Expert Systems Targeting Adolescents' Health Behaviors. Cogn Behav Pract. 1999; 6 (2): 144-153
- 24 Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In search of how people change. Am Psychol. 1992; 47(9): 1102-1114
- 25 Kim C, Hwang A, Yoo J. The impact of a stage-matched intervention to promote exercise behavior in participants with type 2 diabetes. Int J Nurs Stud. 2004, [cited September 4, 2013]; 41(8): 833-841. Available from: Academic Search Complete

- 26 Cabrera G. Etapas de cambio en consumidores de cigarrillo en Zarzal, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2001; 19(2):33-42
- 27 Cabrera G, Gómez L, Mateus J. Actividad física y etapas de cambio comportamental en Bogotá. Colomb Med. 2004; 35(2): 82-86
- 28 Morales Z, Pascual L, J C. The validity of transtheoretical model trough different psychological variables. Health and Addictions: salud y drogas. 2010; 10(2): 47-66
- 29 Olivares S, Lera L, Bustos N. Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas en estudiantes universitarios de Santiago de Chile. Rev Chil de Nutr. 2008; 35(1): 25-35
- 30 Echarri C. Barreras para la satisfacción de necesidades de salud reproductiva: una experiencia desde la academia. El Colegio de México, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad; 2008. Recuperado el 02 de Mayo de 2013. Disponible en:
http://www.alapop.org/2009/Docs/Echarri_ST3.pdf
- 31 Valdéz-Caraveo R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. Av Psicol Latinoam. 2004;22(1):49-59
- 32 Ryan A, Smith C. Change of life/cambia tu vida: A health promotion program based on the stages of change model for African descendant and Latino adults New Hampshire. Prev Chron Dis. 2006; 3(3). Recuperado el 02 de Mayo de 2013. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1637793/>
- 33 Astudillo C, Rojas M. Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. Act Colom Psicol. 2009 ; 9(1): 41-49
- 34 López M. 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. Rev Chil de Nutr. 2008; 35(3): 215-224

- 35 Villarreal-Ríos E, Esparza MC, Rodríguez LG, González LM, Vargas-Daza ER, Torres G, Patiño A, Rivera MT, Rojas R, Juárez M Costo anual per cápita en primer nivel de atención por género. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(3) [cited 2013 May. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300030&script=sci_arttext
- 36 Cheah, Y. Determinants of the demand for using preventive medical care among adults in Penang, Malaysia. *J Med Sci*. 2013; 20(1): 46-55
- 37 DiNoia J, Contento I, Prochaska J. Computer-mediated intervention tailored on Transtheoretical Model Stages and Processes of Change increases fruit and vegetable consumption among urban african-american adolescents. *Am J Health Promot*. 2008; 22(5):336-341
- 38 Evers K, Paiva A, Johnson J, Cummins C, Prochaska J, Prochaska J, et al. Results of a Transtheoretical Model-Based Alcohol, Tobacco and Other Drug Intervention in Middle Schools. *Add Behav*. 2012; 37(9):1009-1018
- 39 Nategh A, Sayyid M, Mohammad B, Hassan M. Nutritional behaviors in pre-diabetic patients and differences in stages of change" decisional balance" self-efficacy and process of change based on trans-theoretical model in Yazd-Iran. *Health Med*. 2012; 6(9):3023-3034
- 40 Redding C, Brown-Peterside P, Noar S, Rossi J, Koblin B. One session of TTM-tailored condom use feedback: a pilot study among at-risk women in the Bronx. *AIDS Care*. 2011; 23(1):10-15
- 41 Patten C, Decker P, Dornelas E, Barbagallo J, Rock E, Offord K, et al. Changes in readiness to quit and self-efficacy among adolescents receiving a brief office intervention for smoking cessation. *Psychol Health Med*. 2008; 13(3).326-336
- 42 Salazar M, Martínez K, Barrientos V. Evaluación de un componente de inducción al tratamiento. *Salud Mental*. 2009; 32(6):469-478

- 43 Taymoori P, Niknami S, Berry T, Ghofranipour F, A K. Application of the health promotion model to predict stages of exercise behaviour in Iranian adolescents. *East Mediterr Health J.* 2009; 15(5):1215-1225
- 44 Park A, Nitzke S, Kritsch K, Kattelman K, White A, Boeckner L, et al. Internet based interventions have potential to affect short-term mediators and indicators of dietary behavior of young adults. *J Nutr Educ Behav.* 2008; 40(5): 288-297
- 45 Adams J, White. Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *Br J Sports Med.* 2003; 37(2): 106-114
- 46 Bull SS, Levine DK, Black SR, Schmiege SJ, Santelli J. Social media-delivered sexual health intervention: a cluster randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2012; 43(5): 467-474
- 47 Universidad Autónoma de Nuevo León. *Visión 2020*; 2011. Recuperado el 24 de Junio de 2013. Disponible en:
<http://www.uanl.mx/sites/default/files/documentos/universidad/folleto-vision2020uanl.pdf>
- 48 México. Secretaría de Salud. *Ley General de Salud*. [en línea].; 1984 Última reforma publicada el 24 de abril de 2013. Recuperado el 24 de Junio de 2013. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- 49 ----- . Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [En línea]; 1984 Última reforma publicada el 24 de Abril de 2013. Recuperado el 24 de Junio de 2013. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- 50 Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). *Anuario Estadístico 2013*.
- 51 Alvarez-Llera G, Sanchez-Meza C, Piña-Garza B, Martinez-Gonzalez A, Zentella-Mayer M. Tendencia de la matrícula femenina en la educación superior. Un cuarto de siglo. El caso de la carrera de medicina. *Rev Fac Med UNAM.* 2006; 49(4): 151 – 155

- 52 Gallardo-Hernandez G, Ortiz-Hernandez L, Compeán-Dardón S, Verde-Flota E, Delgado-Sanchez G, Tamez-González S. La intersección entre el género y el estrato socioeconómico en la elección de profesión del área de la salud. *Gac Méd Méx.* 2006; 142(6): 467-476
- 53 Kobel K. Influences on the selection of dietetics as a career. *J Am Diet Assoc.* 1997. 97(3):254-257
- 54 Nightingale E, Fischhoff B. Adolescent risk and vulnerability: overview. *J Adol Health.* 2002. 31(1):3-9
- 55 Millstein S, Halpern-Felsher B. Perception of risk and vulnerability. *J Adol Health.* 2002. 31(1):10-27
- 56 Blum RW, McNeely C, Nonnemaker J. Vulnerability, risk and protection. *J Adol Health.* 2002. 31(1):28-39
- 57 Reyna VF, Farley F. Risk and rationality in adolescent decision-making: Implications for theory, practice and public policy. *Psychol Sci Public Interest.* 2006. 7(1)1-44

ANEXO A Consentimiento Informado

Título: Disposición al cambio para la utilización de la Atención Preventiva Integrada (API) por estudiantes de la UANL. Una intervención con base en el modelo transteórico

PROPÓSITO. Se me ha invitado a participar en este proyecto, el propósito de éste es determinar si la educación y orientación que me proporcionen incrementará el que yo acuda a mi clínica para recibir las acciones de la API

QUE IMPLICA EL ESTUDIO. Entiendo que tendré que asistir a un programa con una duración de cinco sesiones de 30 minutos. Las sesiones incluirán los siguientes temas: Promoción de la Salud, Nutrición, Prevención y Control de Enfermedades, Identificación Oportuna de Enfermedades, Salud Reproductiva. Entiendo que llenaré cuestionarios sobre aspectos generales de mi persona y algunas otras sobre mi conducta, actitudes, intenciones respecto a la utilización de la API. Los cuestionarios se llenarán antes y después de la aplicación de las sesiones.

CONFIDENCIALIDAD. Entiendo que todas las respuestas se guardarán en privado y estricto anonimato. Ninguna información que me identifique será incluida en reportes o publicaciones. Unos meses después de haber concluido el estudio, todos los cuestionarios e información serán destruidos.

RIESGOS. Esta investigación se cataloga como de riesgo mínimo.

BENEFICIOS. Los aspectos positivos incluyen, adquisición de conocimiento sobre las enfermedades prevenibles y las ventajas de la atención médica para mi grupo de edad. No tendre ningún gasto por la participación en el programa.

INFORMACIÓN FUTURA: Entiendo que si tengo preguntas adicionales acerca de la investigación, tengo el derecho de llamar a la Comisión de Ética al teléfono: 13404890 ext 1909 y 3039 con la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha

RENUNCIA/RETIRO. Entiendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar y abandonar el programa en el momento que yo decida. En caso de que se decida no participar o retirase, no afectará los servicios que recibiremos en cualquier institución relacionada con el proyecto.

TRATAMIENTO MÉDICO. Entiendo que existirá disponibilidad de tratamiento médico en caso de daños que estén directamente causados por la investigación.

CONCLUSIÓN: He leído y entendido la forma de consentimiento. Se me dio la oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Estoy de acuerdo en participar en este programa. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto con sus archivos de investigación y yo recibiré otra copia.

Nombre y Firma del Participante:

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y Firma: Testigo 2

Dirección del Testigo 1:

Dirección del Testigo 2:

Firma del Investigador: _____

Fecha:

¡Muchas Gracias!

ANEXO B. Variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Intervención educativa	Independiente	<p>Sesiones semanales (durante 3 semanas) en relación a los cinco componentes de la API :</p> <p>1: promoción a la salud</p> <p>2: nutrición</p> <p>3: prevención y control de enfermedades</p> <p>4: detección oportuna de enfermedades</p> <p>5: salud reproductiva</p>	Categorica	Listas de asistencia a las sesiones
Etapa de disposición al cambio	Dependiente	Etapa de disposición para la utilización de la API	<p>Categorica</p> <p>Precontemplación : No conoce o no le interesa el programa</p> <p>Contemplación: Conoce el programa, sabe donde aplican las acciones y piensa utilizarlo dentro de los próximos meses</p>	Cuestionario autoadministrado

			<p>Preparación: Conoce el programa, sabe donde aplican las acciones y está llevando a cabo preparativos para utilizar el programa en el próximo mes</p> <p>Acción: Se encuentra utilizando el programa, pero lleva menos de 6 meses</p> <p>Mantenimiento: Lleva 6 meses y más utilizando el programa</p>	
Barreras	Interviniente	<p>Barreras de conocimiento: -Falta de identificación de los programas por el adolescente -Ausencia de conocimiento sobre donde se otorgan los servicios</p> <p>Barreras personales: -Falta de tiempo -Cansancio -Flojera</p>	<p>Categoría</p> <p>1= Nada/Poco 2= Regular/ Mucho</p>	<p>Cuestionario autoadministrado</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Falta de alguien que lo acompañe -Falta de costumbre -Percepción de inseguridad en la calle -Percepción de invulnerabilidad <p>Barreras de calidad de la atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le gusta actitud y trato del personal de salud -Comunicación con el personal -Percepción de largo tiempo de espera <p>Barreras psicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Temor a realizarse estudios <p>Barreras económicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de recursos económicos para trasladarse a la institución 		
Edad	Sociodemográfica	Edad en años cumplidos	No categórica	Cuestionario autoadministrado
Género	Sociodemográfica	Rol social referido por el estudiante	Categórica 1=mujer 2=hombre	
Estado civil	Sociodemográfica	Situación social de la persona respecto a	Categórica	

		sus relaciones de familia o pareja	1=Soltero 2=Casado 3=Divorciado 4=Unión libre 5=Viudo	
Condición laboral	Sociodemográfica	Si el adolescente, además de estudiar trabaja	Categorica 1=Sí 2=No	
Estado de origen	Sociodemográfica	Cuando su estado natal es distinto a Nuevo León	Categorica 1=Sí 2=No	
Afiliación a servicios de salud	Control	Situación de afiliación del adolescente a una institución de salud	Categorica 1=IMSS 2=ISSSTE 3=Seguro Popular 4=PEMEX 5=Servicios médicos de la UANL 6=Servicios médicos municipales 7=Seguro de gastos médicos 8=Otros 9=Ningún servicio médico 10=No sabe si cuenta con servicio médico	Cuestionario autoadministrado
Experiencias previas	Confusora	Acercamiento a servicios de salud por motivos o facilitadores externos	Categorica 1= Sí 2= No	Cuestionario autoadministrado

		<ul style="list-style-type: none"> -Exposición a medios de comunicación masiva -Contacto con personas allegadas al estudiante cuya condición requiera atención medica constante (enfermedad crónica, embarazo) 		
Utilización de la API	Control	<p>Antecedente de realización de las acciones de la API en cada uno de sus componentes</p> <p>Promoción de la Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entrega de Cartilla de Salud y Guía para el Cuidado de la Salud - Recomendar el estudio de temas como alimentación, ejercicio, salud sexual, prevención de accidentes, adicciones y violencia <p>Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medición de peso y talla -Evaluación del estado de nutrición -Importancia de prevenir sobrepeso y obesidad 	<p>Categorica</p> <p>1= Sí</p> <p>2= No</p>	Cuestionario autoadministrado

		<p>Prevención y Control de Enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de vacunas correspondientes a este grupo de edad: Sarampión- rubéola, tétanos- difteria, hepatitis B -Entrega informada de condones -Capacitación en la técnica de cepillado dental - Detección de placa dentobacteriana y aplicación de flúor - Brindar y dar seguimiento de tratamiento acortado estrictamente supervisado a los adolescentes enfermos de tuberculosis <p>Detección Oportuna de Enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Toma de muestra para baciloscopia -Medición de agudeza visual <p>Salud reproductiva</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explicación de la importancia de la salud sexual y reproductiva -Explicación de los métodos anticonceptivos 		
--	--	---	--	--

ANEXO C. Cuestionario / Cédula de colección de datos



UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FaSPyN



CUESTIONARIO DE ETAPAS DE DISPOSICIÓN Y BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA (API)

Sección I. Etapas de disposición y barreras para la utilización de la API

Instrucciones: Por favor lee cuidadosamente cada pregunta y marca la respuesta que mejor te identifica

P.1. ¿Pertenece a alguna institución de salud/clínica ?

Sí	1	→	<i>Ir a la pregunta 2</i>
No	2	→	<i>Ir a la pregunta 5</i>
No sé	3	→	<i>Ir a la pregunta 5</i>

P.2. ¿A cuál o cuáles instituciones de salud /clínica perteneces?

	Si	No	
IMSS	1	2	(2a)
ISSSTE	1	2	(2b)
Seguro Popular	1	2	(2c)
PEMEX	1	2	(2d)
UANL	1	2	(2e)
Servicios médicos municipales	1	2	(2f)
Otros ¿Cuál? _____	1	2	(2g)

P.3. ¿Consideras que la clínica a donde debes acudir está muy lejos de donde vives?

Sí	1
No	2
No sé	3

P.4. Las horas en que atienden en la clínica son adecuadas para tus necesidades?

Sí	1
No	2
No sé	3

P.5. ¿Conoces la Atención Preventiva Integrada (API)?

Sí	1	→	<i>Ir a la pregunta 6</i>
No	2	→	<i>Ir a la pregunta 13</i>

P.6. ¿Cómo te enteraste de la Atención Preventiva Integrada (API)?

	Sí	No	
Medios de Comunicación (Periódico, Televisión, Internet, Radio)	1	2	(6a)
Medios impresos (carteles, volantes)	1	2	(6b)
Familiar o persona cercana embarazada	1	2	(6c)
Familiar o persona cercana con alguna enfermedad	1	2	(6d)
Visita a clínica u hospital	1	2	(6e)
Sesión educativa	1	2	(6f)
Otros _____	1	2	(6g)

P.7. ¿Sabes dónde se otorga la Atención Preventiva Integrada?

Sí	1	→	<u>Ir a la pregunta 8</u>
No	2	→	<u>Ir a la pregunta 9</u>

P.8. ¿Has utilizado la Atención Preventiva Integrada?

Sí	1	→	<u>Ir a la pregunta 10</u>
No	2	→	<u>Ir a la pregunta 9</u>

P.9. ¿Estás dispuesto a utilizar la Atención Preventiva Integrada? (Sólo una respuesta)

Sí, estoy pensando en acudir algún día a utilizar la API	1	→	<u>Ir a la pregunta 13</u>
Sí, estoy pensando en acudir a mi clínica en los próximos 30 días	2	→	<u>Ir a la pregunta 13</u>
Conozco la API, pero no me interesa acudir a utilizarla	3	→	<u>Ir a la pregunta 13</u>

P.10. ¿Cuál o cuales de las siguientes acciones de la Atención Preventiva Integrada te han aplicado?

	Sí	No	
Entrega de cartilla de salud y guía para el cuidado de la salud	1	2	(10a)
Lectura de temas como alimentación, ejercicio, salud sexual, prevención de accidentes, adicciones y violencia	1	2	(10b)
Medición de peso y talla	1	2	(10c)
Evaluación del estado nutricional (bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad)	1	2	(10d)
Explicación de la importancia de prevenir sobrepeso y obesidad	1	2	(10e)
Aplicación de vacuna contra Sarampión- rubéola	1	2	(10f)
Aplicación de vacuna contra Tétanos-difteria	1	2	(10g)
Aplicación de vacuna contra Hepatitis B	1	2	(10h)
Entrega e información de condones	1	2	(10i)
Promoción del cepillado dental	1	2	(10j)
Baciloscopia (examen de flemas)	1	2	(10k)
Evaluación de la agudeza visual (examen de la vista)	1	2	(10l)
Promoción de métodos anticonceptivos	1	2	(10m)

P.11. Respecto a la utilización de la Atención Preventiva Integrada

He ido a mi clínica a que me realicen las acciones pero no regularmente	1
Hace menos de 6 meses acudí a la clínica a que me realizaran las acciones	2
Cada año acudo a que me realicen las acciones	3

P.12. En las ocasiones que has acudido a utilizar la Atención Preventiva Integrada...

	(1) Nada	(2) Poco	(3) Regular	(5) Mucho	
Te ha gustado la actitud del personal que te atiende	1	2	3	4	(12a)
Te ha gustado el trato que te da el personal que te atiende	1	2	3	4	(12b)
Has tenido miedo a los exámenes o acciones que te vayan a realizar	1	2	3	4	(12c)
Tus dudas han sido resueltas por el personal de salud	1	2	3	4	(12d)
Has tenido que esperar más de una hora para que te atiendan	1	2	3	4	(12e)

P.13. Indica en que grado crees que han influido los siguientes motivos para que desconozcas, no hayas utilizado o hayas dejado de utilizar la Atención Preventiva Integrada

	(1) Nada	(2) Poco	(3) Regular	(4) Mucho	
Falta de tiempo	1	2	3	4	(13a)
Cansancio	1	2	3	4	(13b)
Flojera	1	2	3	4	(13c)
Falta de alguien que me acompañe	1	2	3	4	(13d)
Falta de costumbre	1	2	3	4	(13e)
Inseguridad en la calle	1	2	3	4	(13f)
Ausencia de problemas de salud	1	2	3	4	(13g)
Motivos económicos	1	2	3	4	(13h)
Otros ¿Cuáles? _____	1	2	3	4	(13i)

Sección II. Datos Sociodemográficos

Instrucciones: Por favor introduce la información solicitada llenando los siguientes campos

P.14. Edad (en años cumplidos) _____ años

P. 15. Estado Civil

Soltero (a)	1
Casado (a)	2
Unión Libre	3
Divorciado (a)	4
Viudo (a)	5

P.16. Género

Mujer	1	⇒ Ir a la pregunta 17
Hombre	2	

P.17. ¿Estás embarazada?

Sí	1
No	2

P.18. ¿Tienes alguna enfermedad?

Sí	1	¿Cuál enfermedad? _____
No	2	

(18a)

P.19. ¿Trabajas?

Sí	1
No	2

P.20. ¿Eres foráneo?

Sí	1
No	2

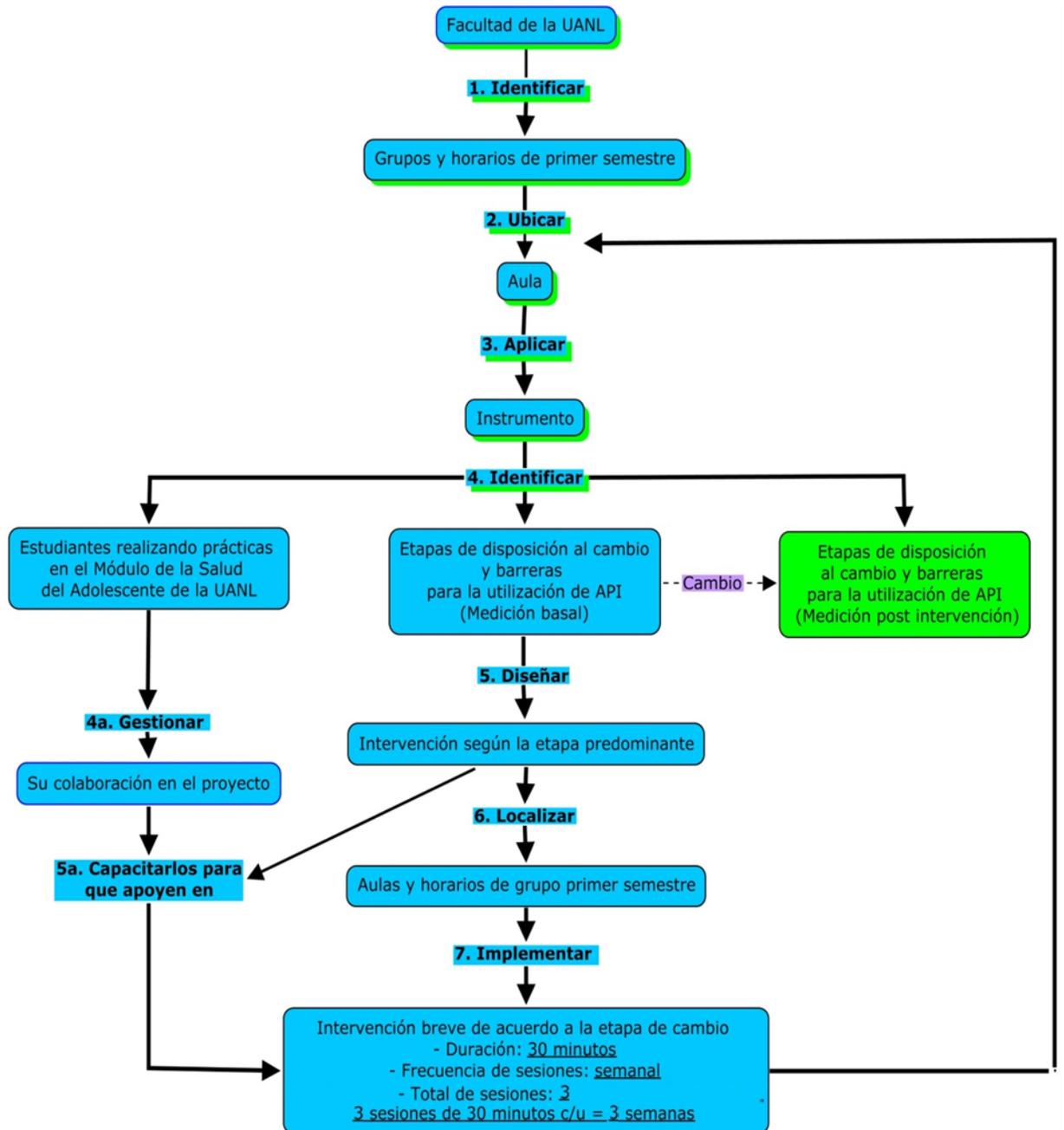
Sección II. Control del cuestionario

Instrucciones: Por favor llena solamente los campos de **Fecha** y **Matrícula**

Encuestador	Evaluación	Fecha	Matrícula
		/ /	
	A B	DD/MM/AAAA	

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

ANEXO D. Flujoograma de actividades



RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

MCP. Isis Amellali Marín Gámez

Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias en Salud
Pública

Tesis: DISPOSICIÓN AL CAMBIO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA POR ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. UNA INTERVENCIÓN CON BASE EN EL MODELO TRANSTEÓRICO.

Área de Estudio: Educación y promoción en salud

Biografía: MCP Isis Amellali Marín Gámez, nacida en Cd. Victoria Tamaulipas el día 24 de junio de 1985, hija de la Sra. Ma. Petra Gámez Reyna y el Sr. Raúl Marín Aguilar.

Educación: Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con grado de Médico Cirujano Partero en el año 2010. Becaria de CONACYT para realizar estudios de Maestría en Ciencias en Salud Pública en la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el periodo 2012-2014.

Experiencia Profesional: Médico pasante en Unidad Médica Rural 86 de IMSS Oportunidades de 2010 a 2011. Profesor adjunto en la licenciatura en Nutrición en la FaSPyN en el 2013. Becario auxiliar de investigación en Unidad de Investigación en Salud Pública del Centro de Investigación y Desarrollo de Ciencias de la Salud UANL de 2013 a 2014. Asesor médico en Deloitte y Lockton Monterrey durante el 2014.

e-mail: isismarin_@hotmail.com