

UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA



**“SELECCION DEL MEDIO DE COMUNICACION MAS
ADECUADO PARA AYUDAR A MEJORAR LA CALIDAD
DE LA ATENCION MEDICA DE UN HOSPITAL “**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO
EN CIENCIAS DE LA COMUNICACION PRESENTA:

VIRMA LETICIA SALAS DE LA ROSA



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Gracias a DIOS porque sin él nada.

Gracias a mis padres: LUIS GUILLERMO SALAS ARCE e IRMA DE LA ROSA URIAS, por su gran comprensión.

Gracias a mis hermanos: LUIS FERNANDO y JESSICA por su cariño.

Gracias a mi novio: Alejandro Pym Peña por su amor y su apoyo.

48693

Gracias a la Lic. ALBA TOLEDO, al Lic. SANCHEZ y a mi Alma Mater (UPAEP) por haberme dado otra oportunidad.

INDICE

INTRODUCCION	7
 CAPITULO 1: EL HOSPITAL Y SU MARCO DE REFERENCIA	
1.- Salud	12
1.1 Nivel de Salud	12
1.2 Actividades en favor de la Salud	14
1.3 Antecedentes de la Salud en México	14
1.4 Sistema Nacional de Salud	15
1.5 El hospital	16
1.5.1 Clasificación del Personal	
1.5.2 Departamentos	
a. Depto de Investigación y Enseñanza	
1.6 Atención Médica	19
1.6.1 Evolución Histórica	
1.6.2 Funciones	
1.7 Calidad de la Atención Médica (C.A.M.)	20
1.7.1 Técnico	
1.7.2 Interpersonal	
1.8 Evaluación de la C.A.M.	21
1.8.1 Evaluación	
1.8.2 Evolución Histórica	
1.8.3 Métodos	
 CAPITULO 2: EL HOSPITAL EN CUESTION	
1.- Objetivo	26
2.- Niveles	26
3.- Personal	26
3.1 Personal médico y sus departamentos	27
4.- Departamento de Investigación y Enseñanza	28
5.- Aplicación	28
5.1 Métodos de Evaluación de la C.A.M.	28
5.2 Resultados	29

CAPITULO 3: LA COMUNICACION

1.- El Proceso de la Comunicación	35
1.1 Elementos del Proceso de la Comunicación	36
1.2 Perspectivas de la comunicación	38
1.3 Esquemas del Proceso de la Comunicación	39
2.- Funciones de la Comunicación	41
3.- Tipo de Comunicación	42
3.1 Comunicación Grupal	42
3.2 Comunicación Masiva (medios)	42
4.- Efectos de la Comunicación	44
5.- Aplicación al Problema	44
6.- Los Medios en función de la Economía	47
6.2 Los medios impresos	49
6.2.1 Definiciones y características	49
6.2.2 Selección del medio más adecuado	52

CAPITULO 4: LAS REVISTAS

1.- Antecedentes	54
2.- Características	55
3.- Clasificación	56
3.1 Clasificación en función de la publicidad	56
3.2 Clasificación en función del contenido	57
3.3 Clasificación en función de la editorial	57
4.- Producción	58
4.1 Creación de un original	59
4.1.1 Tipografía	
4.2 Diseño y formato	61
4.3 La portada	62
4.3.1 Tipos de Portada	
4.4 Materiales que intervienen	63
4.5 Tiraje	64
4.6 Costos	65
4.7 Distribución	65

CAPITULO 5: INVESTIGACION PARA LA PROPUESTA

1.- Forma	67
1.1 Análisis de las revistas médicas	67
1.2 Revista promedio	68
1.3 Pruebas para la Revista	69
1.3.1 Pruebas de portada e interiores (a y b)	
1.3.2 Resultados de las pruebas	
2.- Contenido	76
3.- Funcionamiento	77

LA PROPUESTA

1.- Generalidades	79
1.1 Objetivos	79
1.2 Financiamiento	79
1.3 Tipo de revista	79
1.4 Público meta	80
1.5 Dirección de la revista	80
1.6 Periodicidad	80
2.- Forma	81
3.- Contenido	82
3.1 Información	82
3.2 Secciones	83
4.- Funcionamiento	84
4.1 Información	84
4.1.1 Fuentes de información	
4.1.2 Recaudación de la información	
4.1.3 Información archivada	
4.1.4 Selección de la información	
4.1.5 Información procesada	
4.2 Tiempo	85
4.3 Recursos humanos	87
4.4 Recursos materiales	94
4.5 Presupuesto	94

CONCLUSIONES	97
---------------------	----

ANEXOS	102
---------------	-----

BIBLIOGRAFIA	111
---------------------	-----

LA REVISTA DEL HOSPITAL	115
--------------------------------	-----

INTRODUCCION

La humanidad a través del tiempo se ha preocupado por buscar su bienestar físico, mental y social; condición determinante para el desarrollo de la capacidad productiva del hombre y de toda una nación. Lo cual engloba en la actualidad el concepto de salud.

Este gran rublo implica una necesidad que el hombre siempre ha buscado satisfacer, y actualmente en México la salud es considerada un derecho constitucional.

En nuestro país, en las postrimerías del S.XX se han realizado grandes logros en la materia, a través del Sistema Nacional de Salud, el cual fue creado para satisfacer una función social que se manifiesta por necesidades y demandas de servicios de salud, establece índices médicos y busca una amplia cobertura, formación de recursos humanos, implementación científica, etc; con el fin de lograr una calidad eficaz y eficiente de la Atención Médica, que incremente el nivel de salud del individuo y de la comunidad.

La Atención Médica se refiere a todas aquellas acciones de salud dirigidas a las personas. Esta atención debe ser de calidad, conformando así el concepto de Calidad de la Atención Médica (C.A.M.)

La C.A.M se define como "el logro de los mayores beneficios con los menores riesgos para el paciente", los mayores beneficios se refiere a lo alcanzable de acuerdo a los recursos que dispone un hospital, clínica, etc y a los valores imperantes. Es evaluada, a través de métodos de evaluación, para determinar si sus resultados cumplen con los requerimientos que establece el Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad la C.A.M. se ve afectada por diversos factores, tales como: Una administración ineficiente; falta de modernización de los métodos de evaluación de la C.A.M., así como de equipos e instrumentos; falta de preparación del personal médico, etc.

Lo anterior trae como consecuencia deficiencias en la C.A.M., perjudicando al usuario, quien es el que recibe los servicios médicos.

En los resultados de la evaluación de la C.A.M. de un hospital de especialidades de la ciudad de Puebla, se presentaron deficiencias en la C.A.M. Dicho hospital sirvió de base para la presente tesis y por razones de índole mayor su nombre fue omitido de la misma.

En este hospital se realiza cada año un informe en donde se incluyen resultados de la Evaluación de la C.A.M. Así en el informe de 1994, se muestran deficiencias relacionadas con: el área administrativa (aglomeraciones en consulta externa, no se realizan concursos de méritos para promover a los médicos, etc). ; su planta física

(problemas con la ventilación, etc); el cuerpo médico (tasas elevadas de mortalidad general, mortalidad infantil, etc); los usuarios (inconformidad por la atención recibida y la falta de comunicación con los médicos); los trabajadores (Inconformidades por la falta de una suficiente capacitación); el departamento de Investigación y Enseñanza (30% de incumplimiento de programas, 50% de ausentismo a los eventos de Educación Continua), entre otros más.

Para mejorar la C.A.M. en el hospital, estas deficiencias deben ser resueltas a través de las diferentes ciencias. Sin embargo en esta tesis se tomará únicamente en cuenta a las Ciencias de la Comunicación

Se llevó a cabo una investigación preliminar para determinar si algunas de esas deficiencias podían estar relacionadas con el campo de las Ciencias de la Comunicación.

Se descubrió entonces que las deficiencias del cuerpo médico, usuarios, trabajadores del departamento de Investigación y Enseñanza, están relacionadas con las Ciencias de la Comunicación y con el desempeño del médico. Esto se explica porque los médicos mantienen interacciones con los pacientes (consultas, operaciones, terapias, etc.) y con otros médicos (cursos, clases, operaciones, etc.).

De acuerdo a lo anterior el médico juega un papel muy importante en la Atención Médica que recibe el usuario, ya que atiende directamente y le previene, diagnostica y cura sus enfermedades. Pero para lograr todo esto el médico debe de estar preparado adecuadamente. De ahí que la preparación del médico sea uno de los factores más importantes que afectan la C.A.M.

La preparación del médico debe ser actualizada y continua, de la cual se hace cargo el departamento de Investigación y Enseñanza del hospital en cuestión. Este departamento maneja lo que se denomina "Educación Continua", que consiste en enseñar y actualizar a los médicos, tanto en el área médica como en lo relacionado con el trato a los usuarios, a través de sus eventos, tales como sesiones, conferencias, cursos, etc.

Se investigó entonces al departamento de I. y E. y se descubrió que lo que ocasionaba el incumplimiento de los programas era precisamente la falta de asistencia a los mismos. Esto último debido a los diversos horarios y trabajos con los que cuentan los médicos, su falta de motivación por participar en los eventos, así como su desconocimiento de éstos.

Asimismo se encontró que la transmisión de los conocimientos que se generan en los eventos, es afectada por factores, como lo es el espacio físico, el sonido, etc, que provocan que el médico no reciba adecuadamente toda la información que se genera en tales eventos.

Lo anterior se debe, entre otras razones, a la falta de utilización de un soporte

que permita transmitir los conocimientos de los eventos a los médicos. En términos de comunicación ese soporte podría ser un medio de comunicación y una solución al problema.

Sin embargo, de acuerdo a una entrevista realizada con las autoridades del hospital, esta solución debe implicar un costo reducido en su planeación y aplicación, así como otorgar una buena imagen a la Institución.

En torno a este panorama surgió la siguiente hipótesis:

“ Si se emplea un medio de comunicación adecuado en los eventos de Educación Continua que realiza el departamento de Investigación y Enseñanza del hospital, entonces es posible transmitir los conocimientos a los médicos para mejorar la preparación de éstos y lograr así mejorar la C.A.M. en el hospital.”

Lo cual implica que si se logra resolver el problema de comunicación en el departamento de I. Y E., se logrará mejorar la C. A.M.

La presente tesis plantea los siguientes objetivos:

Objetivo General

- Mejorar la C.A.M. del hospital en cuestión.

Objetivos Específicos:

- Transmitir adecuadamente los conocimientos que se generan en los eventos de Educación continua a los médicos.
- Mejorar la preparación de los médicos.
- Proporcionar una solución que implique un costo reducido y una imagen favorable a la Institución.

En el **capítulo 1** se establece un marco de referencia, sobre terminología relacionada con el hospital, tales como salud, Sistema Nacional de Salud, departamento de Investigación y Enseñanza, Calidad de la Atención médica, etc, con el fin de comprender el problema que se plantea.

En el **capítulo 2** se plantea el problema de esta tesis. Para ello se aplican los conceptos del capítulo anterior. Se realiza una investigación y un análisis en el hospital en cuestión. Se plantea también el problema de comunicación en el departamento de Investigación y Enseñanza.

En el **capítulo 3** se analizó el problema del departamento desde la perspectiva

de Comunicación, a través de la teoría y el proceso de Comunicación. Se realiza también un análisis teórico y económico de los medios, de donde surge el más adecuado para resolver el problema y cumplir así con los requerimientos que establece el hospital.

El **capítulo 4** comprende un marco teórico sobre las revistas, como sus antecedentes, tipos, clasificación, producción, etc.

En el **capítulo 5** se realizó una investigación para la propuesta, la cual consistió en efectuar un análisis de las revistas médicas, para obtener lo que llamaremos una revista promedio, que reúne las características más comunes de estas publicaciones. Aquí mismo se aplicaron encuestas a los médicos sobre su preferencia por las revistas, en cuanto a su forma.

Tomando en cuenta los capítulos anteriores y los resultados de la investigación, se planteó una **propuesta**, que consiste en la creación de la revista del hospital en cuanto a su forma, contenido y funcionamiento.

Para finalizar se encuentran las conclusiones, los anexos y la bibliografía.

CAPITULO 1

EL HOSPITAL Y SU MARCO DE

REFERENCIA

El hombre a través del tiempo ha buscado satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, abrigo, etc.), para su propia sobrevivencia.

Por medio del trabajo, el hombre ha producido y de esta manera ha logrado satisfacer esas necesidades.

Para esto el hombre debe de contar con una buena salud, de otra manera no podría trabajar, producir, satisfacer sus necesidades, ni sobrevivir.

Esta situación se complica aún más si se plantea en el ámbito social, en donde la producción se vería seriamente afectada y por consiguiente el desarrollo de toda una nación.

De ahí que resulte necesario entender lo que es salud:

1.- SALUD

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU) salud es *"un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades."*¹

1.1 Nivel de Salud

*"El nivel de salud de una población es la resultante de la interacción de diversas variables ecológicas; su medición tiene como finalidad estimar la calidad de la vida que gozan sus miembros."*²

Se mide cuantitativamente el nivel de salud a través de los indicadores de salud. Los indicadores se clasifican en:

a.- Indicadores de Salud

- Esperanza de vida al nacer
- Tasa de mortalidad general
- Tasa de mortalidad infantil
- La razón de mortalidad proporcional
- Otros indicadores específicos, como la tasa de mortalidad por tuberculosis

b.- Indicadores de recursos y actividades para la Salud

- Porcentaje de la población con agua potable y obras de alcantarillado
- Gasto de salud per capita
- Número de camas por habitantes
- Número de habitantes por médico
- Número de defunciones con atención médica
- Porcentaje de niños nacidos con asistencia médica

1. VEGA Franco Leopoldo García Manzanedo Héctor. Bases Esenciales de Salud Pública. p. 2.

2. VEGA Franco Leopoldo García Manzanedo Héctor. Bases Esenciales de Salud Pública. p. 69.

- Número de consultas prenatales y de lactantes por nacidos vivos
- Número de niños inmunizados

c.- Indicadores Económicos-sociales

- Producto interno bruto por habitante
- Participación del trabajo en la renta nacional
- Población urbana y rural
- Tasa de natalidad
- Porcentaje de analfabetismo
- Nivel de escolaridad de la población
- Disponibilidad per capita de proteínas y calorías
- Número de habitantes por cuarto

Para alcanzar un mejor nivel de salud se han creado los siguientes niveles:

1.- PREVENCIÓN PRIMARIA	Promoción de la salud - Protección específica
2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA	Diagnóstico temprano - Tratamiento oportuno
3.- PREVENCIÓN TERCIARIA	Limitación de la incapacidad - Rehabilitación

NIVELES

FUNCIONES ³

a)	PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO TRATAMIENTO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
b)	PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA	PREVENCION TERCIARIA	
c)	PREVENCION DE LA OCURENCIA		PREVENCION DE LA EVOLUCION		
d)	PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION DE LA SALUD	RECUPERACION DE LA SALUD		
e)	MEDICINA PREVENTIVA (SENTIDO ESTRICTO)		MEDICINA CURATIVA		

1.2 Actividades en favor de la Salud

Estas actividades se centran básicamente en dos puntos:

a. Salud pública.- Dirigida al medio biológico, físico y social.

b. Atención médica.- Dirigida al ser humano.

Se integran conceptualmente Salud Pública y Atención Médica en: **Atención de la Salud** o **Servicios de Salud**.

Debido a la importancia que se le da en esta tesis al segundo punto de las actividades en favor de la salud (Atención Médica) se va a tratar posteriormente, con mayor profundidad.

1.3 Antecedentes de la Salud en México

Desde tiempos inmemorables los hombres se han preocupado por su salud. Sin embargo en épocas pasadas el hablar del cuidado de la salud correspondía primordialmente al médico. Hoy en día se considera que la salud es un problema fundamentalmente económico que atañe tanto al pueblo como al Estado. Por lo cual se debe tener mucho cuidado con los recursos utilizados para este fin, para que se aproveche mejor.

En México, como en otros países, se venía otorgando los servicios médicos a través de la medicina privada. No fue sino hasta el siglo XX tras el esfuerzo de varias generaciones que se logra en nuestro país introducir instituciones de seguridad social y de asistencia pública para atender a la población no asegurada.

Estas junto con los servicios médicos privados provocaron el descenso en la mortalidad, el incremento en la esperanza de vida, el aumento en la cobertura y la protección financiera que otorga la seguridad social, la formación de recursos humanos para la salud, el desarrollo de la investigación, etc.

Cronología

1917.- Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ésta salvo algunas enmiendas, es la que rige al país actualmente. En el artículo 16 se establece la creación del **Departamento de Salubridad**, orientado fundamentalmente a acciones de Salud Pública, y en el artículo 123 se establece el cuidado de la salud como obligación emanada de una relación laboral.

1937.- Creación de la **Secretaría de Asistencia Pública**, bajo cuyo cargo quedaron los establecimientos públicos de atención médica y el compromiso de la ampliación de la red hospitalaria.

1943.- Se fusiona el **Departamento de Salubridad** con la **Secretaría de Asistencia Pública**, creando así la **Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)**. En ese mismo año se crea la ley de Seguridad Social, dando origen al **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** para servicios a la clase trabajadora, entre ellos trabajadores y obreros de empresas privadas. También en 1943 se marca un cambio trascendental en la medicina mexicana, al fundarse el primero de los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la SSA: el Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

1944.- Se crea el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

1946.- La creación del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Pioneros todos ellos en la modernización de la atención de la salud, de la docencia y de la Investigación Científica.

1959.- Se funda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores al Servicio del Estado (**ISSSTE**), con esquemas de protección en varios aspectos semejantes a los ofrecidos por el IMSS.

1981.- Se crea la **Coordinación de Servicios de la Salud** de la presidencia de la República, con el fin de integrar un sistema de salud que diera cobertura a toda la población. Esta responsabilidad recayó en la persona del Dr. Guillermo Soberón.

1983.- Como resultado de las investigaciones efectuadas por la **Coordinación** ya mencionada, se pusieron en marcha las reformas propuestas, cuando el mismo Dr. Soberón fungió como titular de la **Secretaría de Salubridad y Asistencia** durante el régimen del presidente Miguel de la Madrid, de 1982 a 1988. Destacan entre ellas la enmienda constitucional que garantiza el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos (artículo 4) y la promulgación de la ley General de Salud que reemplaza al anterior código Sanitario; ella establece el derecho a la salud y la posición de la SSA como cabeza de sector.

1.4 Sistema Nacional de Salud

Está constituido e integrado por los servicios de atención de la salud y tiene como estructura un ministerio o Secretaría de Estado, que es la SSA.

El Sistema Nacional de Salud fue establecido para satisfacer una función social que se manifiesta por necesidades y demandas de servicios de salud. Pretende dar cobertura a toda la población, formar a sus recursos humanos, implementación científica, etc.

En el Sistema de Salud en México existen, al menos cuatro subsistemas básicos para la atención de la salud de la población, los cuales se explican a continuación:

a.- A través de la Secretaría de Salud. La cual proporciona sus servicios a la población en general en forma de asistencia pública y social.

b.- Servicios que son financiados por mecanismos de Seguridad Social. Como el IMSS, ISSSTE, SERVICIOS MEDICOS DE PETROLEOS MEXICANOS, etc.

c.- Servicios financiados por el paciente a través de seguros médicos privados y la medicina privada (atención en consultorios, clínicas y hospitales privados).

d.- Práctica de la medicina tradicional, aunque no se considera como una Institución en sí misma, hoy en día es una alternativa que es utilizada por un sector importante de la población.

1.5 El Hospital

La palabra Hospital deriva del latín: *hospitium* es decir, lugar donde se tiene a personas hospedadas.

Al principio los hospitales estuvieron a cargo de sociedades religiosas pero a medida que el Estado fue interviniendo más y más, quedaron en manos de médicos, algunos de ellos con estudios administrativos.

Así el hospital se ha convertido en la principal Institución de salud integral y de Atención Médica. El cual cuenta con instalaciones, recursos materiales, recursos humanos (personal), etc.

1.5.1 Clasificación del Personal

a.- Personal Médico

Médicos cirujanos (clínicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento); médicos sanitaristas, médicos administrativos, cirujanos dentistas, médicos especialistas, médicos generales, médicos familiares, médicos residentes, pasantes de medicina o internos.

b.- Personal Paramédico

Son aquellos profesionales o trabajadores especializados que realizan funciones en oficios o profesiones conectados con la medicina. Como por ejemplo las enfermeras generales, enfermeras especialistas, auxiliar de farmacia, químico

responsable, trabajadora social, sociólogo, jefe de archivo clínico, etc.

c.- Personal Administrativo

Profesores, técnicos o empleados que laboran en funciones denominadas indirectas como los archivistas, bibliotecarios no clínicos, almacenistas, ayudantes administrativos, secretarías, técnicos en estadística, abogados, arquitectos, ingenieros, contadores, etc.

d.- Personal de Intendencia

Trabajadores manuales, chofer, cocinero, conserje, lavador, jardinero, costurera, etc.

Todo este personal labora para otorgar un servicio de salud a los usuarios, llamados también derechohabientes, es decir que tienen derecho al servicio que presta el hospital.

1.5.2 Departamentos

*"...El hospital analizado como subsistema de un sistema mayor, es susceptible de organizarse de acuerdo con sus componentes o departamentos, que representarán todas las características de un sistema, agrupados básicamente en dos tipos de departamentos: los directos, sustantivos o "técnicos" y los indirectos, de apoyo "adjetivos" o administrativos."*⁴

Los departamentos directos son: departamentos médicos, suelen llamarlos también servicios médicos (departamento de Ortopedia, Ginecología, Pediatría, etc) y los departamentos indirectos (administrativos, Estadística, Finanzas, etc).

a.- Departamento de Investigación y Enseñanza

Este tipo de departamento es implantado en el organigrama de un hospital, dependiendo de las necesidades del mismo. En algunos casos puede considerarse sólo el área de investigación, sólo el área de enseñanza o ninguna de éstas.

Para entender mejor lo que se maneja como investigación y enseñanza, se va a explicar cada una de estas áreas por separado.

1.- La Enseñanza

Las actividades de educación en los hospitales o en otras unidades médicas permiten mantener el nivel de calidad y actualización en los conocimientos vigentes de la medicina, tanto para los prestadores del servicio como para quienes lo reciben.

Estas actividades deben de incluir tres programas esenciales:

- **Capacitación y Actualización** permanentes del personal que labora en la unidad. Capacitación se refiere a la enseñanza de técnicas o conocimientos que difieren con el área del trabajador, para ayudarlo a que mejore en ésta y actualización se refiere a la enseñanza de conocimientos de la misma área, que desconoce el personal y necesita aprender.
- **Educación Médica y Capacitación** que se otorga al personal externo que asiste a la unidad como parte de programas, adiestramiento, etc.
- **Eventos** abiertos para el personal de otras instituciones. Lo cual permitirá compartir los conocimientos alcanzados con personal de otras unidades médicas y de esta manera y se logrará difusión en el ámbito institucional o nacional.

Niveles de Preparación en las Ciencias Médicas

• Educación Continua

Se refiere a la enseñanza que se le debe otorgar a todo el personal médico, de manera permanente para que se actualicen en su área médica y en aspectos interpersonales, teniendo como objetivo hacer que el médico se mantenga al día a través de los siguientes eventos:

- **Cursos médicos o de relaciones humanas**
- **Sesiones** (pueden ser generales, en donde participan todos los departamentos médicos o sesiones por servicio, donde participa un sólo departamento, tratando asuntos internos del mismo.).
- **Seminarios** (presentación de conferencias formales y mesas redondas o talleres).
- **Congresos**
- **Talleres**
- **Conferencias**

• Residencia Rotatoria

Estudios de especialización de médicos para impartir asistencia médica de alta calidad de un terreno definido por el correspondiente nivel de atención.

• Maestría

Comprende la capacitación para colaborar con eficiencia, bajo supervisión,

en programas de docencia e investigación original.

- **Doctorado**

Es la capacitación del especialista para generar y conducir investigaciones originales y crear grupos de trabajo.

2.- La Investigación

Se clasifica en dos:

- **Investigación de los servicios de salud**

Incluye problemas organizacionales, de personal, financieros, etc.

- **Investigación Biomédica de los servicios de salud**

Incluye prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, el análisis de los principales problemas de la atención médica y social, morbilidad y mortalidad. De acuerdo con los medios disponibles y el nivel de atención los "protocolos" de investigación médica podrán ser: estudios epidemiológicos, revisión de casos, investigación médica, sociomédica, clínica y básica.

Así "la investigación médica es un elemento que permite el avance de los conocimientos de la medicina, lo cual repercute directamente en la Calidad con que se prestan los servicios; por lo tanto para que una investigación médica adquiera su real valor, debe ser publicada en revistas con amplia difusión y reconocimiento nacional e internacional, a través de los índices médicos". 5

En los eventos de Educación Continua y en las investigaciones se generan diversos conocimientos que deben ser transmitidos, recibidos, aprendidos y aplicados por los médicos estudiantes de medicina. Y a su vez éstos deben proporcionar sus aportaciones, para enriquecer los conocimientos y lograr una integración interdisciplinaria, todo ello en beneficio de la Atención médica que se le otorga al usuario.

1.6 ATENCION MEDICA

Se le otorga también el nombre de servicios médicos o de asistencia médica. Y se refiere a todas aquellas acciones de salud dirigidas a las personas. *"Atención Médica, osea todas las acciones de salud relacionadas con la profesión médica, especialmente las que se refieren a promover, proteger, recuperar la salud y rehabilitar..." 6*

5. AGUIRRE Gas Héctor. Calidad de la Atención Médica. p. 156.

6.- BARQUIN C. Miguel. Dirección de Hospitales. p. 47.

ATENCION MEDICA
- Medicina preventiva - Inmunización - Detección - Medicina curativa - Consulta Externa - Atención a domicilio social - Urgencias - Hospitalización - Padecimientos agudos y crónicos - Rehabilitación física y psicológica

1.6.1 Evolución Histórica

Antes la Atención Médica estaba dirigida exclusivamente a curar las enfermedades y resultaba independiente el hecho de prevenirlas.

En el concepto actual la Atención Médica se basa en una medicina integral tendiente a **Prevenir, Curar y Rehabilitar**.

1.6.2 Funciones

- a.- Promoción de la salud
- b.- Protección específica
- c.- Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (curación)
- d.- Rehabilitación
- e.- Educación
- f.- Investigación
- g.- Legislación
- h.- Administración

Es muy importante tomar en cuenta si esa Atención Médica es de calidad o no, para ello resulta necesario comprender el término **Calidad de la Atención Médica**.

1.7 CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA (C.A.M.)

Se define como: *"Otorgar Atención Médica al usuario, conforme a las normas, conocimiento de la medicina y tecnología, con accesibilidad a los servicios, oportunidad, amabilidad, trato personalizado y comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico, con participación del usuario y del trabajador, y con ello la calidad de vida de ambos."*⁷

Para el Dr. Avedis Donabedian esta calidad constituye un atributo que puede obtenerse en diversos grados de la Atención Médica y la define como *"el logro de los mayores beneficios, con los menores riesgos para el paciente."* Los mayores beneficios se refiere a lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la Atención y de acuerdo con los valores imperantes.

Así la calidad implica los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud.

El Dr. Donabedian señala que en el concepto de Calidad deben considerarse dos puntos de importancia, los cuales se describen a continuación:

1.7.1 Técnico: Caracterizado por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente.

1.7.2 Interpersonal: Caracterizado por la relación entre el trabajador, prestador de servicios y el usuario, receptor de los mismos.

Con respecto a la C.A.M. un hospital debe alcanzar y mantener calidad en su atención médica con un costo mínimo y una utilización planificada y eficiente de recursos humanos, materiales y técnicos; y por su parte los usuarios necesitan confiar en la capacidad del hospital de otorgar la calidad deseada y de manera continua.

1.8 EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

La C.A.M. debe ser calificada para saber como se encuentra la Atención Médica en un determinado hospital. Para ello se realiza una evaluación de esta calidad. De ahí la definición de este último término:

1.8.1. Evaluación

*"Es el proceso de medir el éxito para alcanzar una meta predeterminada."*⁸ En este concepto se presentan dos situaciones:

a.- Situación real obtenida. Es decir son los resultados que se obtuvieron al aplicar una evaluación

b.- Situación Ideal, definida como deseable. Se refiere a los resultados que debería arrojar la evaluación.

La diferencia entre la situación real y la ideal, proporcionan los aspectos que

no se lograron cumplir o deficiencia en la C.A.M.

De esta manera los resultados de una evaluación de la Calidad de la Atención Médica, deben de compararse con los Índices Médicos Nacionales, los cuales han sido establecidos previamente por el Sistema Nacional de Salud, y su diferencia indicará en qué nivel se encuentra la Calidad de la Atención Médica.

Los indicadores deben ser válidos, confiables, factibles, calidad de los datos básicos, utilidad, comprensibilidad.

1.8.2 Evolución Histórica

Antes de constituirse las instituciones, y en algunos casos en la actualidad, la Calidad de la Atención de un médico era evaluada por su reputación, por la opinión de sus pacientes o personas allegadas. Sin embargo esta manera de medición se basaba en juicios subjetivos por lo que no se permitía una evaluación objetiva y exacta de la Atención Médica.

Antes de 1983, a través del **IMSS**, la evaluación de la calidad se basaba en el análisis del expediente clínico y en la evaluación de la productividad.

Posteriormente tomando como base la teoría General de Sistemas se inició lo que se denomina **Evaluación Integral de las Unidades Médicas**, en las que incluyen la valoración de la estructura, el proceso y los resultados de la atención. En este tipo de evaluación se incluye al personal, recursos, organización de los servicios, educación médica, investigación médica y la satisfacción de los usuarios y los prestadores de servicios.

Así al aparecer este nuevo enfoque de la Evaluación de la Calidad, se propone con ello diferentes métodos.

1.8.3 Métodos

El Dr. Barquin señala principalmente cinco métodos:

a.- Método de la Estructura

Presupone que la Calidad de la Atención Médica está en razón directa de una buena estructura. Se encuentra constituido por un subsistema físico, que manufactura bienes y servicios; un subsistema de la Actividad Humana, que realiza relaciones entre los hombres; y un subsistema abstracto, que lleva a la práctica ideas.

b.- Método del Contenido

Se ocupa casi exclusivamente de la atención al paciente. Esta evaluación se

lleva a cabo a través de Comités, de eficiencia y admisión, el de auditoría médica, de tejidos, de infecciones, etc. Su finalidad es triple: mejorar la calidad de las atenciones que proporcionan, evaluar y formar al personal médico. Se utiliza el Expediente Clínico.

c.- Método del Proceso

En este se utilizan diversos procedimientos de investigación operativa: flujogramas, cronogramas, estudios de tiempos y movimientos, etc.

d.- Método de los Resultados

Este método pretende conocer la modificación del estado de salud del paciente que recibe los servicios, cuantificada por medio de indicadores o parámetros. Tales como: de mortalidad, de incapacidades, de ausentismo escolar, etc.

e.- Método de los Efectos

Este método está relacionado con lo que espera la comunidad. Por eso incluye aspectos tales como la adecuación, accesibilidad, aceptabilidad y disponibilidad de los servicios de la Atención médica.

Método de ACREDITACIÓN DE HOSPITALES

Propuesto por el Dr. Miguel Barquín

Es un método utilizado desde hace mucho. Se toman en cuenta elementos desde el punto de vista de los métodos de la estructura, contenido, del proceso y de los resultados.

Se basa en un cuestionario para la calificación o evaluación de un hospital.

Método de EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

Propuesto por el Dr. Héctor Aguirre Gas

Este método es el resultado del trabajo de un equipo dirigido por el Dr. Aguirre (Subjefe de Centros Médicos de la Subdirección General Médica del IMSS) al ser designado por el Dr. Norberto Treviño García Manzano, en la reunión subregional de la Comisión América Médico Social de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), celebrada en la ciudad de México en julio de 1992. Dicho equipo se dedicó a la elaboración del estudio Calidad de la Atención Médica, Bases para la Evaluación, mejoramiento continuo y Acreditación.

Este método toma como base la Evaluación Integral en las unidades médicas.

Se evalúa el proceso constituido por:

- Oportunidad de la atención
- Atención médica integral
- Educación médica
- Investigación médica
- Satisfacción del prestador de los servicios

Se evalúa los resultados constituido por:

- Capacidad resolutive
- Morbilidad
- Mortalidad
- Satisfacción del usuario
- Productividad y resultados de los programas

Los conceptos que se plantearon en este capítulo permiten entender y establecer que si se logra obtener resultados de la Evaluación de la C.A.M. en un hospital, que vayan de acuerdo con las necesidades del hospital, con los requisitos del Sistema Nacional de Salud y que además satisfaga las necesidades de salud de los usuarios, entonces se plantea esta situación como la óptima, que permitirá que el usuario cuente con una buena salud, activando su capacidad productiva para contribuir al desarrollo de la Nación.

CAPITULO 2

EL HOSPITAL EN CUESTION

El hospital en estudio, es un hospital de especialidades y es parte de una Institución de Seguridad Social; la cual se fundó en 1983, en la ciudad de Puebla, en apoyo a los trabajadores del Estado.

1. OBJETIVO

Tanto la dirección general como la subdirección general de esta Institución, tienen como uno de sus principales objetivos el de **proporcionar Atención Médica integral, oportuna y de calidad.**

2. NIVELES

a.- Primer Nivel

Su enfoque principal es la prevención de enfermedades y conservación de la salud a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes, cuya resolución sea factible mediante el empleo poco complejo en atención ambulatoria.

b.- Segundo Nivel

En éste se desarrollan acciones dirigidas a restaurar la salud a través de actividades de Atención Médica, englobadas dentro de las cuatro especialidades básicas y algunas otras de la medicina, requiriendo recursos de mediana complejidad en atención ambulatoria y de hospitalización.

c.- Tercer Nivel

En el que se realizan acciones de restauración de la salud y superación de daños poco frecuentes a través de actividades de Atención Médica que involucran diversas especialidades y requieren de una combinación de recursos de alta complejidad. Además se llevan a cabo labores de enseñanza e investigación.

La Unidad Médica Hospitalaria actualmente da Atención Médica de segundo y tercer nivel con los servicios de consulta externa especializada, hospitalización y urgencias, teniendo como coadyuvantes los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos y servicios generales administrativos.

La Unidad Hospitalaria proporciona Atención Médica a los diferentes pacientes enviados por el primer nivel de atención de zona urbana y/o foránea.

3. PERSONAL

Se cuenta con personal médico, paramédico, administrativo y de intendencia. De acuerdo a los límites de esta tesis, se va a tomar únicamente en cuenta al per-

sonal médico, que esté dirigido por la Subdirección médica y que deba participar en los Eventos de Educación Continua.

3.1 Personal médico y sus departamentos

Este personal se encuentra clasificado en tres tipos de jefaturas, que dependen de la Sudirección Médica, las cuales son:

a. Jefatura de División de Medicina Interna

SERVICIOS	# DE TRABAJADORES
1. TERAPIA INTENSIVA	6
2. MEDICINA INTERNA	4
3. CARDIOLOGIA	3
4. DERMATOLOGIA	2
5. NEUROLOGIA	2
6. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRIC.	1
7. GASTROENTEROLOGIA	1
8. PSICOLOGIA	1
9. PSIQUIATRIA	1
10. ALERGOLOGIA	1
11. NEFROLOGIA	1
12. GEDIATRIA	1
13. HEMATOLOGIA	1
14. ONCOLOGIA MEDICA	1

b. Jefatura de División de Cirugía

SERVICIOS	# DE TRABAJADORES
1. CIRUGIA GENERAL	7
2. OFTALMOLOGIA	4
3. NEUROCIRUGIA	2
4. OTORRINOLARINGOLOGIA	2
5. UROLOGIA	2
6. ANGIOLOGIA	1
7. CIRUGIA PEDIATRICA	1
8. CIRUGIA PLASTICA Y RECONS.	1
9. ONCOLOGIA QUIRURGICA	1
10. MAXILOFACIAL	1
11. PROCTOLOGIA	1

c. El tercer tipo son aquellas jefaturas que dependen directamente de la Subdirección Médica y éstas son:

JEFATURAS	# DE TRABAJADORES
1. PEDIATRIA	6
2. URGENCIAS	9
3. BANCO DE SANGRE	3
4. LABORATORIO	24
5. INVEST. Y ENSEÑANZA	60 residentes
	100 estudiantes
6. GINECOLOGIA	8
7. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLO.	5
8. IMAGENOLOGIA	17
9. ANESTESIA	11
TOTAL DE MEDICOS	292

4. DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA

Se cuenta con este departamento y con los tres programas que se comentaron con anterioridad:

- a. Capacitación y actualización permanente del personal que labora en la unidad.
- b. Educación médica y capacitación que se otorga a personal externo que asiste a la unidad.
- c. Eventos abiertos para el personal de otras instituciones.

Se aplica la Educación Continua. Al manejarse cursos, seminarios, congresos, sesiones, etc.

Con respecto al área médica de Investigación, durante el año de 1994 y 1995 se realizaron estudios por parte de los residentes y alguno que otro médico eventual, ya que no existe personal dedicado exclusivamente a investigar.

Sin embargo los estudios que se realizaron no fueron difundidos y publicados en una revista médica.

5.- APLICACION

5.1 Métodos de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica

El hospital cada año presenta un informe en donde se incluye una Evaluación

de la C.A.M. En esta tesis se utilizó el informe de 1994, el cual fue presentado por la administración a las autoridades del hospital en junio de 1995.

La Evaluación de la C.A.M. fue realizada en base a los métodos de Acreditación de Hospitales (fue aprobado al obtener una calificación del 93 %) y del Dr. Aguirre, tomando en cuenta nada más la satisfacción del prestador de servicios y la satisfacción del usuario; teniendo éste último método una calificación de insuficiente.

En los resultados de la Evaluación de la C.A.M. se detectaron deficiencias, por lo que no se cumple con los requerimientos del Sistema Nacional de Salud y no logra alcanzar la Calidad Total de la Atención Médica.

5.2 Resultados

De acuerdo a datos proporcionados por el informe se encontraron principalmente las siguientes deficiencias:

- **Administrativas:** (Aglomeraciones en consulta externa, no se realizan concursos de méritos para promover a los médicos, etc).
 - **Planta Física:** (Problemas relacionados con la ventilación, etc.)
 - **Usuarios:** (Inconformidad por la atención recibida y por la falta de comunicación con los médicos).
 - **Trabajadores:** (Inconformidades por la insuficiente capacitación recibida).
 - **Cuerpo Médico:** (Tasas elevadas de Mortalidad General, Mortalidad Infantil, etc).
- Ver la siguiente tabla:

CONCEPTO	RESULTADOS DEL HOSPITAL	TASA EN PUEBLA	TASA NACIONAL
MORTALIDAD INFANTIL	29.7 %	31.9 %	18.8 % x 1000 hab.
MORTALIDAD GRAL	5.3 %	5.7 %	4.7 % x 1000 hab.

- **Departamento de Investigación y Enseñanza:** (Incumplimiento de programas de Educación Continua y ausentismo a sesiones generales).

Si estas deficiencias se logran eliminar, entonces se mejorará la C.A.M. en este hospital.

Para poder llegar a lo anterior, estas deficiencias deben ser resueltas a través de diferentes áreas o disciplinas. Sin embargo en esta tesis se tomaron en cuenta

aquellas que tuvieran relación con las Ciencias de la Comunicación.

Para ello se realizó una Investigación Preliminar, en la cual se descubrió que las deficiencias en el cuerpo médico, usuarios, trabajadores y departamento de Investigación y Enseñanza, están relacionadas con las Ciencias de la Comunicación y además con el desempeño del médico, su preparación y la enseñanza de los concomientos médicos.

Para entender mejor esta relación, veamos el siguiente esquema:



Como se puede observar estas áreas que están relacionadas con las Ciencias de la Comunicación se encuentran ligadas con la enseñanza y preparación de los médicos. La preparación del médico es un factor muy importante que afecta la C.A.M. Debe estar dirigida tanto en el aspecto interpersonal como en el técnico, función que recae en el departamento de Investigación y Enseñanza.

En el aspecto interpersonal, como lo mencionó Donabedian, es caracterizado por las relaciones entre el trabajador, y entre el prestador del servicio y el usuario. De acuerdo al informe, no se presentaron problemas entre los médicos, pero sí entre éstos y los pacientes, en cuanto a la atención recibida y a la comunicación. Así lo demuestran los siguientes resultados de las encuestas aplicadas a los usuarios por los administrativos del hospital.

Los Usuarios

- Un **60 %** comprenden quejas de los usuarios por la **atención recibida** de los médicos en **Consulta Externa** y un **52 %** en **hospitalización**.
- Un **72 %** comprenden quejas de los usuarios por la **falta de comunicación y respeto entre médico y paciente**, en **Consulta Externa** y un **72 %** en **hospitalización**.

En el aspecto técnico, caracterizado por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema, se obtuvo lo siguiente en las encuestas aplicadas a los trabajadores:

Los Trabajadores

- El **100 %** de los médicos encuestados, de los diferentes servicios, en un porcentaje mayor al **50 %**, se quejaron de **no recibir una suficiente capacitación**. Esto se ve confirmado en otros resultados, que indican que el **30 %** de los programas de **Educación Continua del departamento de Investigación y Enseñanza** no se cumplieron. Además se presentó una **falta de asistencia del 50 %** a los **Eventos de Educación Continua**.

De acuerdo a lo anterior se presentaron deficiencias en el aspecto interpersonal y técnico del médico, debido al parecer por falta de una adecuada preparación del médico.

Para profundizar más en ello se realizó una investigación en el departamento de Investigación y Enseñanza, el cual tiene la responsabilidad de preparar adecuadamente al médico.

Se realizó una entrevista al jefe del departamento de Investigación y Enseñanza. En la cual se pudo detectar que sí se realiza una suficiente capacitación a los médicos y que además éstos se encuentran preparados adecuadamente. Pero el problema, expresó el jefe del departamento, radica en la falta de asistencia de los médicos a los eventos de Educación Continua y el desconocimiento de los mismos en cuanto a temas, horarios, ponentes, etc.

Agregó que al no contar con el número suficiente de médicos para un determinado evento, ocasionaba que se tuviera que repetir tres o hasta cuatro veces, retrasando así los demás eventos programados para el año, lo que provocaba a su vez que el programa de Educación C. no se pudiera cumplir totalmente.

Además se le preguntó sobre el área de investigación. A lo cual respondió, que sí se realizaban investigaciones a través de los médicos residentes y ocasionalmente médicos que se interesaban en algún tema.

Las investigaciones realizadas por médicos más experimentados son esporádicas y muy reducidas, debido a que no se cuenta con un grupo de médicos que se dediquen de lleno a la investigación. Y los médicos de mayor experiencia, o de base no tienen tiempo para dedicarse a dicha función.

Por otra parte aunque el jefe del departamento expresó que los médicos están preparados, la realidad refleja que éstos no lo están de manera adecuada. Lo cual se puede notar en las quejas de los usuarios, de los mismos médicos y del incumplimiento de programas del departamento.

Asimismo se investigaron los eventos de Educación C. y se pudo detectar que éstos presentan ciertas limitantes que favorecen a la inadecuada preparación del médico.

Limitantes de los Eventos de Educación Continua

- El contenido de los diferentes eventos no se encuentra registrado en ningún lugar, por lo que el médico no puede consultar la información proporcionada al respecto.
- El espacio físico con el que cuenta este hospital para los eventos es insuficiente e inadecuado, porque la capacidad de los salones es inferior al número de médicos que deben de asistir y porque no cuenta con un sistema de declive apropiado para las proyecciones, así como una insuficiente iluminación.
- Otra limitante es el tiempo, en relación con la cantidad de información que se expone y con los horarios de los médicos. Por ejemplo en las sesiones, que por lo general duran una hora, los ponentes deben reducir mucha de su información y los

demás médicos por su parte se encuentran supeditados a la hora en que inicia la misma. Esto representa un considerable problema, ya que en este hospital existe una gran variedad horaria, matutino, vespertino, etc, y un 80 % de los médicos trabajan en otras Instituciones de salud o de manera particular, lo que provoca la falta de asistencia de los médicos a los eventos.

- Se presentan, en las sesiones o conferencias, problemas con el sonido, ya que los ponentes no disponen de un micrófono, ocasionando con ello que las personas que se encuentran al final de la sala no puedan escuchar lo que éstos dicen.
- Otra limitante que se puede encontrar es que por lo general los médicos desconocen los horarios, fechas, temas y ponentes de los eventos.
- Las investigaciones que se realizan en el hospital, tampoco son conocidas por el personal de éste o de otras Instituciones.

Toda esta serie de limitantes que se pudieron detectar en el departamento de I. y E. afectan la transmisión de los conocimientos que se generan en los eventos de E. C., provocando con ello una inadecuada preparación de los médicos, situación que afecta a la C.A.M.

El que la transmisión de los conocimientos se vea afectada por ciertas limitantes, independientemente de otros inconvenientes que se pudieran presentar en el departamento, conforman el **PROBLEMA INICIAL** de esta tesis, el cual es un problema de **COMUNICACION**, que será resuelto a través de las Ciencias de la Comunicación. En el siguiente capítulo se explicará por qué es un problema de comunicación y se analizará de acuerdo a las teorías y al proceso de comunicación, para poder dar una solución al mismo.

CAPITULO 3

LA COMUNICACION

Antes de estudiar el problema que se presenta en el departamento de Investigación y Enseñanza del hospital, resulta necesario entender algunos conceptos sobre comunicación:

Información:

"Es el conjunto de mecanismos que permiten al individuo retomar los datos de su ambiente y estructurarlos de una manera determinada, de modo que le sirvan como guía de su acción." ¹

Comunicación:

Comunicación *"Es la transmisión de información, ideas, emociones, habilidades, etc; a través de palabras, imágenes, etc."* ² Pero a su vez implica un proceso, por lo tanto la comunicación *"Es el proceso por el que un conjunto de acciones -intencionales o no, actuales o pasadas-, son percibidas e interpretadas significativamente por otro u otros miembros de ese grupo."* ³

Estas definiciones explican que la comunicación es un proceso por el cual se transmite información, etc, desde un punto de origen hacia un punto de destino.

Cuando se habla de acciones intencionales se refiere a que la persona encargada de iniciar la comunicación, tiene un propósito determinado para hacerlo.

Muchas personas cuando se comunican pierden de vista los propósitos y no saben qué esperar de la persona con quien se comunican.

La comunicación entonces, debe estar destinada a influir y afectar intencionalmente. Como lo expresa David K. Berlo: *"Al analizar la comunicación, y al tratar de que ésta sea lo más afectiva posible, lo primero que debemos preguntarnos es cuál es el fin que persigue y qué resultado espera el emisor al emitir su mensaje."* ⁴

Así los propósitos en un acto de comunicación deben plantearse y establecerse con anterioridad. Se debe saber a quién va dirigida la comunicación, qué propósitos tienen éstos y qué respuesta puedo esperar.

A continuación se analizará el problema de comunicación en su proceso:

1.- EL PROCESO DE LA COMUNICACION

Este se basa en tres elementos fundamentales: el emisor (punto de origen) , el mensaje y el receptor (punto de destino). Encuentra sus antecedentes en Arsitóteles hacia el año 300 A.C. quien establece en su retórica tres componentes: 1.- el orador, que es la persona que habla, 2.- el discurso, lo que se pronuncia y 3.- el auditorio.

1. PAOLI J. Antonio. Comunicación e Información. p. 15.

2. RODA Salinas F.J.; Beltrán de Tena R. Información y Comunicación. p. 41.

3. RODA Salinas F.J.; Beltrán de Tena R. Información y Comunicación. p. 41.

4. BERLO K. David. El Proceso de la Comunicación. p. 11.

que es la persona(s) que escucha(n). Lo cual se puede simplificar en quién dice qué a quién.

Conforme fue transcurriendo el tiempo la comunicación se ha vuelto más compleja por lo que ha sido necesario introducir nuevos elementos al proceso de comunicación, como es la fuente, codificador, decodificador, retroalimentación, quedando de la siguiente manera:



A continuación se analizará cada uno de estos elementos:

1.1 Elementos del Proceso de la Comunicación

a.- Fuente

Se define como fuente a una persona o grupo de personas con un objetivo y una razón para ponerse en comunicación, quienes originan la información.

b.- Emisor

Es quien inicia el acto de comunicación y emite el mensaje. En algunos casos tanto el emisor como la fuente y el codificador del mensaje suelen ser el mismo, tal caso podría presentarse también con el decodificador y el receptor.

c.- Codificador

Berlo define al codificador o encondificador como el que toma las ideas de una fuente, las elabora y ordena en un código determinado bajo la forma de un mensaje. Traduce la idea.

c.- Mensaje

Es el producto físico del emisor - encodificador. Es el conjunto de ideas o conceptos que porta en sí mismo una dosis de información útil y sirve de enlace o unión entre el emisor y el receptor, en el supuesto de que ambos posean el código que permita la decodificación.

Berlo lo clasifica en tres: Código, Contenido y tratamiento:

Código: Es la forma en que se estructura en él los símbolos o los mensajes, quedando traducidos o convertidos en un lenguaje comprensible para el receptor.

Contenido: Es todo el material seleccionado por la fuente y de utilidad para poder expresar un propósito o un mensaje.

Tratamiento: Se entiende como el modo en que el mensaje se presenta, la frecuencia con que se emite, el énfasis que se le da y su intención. 4

d.- Canal

Es el conducto por el cual se transmiten los mensajes adoptando diferentes formas o vehículos. Berlo da tres significados al canal y son los siguientes:

- **Formas de Encodificar y Decodificar mensajes**

Es decir representan el vínculo que se establece con el emisor y con el receptor, que serían las habilidades motoras del encodificador y las habilidades sensoriales del decodificador.

Abraham Moles los llama a éstos canales fisiológicos (naturales), como puede ser el sonido, el tacto, el oído y la vista principalmente.

- **Vehículos de mensajes**

Son los medios públicos como la radio, prensa, cine, televisión, revistas, etc.

Moles los llama canales técnicos (artificiales). La función primordial de este tipo de canales es la de constituirse en una prolongación de los canales fisiológicos.

- **Medio de Transporte**

Que concierne al ingeniero físico, etc. Un ejemplo de este medio es el aire.

e.- Decodificador

Retraduce el mensaje y le da forma para que sea utilizable al receptor.

f.- Receptor

Es el destino del acto de comunicación y además su razón de ser. El receptor puede decodificar el mensaje.

Los receptores podrán ser intencionados o no intencionados. Los primeros son aquellos a los cuales se les pretende comunicar el mensaje, y a los que no se tiene contemplada esta intención son los receptores no intencionados.

g.- Retroalimentación

Este concepto es introducido por Norbert Weiner. Es la respuesta dada por el

receptor al mensaje recibido. Es un proceso de reacción causa-efecto que se produce entre la salida y la entrada de uno o de todos los elementos que integran un acto de comunicación. Su función primordial es obtener un mejor ajuste y a la vez complementar la información emitida. Las respuestas pueden ser inmediatas cuando el efecto se produce en un corto tiempo o dilatadas cuando se retarda la respuesta.

h.- Fidelidad de la Comunicación y Ruido

Se entiende la fidelidad, según Berlo, en el sentido en que el comunicador ha de lograr lo que desea. Un encodificador de alta fidelidad es el que expresa perfectamente la idea de la fuente y un decodificador de alta fidelidad es aquel que interpreta con precisión el mensaje.

Sin embargo el logro de una alta fidelidad puede verse afectada por el ruido, el cual es un elemento que perturba un acto o un proceso de comunicación.

Existen dos tipos principales de ruido y son: el propio del canal y el semántico. El primero incluye a cualquier perturbación que se produzca en el conducto por el que viaja el mensaje afectándolo de cualquier forma o grado. También se refiere a cualquier motivo de distracción que se origine entre la fuente y el auditorio. El ruido semántico, equivale a cualquier interpretación equivocada del mensaje.

A mayor ruido menor fidelidad y a menor ruido mayor fidelidad.

Todos estos elementos anteriores conforman el proceso de la Comunicación. Existen teóricos que proponen esquemas basados en algunos de ellos, conformando así las diferentes perspectivas para explicar el proceso de la Comunicación.

Fisher agrupa las diferentes perspectivas de comunicación de la siguiente manera:

Perspectiva Mecanicista, Perspectiva Psicologicista, Perspectiva Interaccional o Símbolo - Interaccional y Perspectiva Pragmática.

Para la finalidad de este estudio, se van a tomar en cuenta únicamente las dos primeras.

1.2 Perspectivas de Comunicación

a.- Perspectiva Mecanicista

Esta corriente se basa en el **Canal**, debido a que su mayor interés se centra en la fiel transmisión de un mensaje (fidelidad de la comunicación) desde un punto a otro. Eso se puede controlar al propiciar el feed-back, para controlar como se ha recibido el mensaje. Esta perspectiva toma en cuenta al ruido como un obstáculo

que puede perturbar la transmisión del mensaje. Sin embargo utiliza un medio para asegurar la transmisión, el de la redundancia, que consiste en presentar de manera amplia y repetitiva un mensaje. Sirve para asegurar la transmisión comunicativa supliendo fallos que pueden ocasionarse en el canal. A esta perspectiva pertenecen autores como Shannon, Laswell y Berlo principalmente.

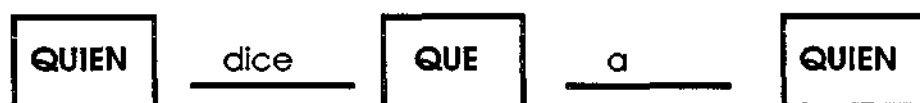
b.- Perspectiva Psicologicista

El centro de atención en esta perspectiva es el **receptor**. Es conductista y se basa en el el esquema Estímulo-Respuesta así *"la comunicación se entenderá fundamentalmente como la recepción a través de los sentidos de estímulos de diversa naturaleza que provienen del medio ambiente, y la consiguiente conducta o respuesta por parte de quien las percibe."* Esta perspectiva busca presentar el mensaje para lograr los efectos deseados a través de la persuasión, modificando la conducta del receptor. A esta perspectiva pertenecen autores como Schramm, Berlo, principalmente.

1.3 Esquemas del Proceso de la Comunicación

Los esquemas de comunicación que a continuación se presentan fueron creados por diferentes autores a lo largo del tiempo.

a.- Esquema de ARISTOTELES



Explicación.- Quién dice qué a quién. Aplicado a la retórica.

b.- Esquema de LASSWELL



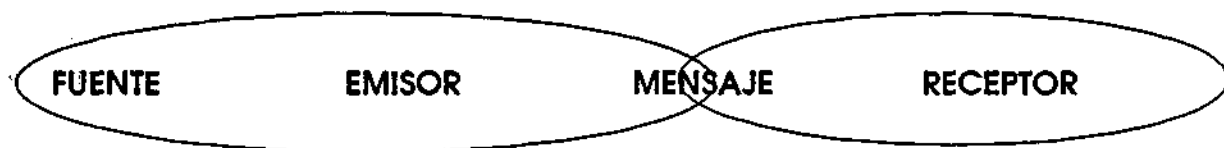
Explicación.- Lasswell complementa el esquema de Aristóteles al establecerlo de la siguiente forma: quién dice qué en qué canal a quién con qué efecto. Introduce canal (P. Mecanicista) y efectos (P. Psicologicista).

c.- Esquema de SHANNON Y WEAVER



Explicación.- Shannon y Weaver explican que cuando el mensaje es emitido a través de algún medio que implique electrónica, el esquema se compondrá de una fuente de información con un mensaje codificado emitido a su vez por un trasmisor que lleva una señal o impulso acompañada por una interferencia o ruido, mismo que llega hasta un receptor que lo decodificará. Pertenece a la perspectiva mecanicista.

e.- Esquema de SCHRAMM



Explicación.- Schramm sostiene que se produce un proceso de comunicación cuando existen campos comunes de experiencia entre emisor y receptor. Pertenece a la perspectiva psicologicista.

f.- Esquema de BERLO (1)



Explicación.- David K. Berlo coloca en forma independiente al codificador y al decodificador. El codificador se encarga de adecuar el mensaje y el decodificador de hacerlo llegar con su dimensión original al receptor. Pertenece a la Perspectiva mecanicista.

g.- Esquema de BERLO basado en la fidelidad de la Comunicación (2)

FUENTE	MENSAJE	CANAL	RECEPTOR
Técnicas de Comunicación	Elementos Estructura	Vista	Técnicas de Comunicación
Actitudes	Tratamiento	Oído	Actitudes
Nivel de Conocimientos		Tacto	Nivel de Conocimientos
Situación	Contenido	Olfato	Situación
Sociocultural		Gusto	Sociocultural

Explicación.- Berlo enumera los factores de la comunicación humana en cada etapa del proceso. Así, en la fuente intervienen las técnicas, las actitudes, el nivel de conocimiento y la situación sociocultural. En el mensaje, los elementos, su estructura, el tratamiento, el contenido, el ruido y el código. En el canal la vista, el oído, el tacto, el olfato y el código, y en el receptor, los mismos elementos que en el emisor. Pertenece a la perspectiva psicologista. 6

2.- FUNCIONES DE LA COMUNICACION

Las funciones primordiales de la comunicación son las siguientes: información, transmisión de los conocimientos, educación y entretenimiento.

En 1959 Wright señala las siguientes funciones:

- 1.- La de vigilancia del ambiente,
- 2.- La que realiza la sociedad para entender su entorno,
- 3.- La de transmitir gran parte de la herencia social y cultural a niños y jóvenes
- 4.- La de entretenimiento.

Por función de vigilancia del ambiente se entiende la reunión y la distribución de información generada en la sociedad. La segunda función mencionada se refiere a la interpretación que la sociedad hace de lo que pasa a su alrededor y la adopción o determinación de las conductas adecuadas ante estos acontecimientos. Para transmitir la herencia social, las formas comunicativas se convierten a través de las generaciones- en transmisores que informan a los diferentes estratos de la sociedad y a los agregados a ella, acerca de los conocimientos, valores y normas sociales y de la conveniencia en adoptarlos. Esta función emana de la de transmitir los conocimientos. La función de entretenimiento tiene como principal finalidad el proporcionar distracción a la sociedad.

La función de transmisión de conocimientos y de educación, son las que interesan a los fines de esta tesis. La educación es un fenómeno mediante el cual el

individuo se apropia en más o menos de la cultura de la sociedad en que se desenvuelve adaptándose al estilo de vida en donde se desarrolla.

Para lograr lo anterior el individuo necesita recibir una educación a través de la enseñanza y aprender lo que se le enseña.

Así, de esta manera la enseñanza es la transmisión de conocimiento por parte del maestro y el aprendizaje es la recepción por parte del alumno de estos conocimientos.

La persona que recibe la educación, es el educando y debe estar preparado para aprender algo, lo cual implica cierto nivel y ciertos conocimientos o habilidades.

A su vez la enseñanza que se otorga debe ser eficaz, atractiva y motivadora, que haga que el educando aprenda.

Sin embargo una cosa aprendida está expuesta a olvidarse, por lo cual los conocimientos deben retenerse y el aprendizaje debe reforzarse, ya sea a través, entre otras cosas, de ejercicios, o apoyos didácticos en la enseñanza (audiovisuales, videos, folletos, revistas, etc.).

3. TIPO DE COMUNICACION

Independientemente de su función, la comunicación puede estar dirigida hacia la misma persona que la emite (comunicación intrapersonal); hacia otra persona (comunicación interpersonal); hacia un grupo (comunicación grupal); hacia los miembros de la misma organización (comunicación organizacional) o hacia un público numeroso y desconocido (comunicación masiva).

De acuerdo a los intereses de esta tesis, únicamente se va a explicar la comunicación grupal y la comunicación masiva.

3.1 Comunicación Grupal

Es aquella comunicación dirigida a dos o más personas que se encuentran unidas por un fin común. Puede ser oral, informal o formal y se puede obtener de ella una retroalimentación mediata o inmediata. Es la comunicación que se establece en diversos grupos, que pueden o no pertenecer a una organización.

3.2 Comunicación Masiva (medios)

*"Comunicación de masas es un proceso y, si bien pasa este tipo de comunicación resulta esencial la tecnología moderna bajo la forma de los medios masivos, no debe confundirse la presencia de estos instrumentos técnicos con el proceso mismo."*⁷

La comunicación masiva implica la utilización de los **medios masivos** o lo que en el ámbito anglosajón se denominó mass-media y que en traducción al castellano

ha quedado, quizás incorrectamente, como medios de comunicación de masas. Los cuales se refieren a los canales artificiales, que el hombre ha creado para llevar sus mensajes a auditorios representativos.

Se puede considerar como más relevantes o más significativos los siguientes medios masivos: televisión, cine (medios audiovisuales) radio (medio auditivo) y prensa (medio impreso). Todos ellos dependen de la introducción de nuevas tecnologías que surgieron en el siglo XV (la prensa) y en los siglos XIX y XX (radio, cine y televisión).

Son evidentes dos aspectos en los medios masivos: la gran cantidad de gente que utiliza estos medios y, en segunda instancia, el apego que existe hacia éstos.

Los mass-media son **dispositivos técnico-organizativos** que permiten la **transmisión de mensajes** significativos **simultáneamente** para una gran cantidad de **personas desconocidas** que los **utilizan**.

Esta definición tiene algunos elementos importantes que habrá que analizar:

a.- Dispositivo Técnico - Organizativo

Las posibilidades tecnológicas de estos «soportes» son las que facilitan su utilización social. El medio en sí, como máquina, como aparato, es importante. Es decir en términos del área, el hardware (la «parte dura») configura las posibles utilidades. Nuevas tecnologías ampliarán o modificarán esas utilidades. Pero ese soporte técnico requiere una organización que se encargue de llevarla a cabo.

b.- Transmiten mensajes significativos

Los mass-media son utilizados por individuos para comunicarse con otros individuos.

c.- Simultaneidad de destinatarios

Simultaneidad física y/o simultaneidad temporal son las dos formas de alcanzar muchos destinatarios. Si hay simultaneidad temporal; varios destinatarios reciben, a la vez, el mismo mensaje sin que se requiera para ello su presencia conjunta en un mismo lugar.

d.- Desconocimiento individualizados de los destinatarios

Lo que obliga a presuponer o estimar las características más comunes de todos ellos, para poder así alcanzar los fines que se propuso quien los utiliza. Aparece así la masa.

e.- Utilización restringida

Sólo unas pocas personas actúan como emisores, en el sentido del término,

en contraposición a los destinatarios. Hay medios que no reúnen algún atributo de los que se han mencionado. Por ejemplo, el teatro no es un dispositivo tecnológico, no tiene hardware. Por el contrario, el teléfono es un dispositivo tecnológico pero no genera «masas», no proporciona simultaneidad.

4.- EFECTOS DE LA COMUNICACION

Al realizarse cualquier tipo de comunicación entre un emisor y un receptor se produce un determinado efecto, ya sea positivo o negativo. Al respecto Barelson en 1948 llegó a la siguiente conclusión: *"Ciertos tipos de asuntos presentados a ciertos tipos de personas producen cierto tipo de efectos."*⁸

También es útil mencionar otra importante conclusión a la que llegó Klapper cuando enunció que: *"Las comunicaciones de masas no constituyen normalmente causa necesaria y suficiente de efectos sobre el público, sino que actúan dentro y a través de un conjunto de factores e influencias sociales y del entorno del individuo o de la masa social."*⁹

Los efectos principales de la comunicación masiva son: Efecto de persuasibilidad y conversión, evasión, frustración, manipulación, motivación, disfunción narcotizante, excitación colectiva, socialización, conformismo, identificación y el efecto de la comunicación en dos etapas. Se tomarán en cuenta los siguientes:

a.- Motivación

Este efecto lo constituye el conjunto de factores psicológicos que empujan inconscientemente al ser humano hacia un determinado género de reacciones o de objetivos prefijados. a través de la estimulación de sus deseos y capacidades.

b.- Efecto de la Comunicación en dos etapas

A través de este efecto se postula que los mensajes emitidos por conducto de los diferentes medios de comunicación, no influyen necesariamente de forma directa sobre su público o auditorio, al no llegar directamente hasta ellos. Lo realizan generalmente en dos etapas: primero, hacia un sector del público y después, este sector lo hace llegar a través de comentarios interpersonales, artículos periodísticos y por otros medios, hasta el resto del auditorio.

5.- APLICACION AL PROBLEMA

Para entender el problema es necesario visualizarlo a través del Proceso de Comunicación, de ahí el siguiente esquema:

8. GONZALEZ Alonso Carlos. Principios Básicos de Comunicación, p. 27.

9. GONZALEZ Alonso Carlos. Principios Básicos de Comunicación, p. 27.

PROBLEMA ESPECIFICO

"No se logran transmitir adecuadamente los conocimientos que se generan en los eventos de Educación Continua"

PROCESO DE COMUNIC.

FUENTE	EMISOR	MENSAJE	CANAL	RECEPTOR
libros, revistas médicas, investigaciones, etc. médicos e investigadores	Ponentes	Código. Lengua- je español, técnico y méd.	Oral Audiovisual	Médicos
	ENCODIF.	Contenido. Infor- mación		DECODIF.
	Ponentes Habi. moto- ras, el habla	Tratamiento. Intención enseñanza		Habi. senso- riales del re- ceptor

P. MECAN.**DEFICIENCIA DEL CANAL**

1. Registro
2. Espacio
3. Ruido
4. Sonido

DEFICIEN. DEL DEPTO**PROBLEMA****FIDELIDAD DE LA COMUN.****RUIDO****CANAL**

Eventos, sonido, espacio físico, Sist decline, capacidad insuficiente

ESTIMULO**RETROALIMENTACION****RESPUESTA****DILATADA**

Quejas médicos, usuarios, tasas, ausentismo a eventos

INMEDIAT.

Falta de participación a eventos, aburrimiento, desmotivación

P. PSICOL.**P. PSICOL.**

5. Falta de difusión eventos
6. Falta difusión Investigaciones

En el esquema anterior se notan seis deficiencias que son analizadas desde la

perspectiva mecanicista y psicologicista. A continuación se van analizar cada una de ellas:

Perspectiva Mecanicista

En este proceso de comunicación se presenta ruido de canal que reduce la fidelidad de la comunicación ocasionando que el propósito que tiene la fuente de transmitir conocimientos y enseñar a los médicos para que estén preparados adecuadamente, se vea afectado.

Las deficiencias encontradas en el departamento de I. y E. relacionadas con la transmisión de conocimientos y ubicadas claramente en esta perspectiva son las siguientes:

1. Registro del contenido de los eventos

El canal utilizado no permite registrar el contenido de los eventos para una posterior consulta.

2. Espacio físico insuficiente e inadecuado

La falta de un sistema de declive en las salas y el insuficiente espacio de éstas para todo el personal médico, implican ruido de canal.

3. Tiempo

La cantidad de información al reducirse, pueden omitirse datos de importancia para el médico.

Para obtener información, a través de este canal, se debe asistir a la hora y en la fecha establecida y gran parte de los receptores no pueden asistir por esta limitación.

4. Sonido Deficiente

Esto implica ruido de canal.

Perspectiva Psicologicista

La respuesta tanto inmediata como dilatada presenta deficiencias que afectan el propósito de la fuente.

El estímulo es inadecuado por lo que se presenta desmotivación, falta de participación por parte de los médicos, etc.

Las limitantes encontradas en el departamento de I. y E. se relacionan con el estímulo, ya que las dos están enfocadas a la falta de difusión, una a las investigaciones y la otra a los eventos de Educación Continua.

El médico no puede dar una respuesta de participación, cuando ni siquiera se ha enterado de los eventos, ni ha recibido ningún estímulo para ello.

Se debe a su vez provocar un efecto en el receptor intencionado que lo motive (efecto de motivación), para que a su vez propicie la transmisión de los conocimientos a otros receptores no intencionados y lograr así una buena imagen de la Institución, lo que constituye uno de los requisitos que establece la misma (efecto de comunicación en dos etapas).

Después de haber visualizado el problema a través del Proceso de Comunicación se llega a la conclusión que éste se encuentra principalmente en el medio.

Por lo cual se necesitaría emplear un medio de comunicación que resuelva las seis deficiencias relacionadas con las perspectivas mecanicista y psicologicista, que permita a las personas utilizarlo con mayor facilidad y que pueda transmitir mensajes significativos.

Muchas de las especificaciones anteriores son características de los medios de comunicación de masas. Por lo cual se tendrá que realizar un análisis teórico para determinar cuál es el más adecuado para resolver el problema.

6. LOS MEDIOS EN FUNCION DE LA ECONOMIA

La producción de los medios impresos tienen costos más bajos que algunos otros medios como los audiovisuales y auditivos (televisión, cine y radio) debido al costo de equipo que se requiere para transmitirlo. El mensaje en estos últimos es transmitido al receptor en forma simultánea a diferencia del equipo utilizado para la producción de los medios impresos.

El costo que representa es debido al avance tecnológico, el costo que se tiene para un medio audiovisual como es el radio o la televisión representan una gran inversión en equipos de grabación, antenas, aparatos, personal, permisos, generadores, amplificadores, etc; para poner el mensaje a través de una señal que no puede ser recibido directamente por el receptor. Se requiere además que el receptor posea un aparato electrónico para la recepción que puede variar en precio. Este medio posee, además ruido del canal que a pesar de los esfuerzos por lograr la fidelidad aún es considerable.

El cine requiere también para su producción de cámaras muy costosas, de muchas personas, instalación especializada, procesos de revelado costosos. Para su exhibición es necesario contar con instalaciones adecuadas, cámaras de proyección, audio, amplificadores, etc. Todo esto es necesario para poder transmitir un mensaje. El receptor debe asistir a la exhibición a una gran sala a cambio del pago al mismo. Por lo cual los medios impresos tienen costos más bajos en comparación a los otros,

debido al costo del equipo necesario para producirlos.

Entre los medios audiovisuales más caros de producir es el cine y en segundo lugar es la televisión. Esto se debe a la considerable inversión de equipo que se debe realizar y al personal técnico necesario.

Los costos de emisión así como los permisos tienen costos considerables en los medios audiovisuales.

El tercer lugar lo ocupa el radio que aunque es un método auditivo también resulta costoso debido a las mismas características de los primeros pero en forma reducida.

Todos estos medios masivos tienen en común que necesitan de un medio técnico (transmisor) y un receptor electrónico para recibir el mensaje. El mensaje transmitido por radio y televisión se encuentra en el aire sin embargo, es necesario contar con aparatos que puedan recibirlos. Las ondas de televisión tanto como de radio nos rodean, pero no es posible percibirla (escucharla) ya que la longitud de onda se encuentra en un rango, el cual no puede ser escuchado ni visto por los seres humanos. Ambos necesitan de receptores electrónicos que decodifiquen el mensaje y lo transmitan en un rango auditivo o visual.

El cine necesita de un aparato especial para proyectar la cinta de celuloide en el cual se encuentran las secuencias o cuadros que a una velocidad de 24 cuadros por segundos nos permite ver escenas en forma continua debido a la persistencia de la imagen luminosa en nuestra retina.

Este medio es lo que en los años 60s a 70s se consideraba que su invención igualaría a la imprenta puesto que en esa época se utilizaba como un medio para promover éste, para la industria, es un medio de enseñanza y de propaganda, con una finalidad secundaria de entretenimiento. Sin embargo en nuestra época el cine ha cambiado de perspectiva dando un giro a lo comercial, que se encuentra en el entretenimiento, teniendo este tipo de película una retribución multimillonaria.

Los medios impresos también son masivos, sin embargo no requiere de equipos o dispositivos electrónicos para poder percibirlos por nuestro sentido de la vista. Sin embargo este medio se basa no sólo en utilizar la vista, sino es necesario saber leer a diferencia de los otros.

Los analfabetas pueden escuchar la radio y recibir el mensaje, así como la televisión y el cine a menos que tenga subtítulos.

La tecnología ha avanzado en los últimos años permitiéndonos contar con equipos audiovisuales mucho más baratos que sus antecesores, tal es el caso de la cámara que graban en video cassette en lugar de cinta y que tienen un precio accesible y puede ser vista en televisión o grabarla en video cassettera. Esto ha venido a revolucionar el concepto de los medios audiovisuales, sin embargo para

ser exhibida al público se tiene la limitante de la pantalla, ya que las actuales son aún pequeñas y no pueden ser vistas por un número considerable de audiencia a diferencia de sus antecesores. La desventaja es de que con fines de enseñanza deben ser utilizados para exhibirse a un tiempo específico y no puede ser exhibida individualmente a una velocidad para cada persona. Debido a esto se pierden muchos detalles y es necesario verla más de una vez.

La forma más fácil de resolver este inconveniente es copiar la cinta en un medio masivo y distribuir la cinta para que cada persona la pueda utilizar en VCR en su hogar o para que sean utilizadas en las salas creadas para este propósito. Esta sencilla fórmula para resolver este problema tiene otro pequeño inconveniente : el costo de producir tales cintas en forma masiva.

Para concluir, se puede decir que desde el punto de vista económico, como por las características propias del medio impreso y sus ventajas, se puede tomar como el más adecuado para resolver el problema que se representa en este hospital.

6.2 Los Medios Impresos

Los principales medios impresos de comunicación son: Catálogo, cartel, libro, folleto, folletín (llamado comúnmente como tríptico, bíptico o cuatríptico), volante, periódico y revistas.

6.2.1 Definiciones y Características

Catálogo

Memoria, inventario o lista de personas, cosas o sucesos puestos en orden. Nómina ordenada según distintos procedimientos de catalogación de todas las obras de una biblioteca. Es un medio utilizado principalmente para publicidad.

Es una de las formas más antiguas y conocidas de respuesta directa. La publicidad de respuesta directa es cualquier forma de publicidad que se usa para vender artículos directamente a los consumidores. Hoy en día los catálogos fomentan un número ilimitado de artículos. La retroalimentación es a corto plazo, respuesta inmediata y venta ahora. El texto es más largo, informativo y tiene un encabezado muy fuerte con promesa de beneficio. La audiencia es selectiva, se habla con grandes detalles y ventajas del producto.

Cartel

Papel que se fija en un paraje público para hacer saber alguna cosa. Afiche. Poster.

Es la columna vertebral de la industria de la publicidad exterior, se define como cualquier anuncio o signo de identificación localizados en un lugar público, como los carteles de diferentes tamaños, formas y colores. Están disponibles en las áreas del país y en comunidades pequeñas. Están colocados sobre propiedades (que se alquilan) o paneles por un período contratado.

La ventaja que tiene el cartel es que llega a una gran sección transversal de la población a bajo costo. Contiene menos palabras, lleva más grande las ilustraciones, más acentuados los colores, más simple el fondo y más clara la identificación del producto. Su mensaje es significativo de la manera más concisa y sus tipos de letra deben ser apropiados y legibles.

Libro

Es la reunión de hojas escritas ya sean manuscritas o impresas, se diferencian entre sí por el material en que fueron hechas (papiros, pergaminos, o papel, por los procedimientos seguidos para conformarlas (códex o volumen, manuscrito, incunable, etc) y la forma de su escritura (griega, gótica, etc).

El libro guarda una gran cantidad de información y conocimientos, por lo cual es utilizado principalmente para la enseñanza.

Existen diversos tipos de libros, técnicos, novelas, enciclopedias. Se dividen por capítulos, contienen índice y prólogo.

Tiene la ventaja que se puede utilizar por repetidas ocasiones y en el momento que se desee. Por lo general no emplea publicidad.

Folleto

Diminutivo de folio. Obra impresa no periódica de pocas hojas y que generalmente no se encuadernan. Corto, el panfleto es (satírico).

Folletín

Cuaderno pequeño de formato endozabo, compuesto del tercio de la hoja (tríptico).

Estos se utilizan en la publicidad en respuesta directa y son los principales partes de ventas del envío postal.

Su información es técnica y clara especialmente útil para los distribuidores que tienen un gran movimiento de personal y, por lo tanto, una carencia de ayuda experimentada. Por ejemplo los productores ofrecen folletos sobre jardinería cuando

se vende equipo y semillas para jardines. Aquí el distribuidor tiene un espacio para su logo en el folleto.

Volante

Hoja de papel, a la mitad de una cuartilla cortada a lo largo en la que se manda, recomienda, pide, pregunta o hace constar alguna cosa en términos precisos.

Es utilizado para información rápida, económico, y dirigido a todo el público en general. Se distribuye principalmente en la calle, por lo general se le otorga a la persona y a gran escala. Utiliza materiales baratos y se emplea para publicidad directa. Sus fines principales son de promoción y publicidad.

Periódico (Prensa)

Impreso que se publica periódicamente.

Es el principal medio de publicidad. Contiene un gran número de lectores diarios. Su cobertura es amplia (nacional, regional y local). El número de lectores de la prensa se eleva de acuerdo con los ingresos y el nivel educativo de éstos. Los lectores buscan la noticia. Los hay matutinos, vespertinos, diarios, dominicales, semanales. Pueden ser especializados o generales. Es un medio local básico. Es un medio aplicable en cualquier tiempo y lugar. La lectura de la prensa es un ritual cotidiano en la mayoría de los hogares. La información puede ilustrarse y describirse en detalle.

Revistas

Publicación periódica por cuadernos, con escritos, sobre varias materias o sobre una especialmente.

Esta se edita en fascículos consecutivos a intervalos fijos de tiempo, que sean más amplios que un día, entre cada uno de sus números cada número o fascículo contiene dos o más artículos de distintos autores. Los temas pueden tratar una misma materia o varias pero dentro de los límites de un contenido más o menos uniforme o afín. Tiene una fecha definida de publicación, la cual se cumple regularmente; su continuación es ilimitada. En cada fascículo o número, el formato y presentación es uniforme, las páginas se folian consecutivamente hasta terminar un período, una época, o cierta cantidad de números, los cuales forman un volumen.

La audiencia es selectiva. Tiene un mayor alcance entre segmentos seleccionados de la audiencia. Tiene una larga vida. Tiene disponibilidad de ediciones demográficas y geográficas. Quien lee las revistas, está en espera de ellas para leer su contenido y como es algo que al lector le interesa no importa cuanto texto tenga

que leer. Tiene permanencia durante días, meses o años. Las revistas son máquinas de información.

6.2.2 Selección del Medio Impreso más adecuado para los fines

Para resolver el problema del hospital se debe seleccionar entre los medios impresos uno que permita almacenar una cantidad considerable de información, que pueda difundirse continuamente y sin fines publicitarios. Se irán discriminando debido a características no adecuadas a el objetivo.

Aunque el cartel, folleto, folletín y volante pueden difundir constantemente la información no logran almacenar una cantidad considerable de ella. El espacio en estos medios es muy reducido, quedando solamente los otros medios por analizar.

Por su función, el catálogo no es apto para el tipo de información que se desea comunicar ya que éste sugiere sucesos u objetos colocados en forma cronológica o dirigidos a venta de artículos a consumidores. Su fin principal es la publicidad.

No resulta totalmente diaria la información que se genera en los eventos de Educación Continua, por lo que se descarta al periódico, ya que la función de éste último es informar los sucesos en forma inmediata. Un periódico deja de serlo, al pasar un largo tiempo entre una edición y otra.

Debido a que la información se genera periódicamente y consecutivamente por tiempo ilimitado, el libro se descarta y por lo tanto se puede sugerir que el medio impreso que cumple con los requisitos de canal adecuado para resolver los problemas del hospital es la revista. La cual permite difundir información de un área específica, es decir la revista es un medio especializado.

El siguiente capítulo tratará exclusivamente de la revista.

CAPITULO 4

LAS REVISTAS

1.- ANTECEDENTES

Antes de 1870, la mayor parte de las revistas duraban menos de seis meses consistían principalmente en extractos de libros, ensayos, etc. Como una manera de crear una nueva síntesis de texto y fotografía.

Las revistas como se conocen en la actualidad, nacen en los Estados Unidos en las últimas tres décadas del S. XIX cuando ciertos factores estuvieron a favor de ellas, tales como:

- El índice de analfabetismo se redujo notablemente de 1870 a 1890.
- En 1875 los ferrocarriles comenzaron a transportar el correo, incluyendo las revistas, por todo el país.
- Se introduce la prensa rotatoria, al desplazar a la prensa plana, logrando con ello mayor rapidez en la impresión de las revistas.

Pero ante todo las revistas fueron en aquel entonces, como hoy en día, un excelente medio de publicidad. Los ferrocarriles transportaban las revistas al Oeste, y en ellas venían información sobre los nuevos productos que se fabricaban en el Este.

En 1890, los editores estadounidenses inspirados por el éxito que tuvieron las revistas populares en Inglaterra, lanzaron revistas populares de entretenimiento, imaginación y consejos, precursoras de las revistas actuales femeninas y de temas generales.

En la última década del S. XIX, debido al avance tecnológico, fue que se empezaron a dar las condiciones necesarias para la producción de revistas modernas de circulación masiva. Y México no quedó exenta a dicha situación al aparecer revistas literarias, dirigidas a la clase media alta, como la **Revista Azul** (1894), **Revista Moderna** (1898), **Juventud Literaria** (1887), entre otras más.

El terreno de las revistas, era un campo amplio para experimentar en cuanto a diseño y composición tipográfica. Esto aunado al desarrollo tecnológico que se gestó durante la primera mitad del S. XX provocó que las revistas evolucionaran y que tuvieran gran auge en países como Alemania, La Unión Soviética, los países bajos y Estados Unidos.

**Muy pocas de las características gráficas individuales propias de la revista se establecieron antes de 1900. La revista sólo se distinguía del libro por su portada endeble y flexible; los titulares se parecían a los encabezados de los capítulos; la disposición de la tipografía era simétrica; el texto se desarrollaba de arriba a abajo en columnas sencillas o dobles, a la manera de un libro; y las ilustraciones se colocaban ocupando la página entera opuesta al texto, unidas a él sólo cuando la tipografía se colocaba rodeando las láminas.*

Muchos de estos rasgos prosiguieron hasta bien entrado este siglo, y todavía hoy se les puede encontrar en revistas técnicas o literarias...”¹

Todos los nuevos métodos de producción para las revistas fueron utilizados principalmente para incrementar la circulación, dar respuesta más rápida a los acontecimientos e introducir ilustraciones; pero la presentación y la composición permanecieron casi idénticas.

En la década de 1950 las revistas tuvieron que cambiar para sobrevivir, debido a la aparición de la televisión ya que por un lado las empresas preferían anunciar sus productos por este medio y por otro las personas se volvieron televidentes.

Esto, aunado a la elevación de los costos de papel y de los servicios postales provocó que los gigantes del mundo de las revistas cayeran, sobre todo aquellas de gran tamaño y de circulación masiva, como la revista **Life** que desapareció a fines de 1972.

Sin embargo la desaparición de las revistas, no fue causada por la pérdida de lectores sino más bien por la disminución de los contratos de publicidad.

A consecuencia de lo anterior, y al darse cuenta los productores de revistas que no podían llegar a las masas como lo hacía la televisión, fue que decidieron dirigirse a audiencias especializadas, logrando con ello un gran éxito.

Surgen así las revistas como **Playboy**, **Mecánica Popular**, **Nacional Geographic**, etc. Teniendo todas una cosa en común, cada una atrae a un grupo específico de personas que comparten los mismos intereses, gustos, pasatiempos o puntos de vista.

Actualmente sólo hay dos revistas en los Estados Unidos con circulaciones que superan los 10 millones. La revista más grande es **Tv Guide**, con una circulación de casi 20 millones, especializada en televisión. El otro gigante de la circulación es, por supuesto, **Reader's Digest**. En México sus homólogos ocupan también los primeros lugares en ventas: **Tele-Guía** y Selecciones del **Reader's Digest**.

Las revistas reflejan cambios en los estilos de vida. Mayor libertad sexual, mayor interés y participación en los deportes, más mujeres en la fuerza laboral, viajes más fáciles y frecuentes, todas estas cosas encuentran su expresión en las revistas actuales.

2.- CARACTERISTICAS

a.- Selectividad: Se puede elegir una determinada audiencia, ya sea geográfica o demográfica o por interés común sobre alguna materia.

b.- Contenido Editorial: Suele ser leída por un público de aficiones o intereses comunes.

c.- Duración: Las revistas pueden durar muchos años, ya sea en los hogares o en empresas.

d.- Trasladable: No tienen restricción de tiempo o lugar.

e.- Periodicidad: Son publicadas constantemente; ya sea mensual, bimensual, trimestral, etc.

f.- Coleccionables: Se pueden coleccionar cada número que se edita para una consulta posterior.

g.- Transferible: Las ediciones se pueden compartir de una a otra (s) persona (s).

3.- CLASIFICACION

Debido a que existen revistas con características muy diferentes entre unas y otras no se puede establecer una única clasificación de éstas; pero para los fines en cuestión se pueden sugerir las siguientes:

3.1 Clasificación en función de la Publicidad

a.- Revistas Industriales

b.- Revistas Profesionales

c.- Revistas Comerciales o de Consumo

d.- Revistas Internas

a.- Revistas Industriales

Son aquellas que utilizan publicidad industrial, que es la dirigida a los responsables de la compra de bienes necesarios para fabricar productos. Su objetivo es llegar a los agentes de compras, gerentes de planta, etc.

Por ejemplo: **El Impresor**, **Revista Contemporánea**, etc.

b.- Revistas Profesionales

Dirigidas a profesionales que dependen de estas revistas para actualizarse dentro de sus profesiones. El contenido editorial va desde áreas técnicas, hasta áreas muy especializadas. Ejemplos: **Revista Médica del IMSS**, **PC Computing**, **Revista de Comunicación**, etc.

c.- Revistas Comerciales o de Consumo

Son el tipo de revistas que utilizan la mayoría del público. Se encuentran en los

puestos de revistas. Como por ejemplo: Teleguía, Eres, I.V. y Novelas, entre otras.

d.- Revistas Internas

Dirigidas al personal interno de una empresa. Este tipo de revista busca informar al personal, tener buenas relaciones con éste, ó resolver algún problema interno. Por ejemplo: Revista Bicosas, es una revista interna de Bufete Industrial.

3.2. Clasificación en función del Contenido

Las hay sociales, deportivas, culturales, musicales, científicas, técnicas, médicas, políticas, financieras, religiosas, informativas, educativas, de entretenimiento, entre otras más.

3.3. Clasificación en función de la Editorial

En esta clasificación existen 3 tipos:

a.- Cuando las revistas se introducen a un mercado libre y el consumidor las busca y paga por ellas. Por lo regular este tipo de revistas se encuentran en los puestos de revistas. Son costeadas por la publicidad que en ellas se maneja y por la ventas del producto, es decir de la misma revista.

Quienes lanzan este tipo de revistas al mercado, deben tomar en cuenta lo siguiente: se debe realizar una investigación de mercado, analizar las necesidades del público meta, analizar la competencia, fijar precios, buscar publicidad, distribuir y circular la revista. Un ejemplo de estas son las siguientes revistas: Eres, Vanidades, Geomundo, etc.

b.- Cuando las revistas son gratuitas pero viven de la publicidad. En este caso la editorial le hace una revista a una determinada empresa y es precisamente la editorial la que se encarga de producirla y de contratar publicidad, y la empresa se encarga, en algunas ocasiones, de la información y de la circulación. La empresa obtiene la revista gratuita a cambio de prestar su nombre y la editorial obtiene sus ganancias de la diferencia entre ingresos de publicidad y gastos de producción.

Este manejo en las revistas es muy utilizados por Instituciones o empresas que no tienen presupuesto para gastar en un medio como éste. En Puebla ha sido utilizado mucho este sistema, sin embargo en la actualidad muchas de estas revistas han dejado de existir debido a la baja de publicidad.

c. Cuando las revistas son exclusivamente de la empresa o Institución y producidas por ésta, para resolver problemas o informar a su personal. Por lo general son revistas

que carecen de publicidad.

Para la elaboración de la mayoría de las revistas y tomando el punto de vista de una empresa editorial, se debe considerar lo siguiente:

- **Circulación:** Se refiere a la manera en cómo van a llegar a sus destinatarios las revistas.
- **Publicidad:** Aquí se emplea la técnica de ventas para conseguir anunciante (s) que patrocine (n) la revista.
- **Forma:** La manera en como va a quedar la revista. Selección del formato: carta u oficio, del diseño gráfico, etc.
- **Contenido Editorial:** La investigación y selección del material informativo que se va a introducir a la revista.

4.- PRODUCCION

Primeramente se debe planear y generar las ideas para la edición, convertir esas ideas en temas concretos para los artículos. Se toma decisiones sobre el tamaño de los artículos, fotos, ilustraciones y diseño gráfico.

Posteriormente se debe realizar un boceto o Dummy, el cual consiste en establecer un plan de las páginas de la edición futura que muestra su contenido tal como la revista quedará.

Se calcula el tiempo requerido para que el escritor entregue los artículos al editor y puedan ser verificados, al igual que las ilustraciones y trabajo de diseño gráfico.

Los artículos, las fotografías, ilustraciones y el diseño son editados por medio de una computadora, creando así un Original Mecánico. El cual está listo para ser fotografiado y transformado en un negativo y éste transferido en una placa de impresión.

A los negativos se les monta unas mascarillas para después transportarlos a la placa de impresión, proyectando luz a través de ellos. Las placas van a la imprenta donde son impresas, esto es cuando se utiliza el sistema offset; existen otros sistemas de impresión, tales como litografía, serigrafía, etc.

Una vez que la revista ha sido impresa se prosigue a su encuadernación donde se recorta, pega, o engrapa según sea el caso. Y para finalizar se levanta cada una de ellas y se juntan en paquetes.

4.1 Creación de un Original

Para realizar una revista es necesario la obtención de originales. Estos pueden ser realizados de manera mecánica o a través de una computadora. Estos últimos cada día más utilizados debido a la calidad y rapidez en el trabajo. Además el método electrónico nos libera de la necesidad de usar camisas con indicaciones para el impresor.

Un original es la información que se desea imprimir (texto, gráfico, fotografía) impresa en hoja obtenida con impresoras laser de al menos 300 puntos por pulgada.

Existen algunos programas para diseño publicitario y composición de páginas, entre los cuales se encuentran principalmente el **ALDUS PAGE MAKER** y el **VENTURA PUBLISHER (XEROX)**. Ambos disponibles para sistemas **PC** y solo el primero para **MACINTOSH**. El **PAGEMAKER** es utilizado dentro del ambiente **WINDOWS** en lo sistemas **PC**, este es un sistema operativo auxiliar del **MS2** y solamente es un entorno gráfico a base de íconos. El **VENTURA PUBLISHER** trabaja dentro del entorno **GEM**.

Existen programas graficadores, ambos excelentes que son el **COREL DRAW**, en el sistema **PC** y el **ALDUS FREE HAND** en el sistema **MACINTOSH**.

El **COREL DRAW** también trabaja en el ambiente **WINDOWS**, lo cual lo hace óptimo para trabajar con el **PAGEMAKER**, además de que tiene otros programas que lo hacen sumamente versátil incluyendo programas graficadores de retocado como son: **COREL CHART**, **COREL TRACE** Y **PHOTO PAINT**, en los que prácticamente se pueden hacer un sin número de efectos y cualquier tipo de gráfico. Sin embargo para gráficos de tipo barra y estadísticos es recomendable utilizar otro paquete que trabaja en el mismo entorno **WINDOWS**, que se llama **EXCEL** de **MICROSOFT**.

Además debemos contar con una impresora laser con **POSTSCRIPT** de al menos 4 megas de memoria ram, con una solución mayor a 300 puntos por pulgada que nos permita realizar directamente la separación a color, así como tener una mejor impresión. Sin embargo de no tener este tipo de cartucho se tendrá que hacer las separaciones manualmente.

Se deberá contar con un **SCANNER** de cama plana de blanco y negro o a colores, con una resolución de más de 300 puntos por pulgada, que será necesario para digitalizar las imágenes e incluirlas directamente en el programa de autoedición para que no exista errores en imprenta. Otra forma de realizar todo esto es mediante la utilización de un fotocomposer, pero este equipo aunque más profesional es sumamente costoso.

4.1.1 Tipografía

a.- Antecedentes

En la actualidad se cuenta con una gran variedad de tipos de imprenta con miles de diseños diferentes. Los adelantos tecnológicos del siglo XIX, propone consideraciones estéticas a los tipos. En la época de la invención de la imprenta y después (antes s. XIX) los tipos se encontraban sujetos a las limitaciones del proceso de impresión.

b.- Tipos de letra

El tipo de letra no transmite tan sólo las palabras de un mensaje; puede realizar y complementar las imágenes y las palabras.

La letra más antigua, que ahora se conoce como «negrita» o «book», y otros cuatro estilos de letra (romano antiguo, romano moderno, tipo sans serif (sin patines) y tipo square serif (con patines) han tenido una influencia duradera en los tipos de letra actuales. Se usa también hoy en día el tipo de letra Fantasía.

• Letra BOOK NEGRITA

Estos tipos, que también se llaman inglés antiguo raras veces se usan hoy en día en los países de habla inglesa excepto en diplomas, anuncios ceremoniales o para títulos.

• Letra ROMANO ANTIGUO

Durante el Renacimiento, los diseñadores de letras que buscaban alejarse de las negritas (bold) encontraron inspiración en las letras cinceladas en los monumentos de piedra de la antigua Roma. Los talladores de piedra habían marcado la parte alta y baja de sus letras con una pequeña barra llamada con patines. El estilo romano antiguo se caracterizaba por patines elegantes y por un contraste relativamente pequeño entre los trazos gruesos y delgados.

• Letra ROMANO MODERNO

A fines del siglo XVIII, apareció otra versión de una letra romana, llamada romana moderna o solamente moderna. Se diferencia del estilo antiguo porque tiene un contraste marcado entre los trazos gruesos y delgados y los patines horizontales tienen un corte agudo, como hecho con una herramienta punteada, en vez de tener un trazo elegante mediante una pluma.

• Tipo SANS SERIF (SIN PATINES)

Se conoce también con el nombre de Sans Serif o palo seco. Este tipo empezará a utilizarse a comienzos del siglo XIX en la edición y antes para fines publicitarios. Este grupo se caracteriza por la ausencia de patines y por un equilibrio relativamente uniforme de toda la letra. Algunos ejemplos comunes en este grupo se han asociado con el diseño contemporáneo funcional. Sus trazos limpios y diseño funcional, facilita la lectura sin recargar de elementos gráficos la página.

A este grupo pertenecen las siguientes tipos de letras: Helvética Suiza (sus variantes: Narrow, Black, Light, Condensed, Avant Garde, Optima).

• Tipo SQUARE SERIF (CON PATINES)

Se caracteriza por tener rasgos o remates al final de los trazos. Este es un grupo de letras con patines muy acentuados y trazos uniformes. Es muy difundido en la edición profesional. Las únicas letras existentes durante tres siglos han sido: Times (Holandesa), Bookman, Palatino, Century Schoolbook, Garamond, etc.

• Letra FANTASIA

Este grupo no encaja muy bien dentro de las categorías estándar de los tipos de letra. Es una categoría que tiene una gran variedad, donde el estado de ánimo es importante. Muchos de estos tipos son apropiados para displays y títulos pero no son apropiados para bloques de texto.

4.2 Diseño y Formato

a.- Diseño

*"Es un plan de acción con un propósito determinado llevado a cabo en una forma creativa y funcional."*²

El diseño editorial dependerá en muchas ocasiones de lo que el cliente quiera o de la imagen que pretenda dar a la revista. Si ésta es una publicación médica, su diseño tendrá un corte serio y profesional. Para determinar un diseño final se tienen que realizar varios bocetos y así tener un panorama más amplio.

b.- Formato

*"Es la forma, el tamaño y el estilo de la publicación."*³ Se refiere a las dimensiones exactas que tendrá finalmente la revista impresa.

El formato está condicionado por:

2. JUMBULL Arthur T. Baird Russell N. Comunicación Gráfica, p. 111.

3. JUMBULL Arthur T. Baird Russell N. Comunicación Gráfica, p. 299.

- **Fácil manejo** que tendrá el lector de la publicación.
- **Economía.** Debido a que ciertos tamaños de revistas provocan desperdicios de papel.

En cuanto al tamaño de las revistas varían enormemente, dependiendo muchas veces por razones estéticas o funcionales, los más utilizados son:

- * **Carta:** (21.6 x 27.9 cm)
- * **Oficio:** (21.6 x 35.6 cm)
- * **A4:** (14.8 x 21 cm)
- * **B5:** (18.2 x 25.7 cm)

4.3 La Portada

Se considera a la portada como el elemento principal de las revistas, debido a que ésta es el primer contacto que se va a tener entre el medio y la audiencia. Refleja la imagen y expresa la comunicación global del contenido de la revista *"...la portada es una forma de anuncio, un cartel que exhibe las mercaderías del Interior."*⁴

Actualmente predominan la personalidad y las fotografías en muchas revistas, por ejemplo en las portadas de las revistas para la mujer, en las revistas mensuales para hombres, en las musicales, las revistas de artes populares, de cinematografía, y se están imponiendo cada vez más en las revistas comerciales y de negocios, sin duda por profundas razones comerciales.

Existen diferentes tipos de portadas, dependiendo de los elementos que se utilizan para la conformación de la misma. Existen principalmente las portadas figurativas, abstractas, basadas en el texto. Las hay también aquellas que dependen o no de las ventas en los puestos de revistas y las que no dependen de esto.

4.3.1 Tipos de Portadas

a.- Portada Figurativa

Es aquella donde aparece la figura humana o viviente, por ejemplo el rostro, o el cuerpo entero.

b.- Portada Abstracta

Este tipo de portada no se encuentra apegada a la realidad. Se utiliza cuando se quiere comunicar ideas muy difíciles de expresar, como en las revistas de informá-

tica y técnicas, que tienen que transmitir ideas muy abstractas a sus lectores y, en consecuencia, se apoyan firmemente en la ilustración y el en el truco fotográfico.

Se realizan en este tipo de portadas situaciones absurdas.

c.- Portada basada en textos

A base de construcciones tipográficas se pueden lograr poderosos contrastes con las imágenes visuales de las demás revistas ordenadas en los puestos de revistas; este tipo de portada se ha usado con notable éxito.

En éstas se utiliza mucha y variada tipografía, que no hay que confundir con desordenada.

Las portadas basadas en la tipografía tienen la ventaja de la inmediatez. Después de todo, la portada es como un cartel de anuncio del texto, un índice conciso del contenido. El resultado funciona perfectamente y ha sido ejecutado con una gran sensibilidad hacia el color y detalle tipográfico.

4.4 Materiales que Intervienen

A. Papel

a.- Selección del Papel

Las tres categorías principales de papel que se usan son papel para escribir, papel de libro y papel de cubierta o portada.

- **Papel de Escribir:** Este cubre toda la gama del papel que sirve para escribir o para imprimir. La calidad varía desde el ledger, que se usa en los documentos, el papel bond, que se usa para la papelería fina de oficina, el papel corriente de oficina y el papel de memorándums.

- **Papel de Libro:** El papel de libro es la clasificación más amplia. Entre los principales se encuentran los siguientes:

- * **Papel Periódico:** Este es el tipo de papel de libro menos costoso, que se fabrica para una corta vida y es poroso para que seque pronto. No es muy bueno para offset.

- * **Papel de acabado antiguo:** Un papel blando con un acabado ligeramente rugoso, que se usa mucho en offset. Entre las clasificaciones de este tipo se encuentran el acabado mate antiguo, un papel de offset

muy útil, y el de texto, un papel de acabado antiguo de alto grado para libros, folletos y panfletos de calidad offset.

* **Acabado de máquina:** La mayoría de los libros y de las publicaciones se imprimen en papel con acabado de máquina.

* **Acabado inglés:** Este papel tiene una superficie áspera y desigual. Se usa mucho en la impresión de correo directo y promoción de ventas, es especialmente bueno para la fotografía y el fotograbado.

* **Papel estucado:** Este es un papel al que se le da una capa especial de arcilla y entonces se plancha. El resultado es un papel más pesado y pulido. No suele usarse para offset, pero sí para litografía y por esto se le usa a menudo en catálogos industriales, donde la reproducción clara y precisa es importante y en donde habrá un uso continuo durante un período de tiempo.

* **Papel de Portada:** Este es un papel fuerte, muy resistente a la manipulación constante, que se usa no sólo para las portadas de folletos, sino a veces por sí sólo en los envíos de correo directo. Aunque tiene muchos acabados y texturas, no es adaptable para la impresión de medio tono en tipografía pero reproduce los tonos muy bien en offset.

Las revistas pueden llevar acabados, es decir el papel puede ser barnizado, que consiste en cubrir a éste con una capa de barniz, o plastificado que envuelve al papel para darle un aspecto brillante y rígido.

b.- Pesos y Tamaños Básicos

El papel sale de la máquina en enormes rollos. Después se corta en grandes hojas en un cierto número de diferentes tamaños. En esa forma, pueden imprimirse muchas páginas al mismo tiempo. El papel se vende por pliegos de 500 hojas.

Los papeles que se utilizan para pastas son generalmente: couché, lustrolito o kromacote en sus diferentes versiones en cuanto a acabado que puede ser mate o brillante en una o ambas caras, y diferentes grosores (gramaje).

4.5 Tiraje

Es el número de ejemplares que se imprimen de una publicación. El tiraje está determinado por el presupuesto que se tiene y por el número de personas a las

cuales está dirigida la revista. Se pueden manejar tirajes de 100, 500, 1000, 5000, etc. A mayor tiraje menor costo por unidad.

4.6 Costos

Se refiere al gasto económico que se realiza en la producción de la revista, tomando en cuenta todo lo anterior como realización de originales, papel, tinta, negativos, placas, impresión, distribución, etc.

4.7 Distribución

Se refiere a la manera en cómo las revistas van a ser ubicadas en el mercado. Si van a ser distribuidas en el puesto de revistas o de otra manera.

CAPITULO 5

INVESTIGACION PARA

LA PROPUESTA

La propuesta de esta tesis consiste en la creación de la revista de un hospital de la ciudad de Puebla. Antes de conformarla y presentarla en su totalidad es necesario investigar y analizar tres puntos básicos, que son:

PUNTOS BASICOS	BASADO EN:
1.- FORMA	1.1 Análisis de las revistas médicas 1.2 Revista PROMEDIO 1.3 Pruebas de PORTADA e INTERIORES
2.-CONTENIDO (FONDO)	2.1 Información que genera el dpto de Investigación y Enseñanza
3.- FUNCIONAMIENTO	• Tiempos de la información

1.- FORMA

Es la manera como se presenta la revista. Se toman en cuenta elementos tales como el diseño, formato, tipografía, color, etc. Para la conformación de este punto se utilizaron aspectos teóricos contenidos en este trabajo y además como lo indica la tabla anterior, un análisis de las revistas médicas, la conformación de una revista que llamaremos promedio y pruebas de portada e interiores.

A continuación se van a desarrollar dichos aspectos

1.1 Análisis de las revistas médicas

Con el fin de contar con un marco de referencia y obtener una revista promedio, que servirá de base para elaborar la revista del hospital, fue que se analizaron las siguientes diez revistas médicas:

- 1.- Revista mexicana de Ortopedia y Traumatología
- 2.- Revista mexicana de Reumatología
- 3.- Revista del Hospital Juárez
- 4.- Revista de Cirugía
- 5.- Revista médica de México
- 6.- Gaceta médica de México
- 7.- Revista del Instituto Nacional de la Nutrición
- 8.- Revista Mexicana de Dermatología
- 9.- Revista Iberolatinoamericana de Cuidados Intensivos
- 10.- Anales Médicos

* De las diez revistas nueve fueron realizadas entre 1991 y 1995 y una en los años sesentas, para poder tomar en cuenta consideraciones pasadas.

* Los Resultados en gráficas de este análisis se puede encontrar en el **ANEXO 1** al final de esta tesis.

1.2 Revista Promedio

De acuerdo a la investigación anterior sobre diferentes revistas médicas se logra extraer una revista promedio, que reúne las características más comunes de estas revistas. Los resultados se pueden encontrar en la siguiente tabla:

REVISTA PROMEDIO

GENERALIDADES	PORTADA	INTERIORES	PAGINA PRINCIPAL
* Bimestral * Tamaño Carta * Organo Oficial	* Papel Couché * Sin Acabados * Basada en Texto * Dos tintas * Tipog. Sans Serif * Sin Indice * Con logotipo	a. Papel * Couché Mate b. Color * Una Tinta c. Tipografía * Serif d. Formato/Diseño * Dos Columnas * Núms. pequeños. - Esq. Inf. der. e Iza. * Líneas delgadas, horizontales * Nombre de Revis. e. Información * Editorial * Casos Clínicos * Arts. de Revisión * Arts. Originales * Cartas al Editor * Información Gral	* Se utilizan dos: a. Página # 1 * Direc.,Comités * Datos Generales: - Volúmen - Fecha - Oficialidad - Periodicidad - Franquicia - Tiraje - Papel - Editoriales - Imprenta - Registros - Derechos de Autor - Subscripciones b. Página # 2 * Contenido o Índice

1.3 Pruebas para la revista

Después de haber realizado el análisis de las revistas médicas y de obtener una revista promedio, es necesario aplicar algunas pruebas al público meta, para comparar ambas. Estas pruebas consisten en:

1.3.1 Pruebas de Portada e Interiores

Pruebas de Portada

Se aplicó una encuesta con cinco preguntas, en donde se evaluó la preferencia del público meta por:

- Tipo de Portada
- Color
- Tipografía
- Logotipo
- Preferencia en General

Para la encuesta se presentaron dos formatos de portada. Uno con las características de la portada promedio y el otro totalmente diferente, para poder tener un punto de comparación y control. Los encuestados únicamente tenían que responder cuál de los dos formatos preferían.

Pruebas de Interiores

También se aplicó una encuesta con cinco preguntas y se evaluó la preferencia del público meta por:

- Tipografía
- Formato, en cuanto al número de Columnas
- Formato, en cuanto a la numeración en cada página
- Formato, en cuanto a las líneas utilizadas
- Nombre de la revista en cada página

También se presentaron dos formatos como en la prueba de portada, sólo que ahora sobre interiores.*

Ambas encuestas se aplicaron con el fin de conocer cual de los dos formatos, en cada caso, preferían los encuestados, para tomar una decisión en la selección de la portada e interiores en cuanto a su forma, de la revista para este hospital.

A continuación se presenta una tabla donde se incluyen los puntos que se evaluaron para portada e interiores:

*Los formatos se pueden encontrar en el ANEXO 2

TABLA "a" PRUEBAS DE PORTADA

PUNTOS A EVALUAR	PREGUNTAS BASADAS EN:	PORTADA PROMEDIO	PORTADA (X)
1. Tipo de Portada	Preferencia	Basado en Texto	Figurativa
2. Color	Preferencia	Dos tintas	Selec. a Color
3. Tipografía	Preferencia	Sans Serif	Serif
4. Logotipo	Preferencia	Con Logotipo	Sin Logotipo
5. General	Preferencia		

TABLA "b" PRUEBA DE INTERIORES

PUNTOS A EVALUAR	PREGUNTAS BASADAS EN:	INTERIORES PROMEDIO	INTERIORES (X)
1. Tipografía	Preferencia	Serif	Sans Serif
2. Form/Colum	Preferencia y Funcionalidad	Dos Columnas	Tres Columnas
3. Form/Numer.	Preferencia	Núms pequeños esq. inf. der. e izq.	Núms medianos al centro
4. Formato/Líneas	Preferencia	Líneas delgadas horizontales	Líneas medianas y verticales
5. Nom. Revista	Preferencia	Cada Página	Sin Nombre

Encuestas

El formato de las encuestas de portada e interiores se presentan en la siguiente página:

ENCUESTA DE PORTADA

Marque con una " X " que tipo de médico es:

Interno _____

Residente _____

Médico de base _____

Otro _____

Nombre del Servicio Médico: _____

- 1.-Cuál de las dos portadas le gusta más?
 - 2.- En cuanto al color, cuál de las dos portadas le gusta más?
 - 3.- En cuanto al tipo de letras, cuál de las dos portadas le gusta más?
 - 4.-Cuál de las dos portadas le gusta más, con o sin logotipo?
 - 5.- En general, cuál de las dos portadas le gusta más?
-

ENCUESTA DE INTERIORES

Marque con una " X " que tipo de médico es:

Interno _____

Residente _____

Médico de base _____

Otros _____

Nombre del Servicio Médico _____

- 1.- En cuanto a las letras, cuál de las dos páginas le gusta más?
 - 2.- Qué le gusta más, que la página tenga dos o tres columnas?
 - 3.- Qué le gusta más, que la página tenga una numeración pequeña en la esquina inferior derecha e izquierda, o números medianos ubicados en el centro de la página?
 - 4.- Qué le gusta más, el empleo de líneas delgadas y horizontales o líneas medianas y verticales en cada página?
 - 5.- Qué le gusta más, que cada página lleve el nombre de la revista o que no lo lleve?
-

* Para la aplicación de las dos encuestas se les mostró a las personas, en cada pregunta el formato de portada e interiores promedio y otro formato de portada e interiores que llamaremos X. Ver formatos de portadas e interiores en el ANEXO 2.

Público Meta

Está constituido por los médicos que deben de participar en los eventos de Educación Continua, en las Investigaciones, y que pertenecen a los servicios que dependen de la subdirección médica del hospital. (ver págs. 27 y 28 de esta tesis).

La población $N = 292$ médicos

Se aplicó una muestra n' de acuerdo a la siguiente fórmula: ¹

$$n' = \frac{S^2 \text{ Varianza de la muestra}}{V^2 \text{ Varianza de la población}}$$

- Esto es para determinar el tamaño de la muestra
- Como se conoce el tamaño de la población se puede ajustar así:

$$n' = \frac{n}{1+n/N}$$

• Definiciones

N: La población, un conjunto de elementos

n: La muestra, es un subconjunto de la población N

Y: Valor de una variable determinada Y (que nos interesa conocer)

V^2 : La varianza de la población con respecto a determinadas variables

Se: Desviación Estándar de la distribución muestral y representa la fluctuación de y

$(Se)^2$: Error Estándar al cuadrado, fórmula para calcular la Varianza (V) de la población (N) y la varianza de la muestra (n) será la expresión: S

S : Varianza de la muestra, la cual podrá determinarse en términos de probabilidad donde:

S : $p(1-p)$

Sustituyendo y dando valores:

$$N = 292$$

$$y: 1$$

$$Se: 0.015$$

$$V: 0.000225$$

$$S: 0.09$$

Sustituyendo

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

$$S^2 = p(1-p) = 0.9(1-0.9) = 0.09$$

$$S^2 = 0.09$$

$$V = (Se)^2 = (0.015)^2 = 0.000225$$

$$n' = \frac{0.09}{0.000225} = 400$$

$$n' = 400$$

$$n = \frac{n'}{1+n/N} = \frac{400}{1+400/292} = \frac{400}{2.369863} = 169$$

$$n' = 169$$

Se va a utilizar una muestra probabilística estratificada. La cual divide a la población en subpoblación, debido a los diversos servicios médicos. La fórmula es la siguiente:

$$Fh = \frac{n'}{N}$$

Fh = Fracción del estrato

Sustituyendo

$$Fh = \frac{n'}{N} = \frac{169}{292} = 0.5788$$

$$Fh = 0.5788$$

El total de la población se multiplicará por esta fracción constante a fin de obtener el tamaño de muestra para el estrato.

ESTRATO POR DIVISION O DEPTO	PERSONAL DE DIVISION O DEPARTAMENTO	TOTAL POBLAC. FH=0.5788	MUESTRA
1	DIVISION DE MEDICINA INTERNA	26	15
2	DIVISION DE CIRUGIA	23	13
3	JEFATURA DE PEDIATRIA	6	3
4	JEF. IMAGENOLOGIA (RADIOLOG.)	17	10
5	JEFATURA DE URGENCIAS	9	5
6	JEFATURA DE ANESTESIA	11	6
7	JEFATURA DE LABORATORIO	24	14
8	JEFATURA DE GINECOLOGIA	8	5
9	JEFATURA DE ORTOPEDIA	5	3
10	JEFATURA DE BANCO DE SANGRE	3	2
11	JEFATURA DE I. Y E. INTERNOS	100	58
12	JEFATURA DE I. Y E. RESIDENTES	60	35
		N = 292	n' = 169

1.3.2 Resultados de las pruebas de Portada e Interiores

TABLA " a " RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE PORTADA

PUNTOS EVALUADOS	PORTADA PROMEDIO		PORTADA (X)	
1.- Tipo de Portada Basada en texto	124	73%	46	27%
2.- Color Selección a color	77	45%	93	55%
3.- Tipografía Sans Serif	128	75%	42	25%
4.- Logotipo Con logotipo	159	94%	11	6%
5.- General	144	85%	26	15%

TABLA " a " RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE INTERIORES

PUNTOS EVALUADOS	PORTADA PROMEDIO		PORTADA (X)	
1.- Tipografía Serif	97	57%	73	43%
2.- Formato/Columna Dos columnas	102	60%	68	40%
3.- Formato/Página #s pequeños, der. e iz.	111	65%	59	35%
4.- Formato/Líneas Delgadas y horizontales	89	52%	81	48%
5.- Nombre de la revista Sin nombre	37	22%	133	78%

Las gráficas de estos resultados se pueden encontrar en el ANEXO 3.

2.- CONTENIDO

Es el material o la información que conformará la revista.

Para ello resulta indispensable conocer de ante mano lo siguiente:

- a.- La información que se maneja en las revistas médicas
- b.- La información que se genera en los eventos de Educación Continua del hospital
- c.- La información que podría servir de manera potencial para la publicación

A continuación se desarrollará cada punto:

a.- Información que se maneja en las revistas

La cual se puede encontrar en la revista promedio. (ver página 68). Recordando que la información más utilizada en interiores es: Editorial, casos clínicos, artículos de revisión, artículos originales, cartas al editor, información general. Y la información más utilizada en la páginas principales es: Dirección, comités, volumen, fecha, oficialidad, periodicidad, contenido o índice, etc.

b.- Información que se genera en los eventos de Educación Continua del hospital

- **Sesiones:** Existe un amplio material al respecto, ya que cada mes se realizan cuatro sesiones generales (cada viernes). Habrá que tomar en cuenta que la información de éstas no se encuentra por escrito.
- **Cursos o talleres:** Se realizan dos cursos cada mes. Uno en el área médica y otro en el área de relaciones humanas para los médicos.
- **Conferencias:** Cada mes se realiza una conferencia en donde se invita a médicos de otras Instituciones o personas que deseen asistir.
- **Congresos:** Por lo general no se realizan congresos en el hospital. Pero se contempla como información los posibles congresos tanto del hospital, como de otras instituciones.
- **Investigaciones:** Se realizan 14 tesis al año de las distintas especialidades y se presentan en promedio de dos a tres investigaciones anuales realizadas por médicos más especializados.
- **El departamento de Investigación y Enseñanza** cuenta con una bitácora de las sesiones que se van a realizar cada año, en donde se rotan los diferentes

servicios médicos.

c.- Información potencial para la publicación

- El departamento de I. y E. tiene contacto constante con otras instituciones, las cuales manejan investigaciones, cursos, sesiones; es decir ofrecen información potencial para la revista.
- Posibles colaboradores que pueden participar en la publicación, a través de sus artículos, investigaciones, etc.

3.- FUNCIONAMIENTO

Se refiere a la manera como la información va a fluir, quién será el responsable, qué tiempos se van a determinar, etc., para que la revista funcione adecuada y continuamente durante el período de tiempo que se le ha asignado.

El funcionamiento de la revista estará basado en los tiempos que se ocupan para generar la información, etc.

El funcionamiento va a depender de las decisiones que se toman en cuanto a forma y contenido de la revista, por lo cual este punto se analizará en el siguiente capítulo.

CAPITULO 6

PROPUESTA: LA

REVISTA DEL HOSPITAL

De acuerdo a la investigación y al problema de comunicación del departamento de I. y E., la revista tomará en consideración los siguientes puntos:

1.- GENERALIDADES

1.1 Objetivos

- *Crear e implantar una Revista en el Hospital en cuestión, con el fin de:*
 - *Registrar el contenido de los eventos de Educación Continua, para que el médico pueda consultarlos posteriormente.*
 - *Proporcionarle al médico la consulta de los eventos, sin importar el tiempo y el lugar.*
 - *Mejorar los problemas relacionados con el ruido de canal.*
 - *Informar al personal médico los eventos de Educación Continua, en cuanto a fechas, temas y ponentes.*
 - *Difundir las investigaciones.*

Todos estos objetivos se encuentran relacionados con el problema de comunicación del departamento de Investigación y Enseñanza. Y buscan solucionar dicho problema, al transmitir adecuadamente los conocimientos de los eventos de Educación Continua a los médicos, para lograr que éstos se encuentren preparados adecuadamente y así lograr mejorar la Calidad de la Atención médica del hospital.

Se plantea otro objetivo relacionado con los requerimientos del hospital y es el siguiente:

- *Proporcionar a la sociedad una buena imagen de la Institución.*

1.2 Financiamiento

Debido a que la Institución establece que la solución sea económica, la revista deberá ser así. Para ello se utilizarán materiales a bajo costo, un tiraje y un número de páginas reducido.

Esta revista será financiada por la misma Institución, ya que va a resolver problemas del propio hospital. Para el receptor será completamente gratuita.

1.3 Tipo de Revista

Será una revista Interna, ya que está dirigida a un público, que es parte de la misma Institución. Y también será médica, porque sus receptores son médicos.

1.4 Público Meta

Está compuesto por el personal médico, que debe de asistir a los eventos de Educación Continua y/o que participa en las investigaciones del hospital y que además se encuentran dentro de los servicios o jefaturas de división, que a su vez están subordinados por la Subdirección Médica.

De esta manera se incluyen los siguiente servicios: los que pertenecen a la jefatura de División de Medicina Interna (Medicina Interna, Cardiología, Dermatología, Neurología, Endocrinología y Nutrición, Gastroenterología, Psicología, Psiquiatría, Alergología, Nefrología, Gediatria, Hematología y Oncología Médica); los que pertenecen a la División de Cirugía (Cirugía General, Oftalmología, Neurocirugía, Otorrinología, Urología, Angiología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Oncología Quirúrgica, Maxilofacial, Proctología) y otras jefaturas como: Pediatría, Urgencias, Imagenología (Radiodiagnóstico), Anestesia, Laboratorio, Ginecología, Ortopedia, Banco de Sangre e Investigación y Enseñanza (Internos y Residentes).

Tomando en cuenta lo anterior, el público meta es de 292 médicos. Sin embargo se van a realizar 350 revistas para otras personas, ya sean internas o externas a la Institución.

Es muy importante considerar en esta revista, la respuesta y la participación de los receptores, con el fin de obtener una retroalimentación y enriquecer aún más los conocimientos.

1.5 Dirección de la Revista

a. Comité Editorial

Estará a cargo del jefe del departamento de Investigación y Enseñanza (encodificador y emisor), quien a su vez deberá estar apoyado por un comunicólogo, el cual también va a cumplir con la función de encondificador.

b. Consejo Directivo

Estará compuesto por la Dirección de la Institución.

1.6 Periodicidad

Aunque en la revista promedio se detectó que la mayoría de las revistas médicas son bimestrales. Esta revista será **Trimestral**, por la información con la cual se cuenta, porque resulta más económico y porque se tiene un margen amplio de tiempo; permitiendo mayor tranquilidad en su edición. Además será la revista oficial de la Institución.

2. FORMA

Se determinó la forma, salvo algunas excepciones, de acuerdo a los resultados concluyentes de la portada promedio y de las encuestas aplicadas a los médicos.

2.1 Portada

Se utilizará papel couché de 135 gramos, una cara, sin acabados.

a. Tipo de Portada

Basada en Texto. Esta portada es la ideal para la función que debe cumplir, ya que el lector necesita leer, aunque sea de manera muy escueta, lo que incluye la revista. Además como será gratuita no necesita competir en cuanto a su diseño de portada con otras publicaciones que se encuentran en los puestos de revistas.

b. Color

Aunque el público prefiere las revistas en selección a color, esto resultaría demasiado costoso para la Institución. Por lo cual se utilizarán **dos tintas**, amarillo (color de la Institución), negro y el blanco del papel.

c. Tipografía

Sans Serif.

d. Logotipo

Con **logotipo**. Para otorgar la oficialidad a la publicación y promover su imagen.

2.2 Interiores

Aunque en la revista promedio se detectó que las revistas médicas utilizan en su mayoría papel couché mate. En esta revista se utilizará papel bond de 36 Kg., porque resulta más económico.

a. Tipografía

Serif (Times New Roman), ya que es necesario que el texto exprese seriedad sobretodo cuando se hablan de temas médicos.

b. Formato/Columnas

Dos Columnas. Es un formato agradable que permite leer de manera continua la información. Se puede introducir gráficos, tablas o fotografías sin que la página se vea recargada.

c. Formato/Páginas

Números pequeños en la esquina inferior derecha o izquierda. Este formato es tradicional, lo cual permite , como se requiere, que la publicación sea seria y profesional.

d. Formato/Líneas

Líneas delgadas y horizontales. Este es un formato tradicional.

e. Nombre de la Revista

Sin nombre de la revista en cada página. No es necesario ya que el nombre y el logotipo del hospital se incluye en la portada. Esto permite que la revista se vea más limpia y menos recargada.

De acuerdo a lo anterior se tomó la decisión de que la revista tendrá la siguientes características:

PORTADA	PORTADA
1. Tipo de Portada	1. Basada en texto (p. promedio)
2. Color	2. Dos tintas (p. promedio)
3. Tipografía	3. Sans Serif (p. promedio)
4. Logotipo	4. Con logotipo (p. promedio)
5. General	5. Portada promedio
INTERIORES	INTERIORES
1. Tipografía	1. Serif (promedio)
2. Formato/Columnas	2. Dos columnas (promedio)
3. Formato/Numeración	3. # pequeños, esq. inf. der./ izq. (p. promedio)
4. Formato/Líneas	4. Delgadas y horizontal (p. promedio)
5. Nombre de Revista	5. Sin nombre (p. x)

3.- CONTENIDO

3.1 Información

El número de páginas de una revista está en función de la economía, de su contenido e información que pueda ser proporcionada para la misma.

El departamento de Investigación y Enseñanza , a través de Educación Continua e investigaciones, genera información constantemente. Sin embargo esta

información, no es trasladada a un escrito, ni es archivada. Para lo cual se requiere de apoyo humano que cumpla con esta función.

Cabe aclarar que en la revista se utilizaron nombres ficticios que no tienen que ver con la Institución, debido a que no se permitió dar a conocer el nombre de la misma.

3.2 Secciones

En esta revista las secciones estarán en función con los eventos y las investigaciones que realiza el departamento. Sin embargo existen secciones que son parte de la mayoría de las revistas, tales como la editorial y las cartas al editor.

Las secciones de esta revista son las siguientes:

a. Editorial

Será escrita y autorizada por las autoridades de la Institución, o en un momento dado por el jefe del departamento de I. y E. La editorial sirve para enviar un mensaje. En esta revista se realizará una presentación de la misma hacia los lectores. Es el primer contacto que tiene el emisor con el receptor.

b. Sesiones

En la revista se incluyen dos sesiones, de las doce que se realizan al trimestre.

c. Investigaciones

Muchos de los médicos residentes realizan investigaciones a través de sus tesis profesionales, y lo hacen como un mero requisito. Sin embargo no se reconoce el trabajo elaborado.

A través de la publicación se podrá lograr lo anterior y servirá de estímulo para futuras investigaciones. Además se incluyen otras investigaciones.

En esta revista se van a introducir tres tesis.

d. Cursos

En esta sección se pueden introducir cursos del área médica o interpersonal para médicos. En la revista del hospital se incluirá un curso de Relaciones Humanas.

e. Talleres

En el hospital se realizan diversos talleres, como una manera más, en su mayoría, de cumplir con programas preestablecidos. En esta revista se incluirá la primera parte del taller "La leche Materna es fuente de vida", para cumplir con el programa

"Fomento a la lactancia materna exclusiva".

f. Informando

Esta sección tiene como finalidad dar a conocer los eventos que se realizan tanto en el hospital como en otras Instituciones.

g. Cartas al editor

Es la retroalimentación del proceso de la comunicación. En este número se introducirá una cordial invitación a los lectores para que participen en la revista a través de sus cartas o sus artículos como colaboradores de la misma.

En los siguientes números el médico podrá participar, con sus comentarios y aportaciones.

4.- FUNCIONAMIENTO

Además de la forma y el contenido se proporciona, en esta tesis, una propuesta acerca del funcionamiento de la revista, que se puede aplicar durante todo un año.

En el funcionamiento de la revista se incluyen cinco puntos importantes, los cuales son:

4.1 Información

4.2 Tiempos

4.3 Recursos Humanos

4.4 Recursos Materiales

4.5 Presupuesto

A continuación se desarrollarán cada uno de ellos:

4.1 Información

Esta se clasifica a su vez en:

4.1.1 Fuentes de Información

Existen por lo menos cuatro fuentes de donde se puede obtener la información. A través de los eventos de Educación Continua, investigaciones, material esporádico, y de la Dirección General.

4.1.2 Recaudación de la Información

Es la manera en la que se puede recolectar información a través de las fuentes de información antes mencionadas. Para ello se debe conocer cada cuanto se

realizan los eventos, las investigaciones, etc.

4.1.3 Información Archivada

Una vez que la información es recaudada, debe ser archivada, ya sea a través de un archivo tradicional o en una computadora.

4.1.4 Selección de la Información

Después de ser archivada la información debe ser seleccionada por el jefe del departamento de I. y E.

Esta selección está condicionada por el diseño y el formato que previamente el diseñador le dio a la revista y por el espacio destinado a cada sección otorgado por el comunicólogo.

4.1.5 Información Procesada

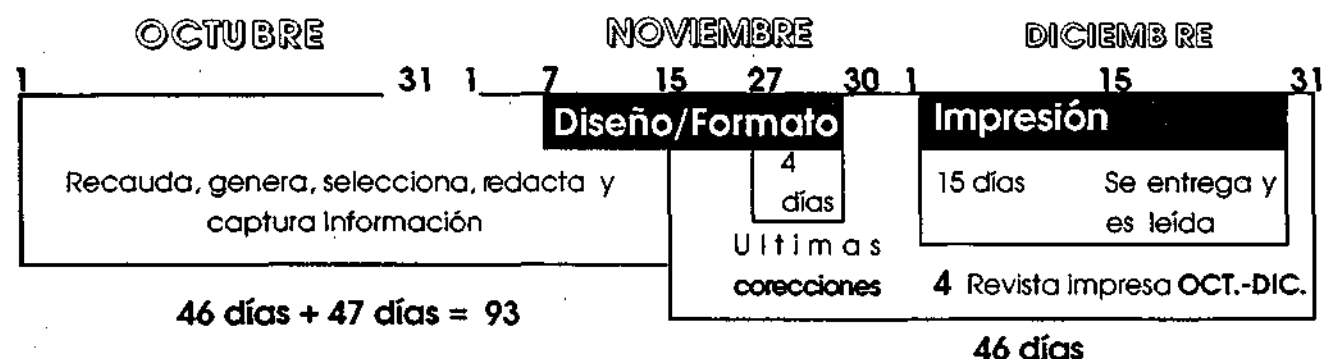
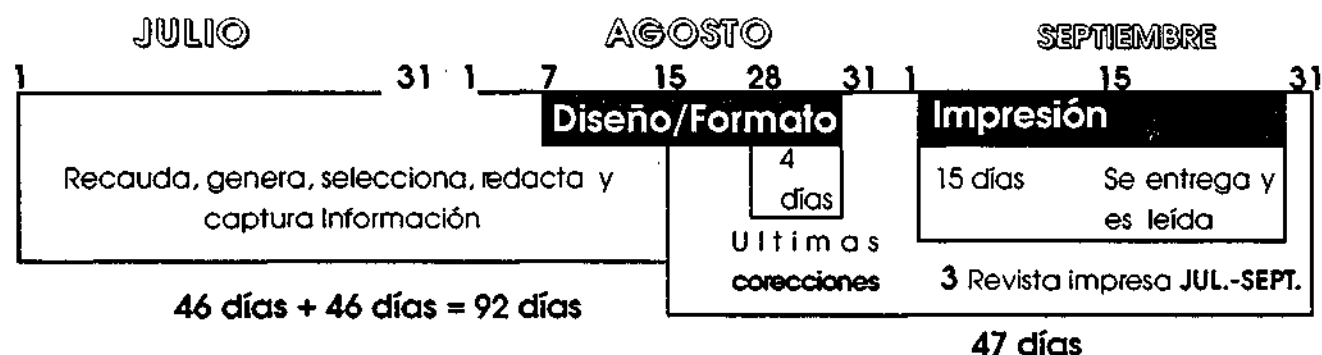
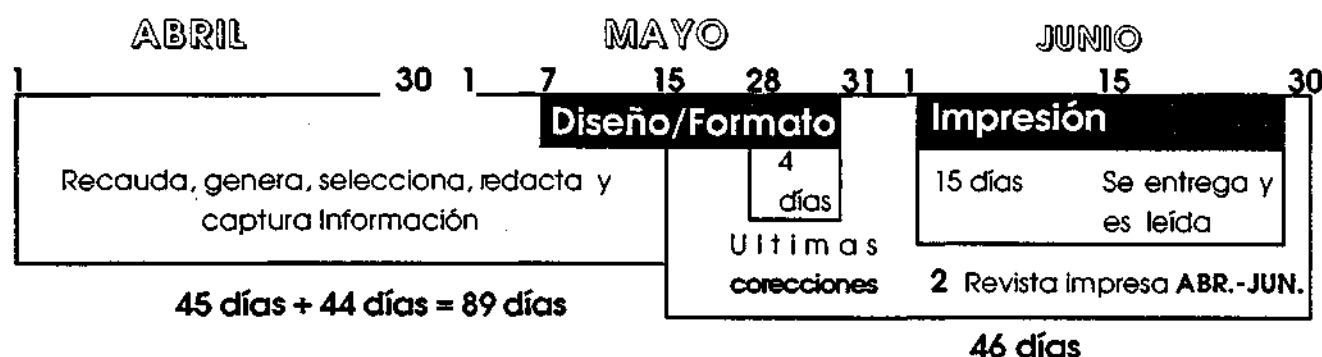
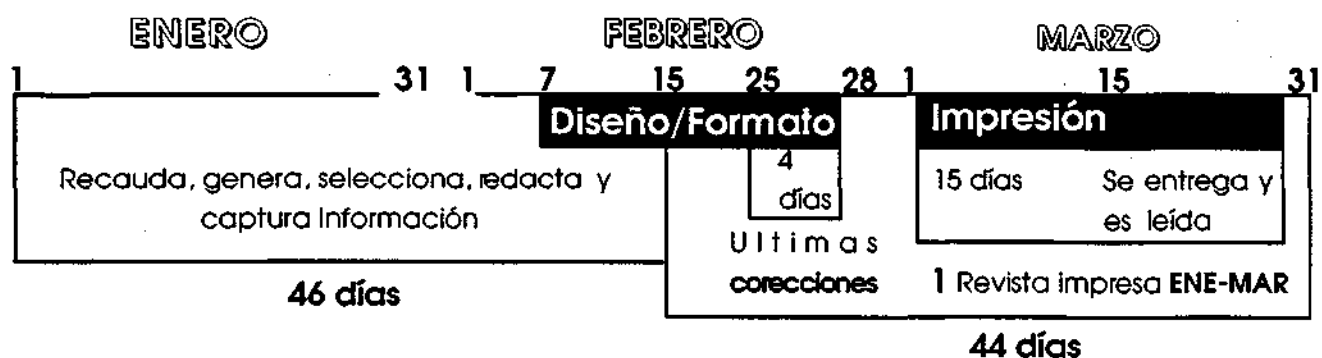
Posteriormente la información pasará por un proceso de redacción y estilo, se capturará y sufrirá diversas correcciones, hasta llegar a la corrección final, que significará el pase automático a la imprenta. Esa información es la que el receptor podrá leer.

4.2 Tiempos

Como la revista será trimestral, debe planearse adecuadamente los tiempos que incluyen todo el proceso de la creación de la revista, para que sea entregada al lector y éste pueda leerla en la fecha establecida.

A continuación se propone una **Ruta Cronológica** para 1996:

ruta cronologica para 1996



4.3 Recursos Humanos

Son las personas que participan en el proceso de la revista. Las cuales son:

4.3.1 Ponentes

Representan elementos de gran importancia para poder recaudar la información eficazmente. Se propone que cada ponente realice y entregue un resumen por escrito al jefe del departamento de I. y E. de la sesión o el curso que impartió, con el fin de facilitar la tarea de recolectar la información y de archivarla.

4.3.2 Comunicólogo

Tiene varias funciones. Es el responsable de recaudar la información con o sin ayuda de los ponentes, de apoyar al jefe del departamento en la selección de la información, realizar cálculos de información, conformar el Dummy*, redactar y corregir estilo, formar la revista, realizar la primera y segunda revisión, hacer el original por computadora, entregarlo a la imprenta, realizar tratos con ésta, recoger la revista y entregarla al jefe del departamento.

A continuación se va a presentar el cálculo de información y el dummy de la revista del hospital:

• Cálculo de Información

Es el procedimiento, mediante el cual el editor, los escritores, etc, pueden saber cuanta información, cuantas cuartillas, necesita tal o cual sección de la revista.

El cálculo de la información facilita la producción de la revista, sin desperdicio de tiempo.

Al tener el diseño, el formato de la revista y el espacio para cada sección, se realizan los cálculos de información.

Aunque se determinó que en la revista se iba a utilizar un formato a dos columnas, la editorial y las cartas al editor serán a una columna, y la sección informando a tres; esto es por el tipo de información que se maneja en estas secciones. Los cálculos para cada uno de estos formatos son los siguientes:

A una Columna: La medida de la tipografía es de 12 puntos.

Para este formato y los demás se va a emplear **una cuartilla** realizada en máquina de escribir tradicional a **doble espacio**, con **70 golpes** y **45 líneas**. Es decir:

70 golpes corresponden a una línea

70 golpes x 45 líneas corresponden a una cuartilla = 3150 golpes

En este formato cada línea corresponde a 94 golpes, y su cuartilla consta de 38 líneas. Por lo tanto:

$$94 \text{ golpes} \times 38 \text{ líneas} = 3572 \text{ golpes}$$

3572 golpes

equivale a

$$\begin{array}{r} 3150 \text{ golpes} = 1 \text{ cuartilla tradicional} \\ + 420 \text{ golpes} = 6 \text{ líneas} \\ \hline 3572 \text{ golpes} \end{array}$$

A dos Columnas: Empleado por las secciones de sesiones, investigaciones, cursos y talleres.

En este formato como las columnas son más pequeñas que la línea de una cuartilla tradicional se realizó el cálculo en base a dos líneas de la revista. Dos líneas corresponde a 70 golpes + 26 golpes = 96 golpes cada 2 líneas, en una cuartilla de 82 líneas sencillas (cada columna es de 41 líneas y son 2 columnas), las cuales se dividen entre 2 = 41. Por lo tanto:

$$96 \text{ golpes} \times 41 \text{ líneas} = 3936 \text{ golpes}$$

3936 golpes

equivale a

$$\begin{array}{r} 3150 \text{ golpes} = 1 \text{ cuartilla tradicional} \\ + 786 \text{ golpes} = 6 \text{ líneas} \\ \hline 3936 \text{ golpes} \end{array}$$

A tres Columnas: Empleado por la sección informando.

En este formato como las columnas son más pequeñas que la línea de una cuartilla tradicional también se realizó el cálculo en base a dos líneas de la revista. Dos líneas corresponde a 70 golpes + 6 golpes = 76 golpes cada 2 líneas, en una cuartilla de 102 líneas sencillas (son 3 columnas, cada una tiene 34 líneas), las cuales se dividen entre 2 = 51 líneas dobles. Por lo tanto:

$$76 \text{ golpes} \times 51 \text{ líneas} = 3876 \text{ golpes}$$

3876 golpes	equivale a	3150 golpes = 1 cuartilla tradicional
		+ 726 golpes = 10 líneas
		3876 golpes

• Dummy

Es un formato , en donde vienen las especificaciones de la revista, tales como el número de páginas, el formato, diseño, fotografía, secciones, etc. Es decir es una especie de resumen, que sirve de base para poder producir la revista.

Para la conformación del dummy se utilizan pocas páginas y no se incluye la información de las secciones, salvo los títulos, para indicar lo que contiene cada página.

A continuación se presenta el dummy de la revista del hospital:

CONTENIDO

PAGINA 1

DIRECTORIO	DIRECTORIO, COMITE Y CONSEJO EDITORIAL
2	

PAGINA 2

A NUESTRO PERSO. MEDICO	EDITORIAL
3	

PAGINA 3

SESIONES	PIE DIABETICO
6 cm	
6 cm	
4	

PAGINA 4

[illegible]

PAGINA 5

[illegible]

PAGINA 6

[illegible]

PAGINA 7

[illegible]

PAGINA 8

PRESEN. CLINICA DEL SINDR. X EN PACI. DIABETICOS		INVESTIG.
2.5 cm.		
3 cm.		
9		

PAGINA 9

INVESTIG.	CANCER TIROIDEO
10	

PAGINA 10

		INFORMAND
11		

PAGINA 11

CURSOS	DE RELACIONES HUMANAS
	
	
12	

PAGINA 12

4.3.3 Jefe del Departamento de Investigación y Enseñanza

Mantiene contacto con la Dirección General de la revista y ésta le comunica los requerimientos. Le presenta el proyecto previo, realizado conjuntamente con el comunicólogo y el diseñador, para que sea autorizado. Además mantiene contacto directo con las fuentes de información y selecciona la información. Realiza revisiones y autoriza el original que será llevado a la imprenta. Presenta este original a las autoridades para que lo autoricen.

4.3.4 Dirección General

Procede como fuente de información, especialmente para elaborar las editoriales. Revisa y autoriza el proyecto previo y los originales por computadora.

4.3.5 Diseñador Gráfico

Debe conocer cuál es la información recaudada y archivada para poder diseñar la revista. A su vez debe de estar enterado de los requerimientos de las autoridades de la Institución y los problemas que pretende solucionar el comunicólogo, para que de esta manera pueda diseñar la revista.

Colabora en el proyecto previo, una vez autorizado, entrega el diseño y el formato al comunicólogo para trabajar conjuntamente con éste en la elaboración de la revista.

En dado caso de que no se disponga de un diseñador gráfico, esta función la puede realizar el comunicólogo.

4.3.6 Capturista

Captura la información seleccionada para la formación de la revista. Puede revisar la ortografía.

4.3.7 Colaboradores de la Revista

Personas, médicos, etc, que pueden escribir artículos en la revista. Sus escritos deberán ser entregados al jefe del departamento.

4.4 Recursos Materiales

Se necesita principalmente de: Archivero, grabadora, computadoras, impresoras láser y de puntos, imprenta, etc.

4.5 Presupuesto

De acuerdo a los requisitos del hospital, de la propuesta del diseñador, y a la elección de la revista por parte del comunicólogo se debe pedir un presupuesto en

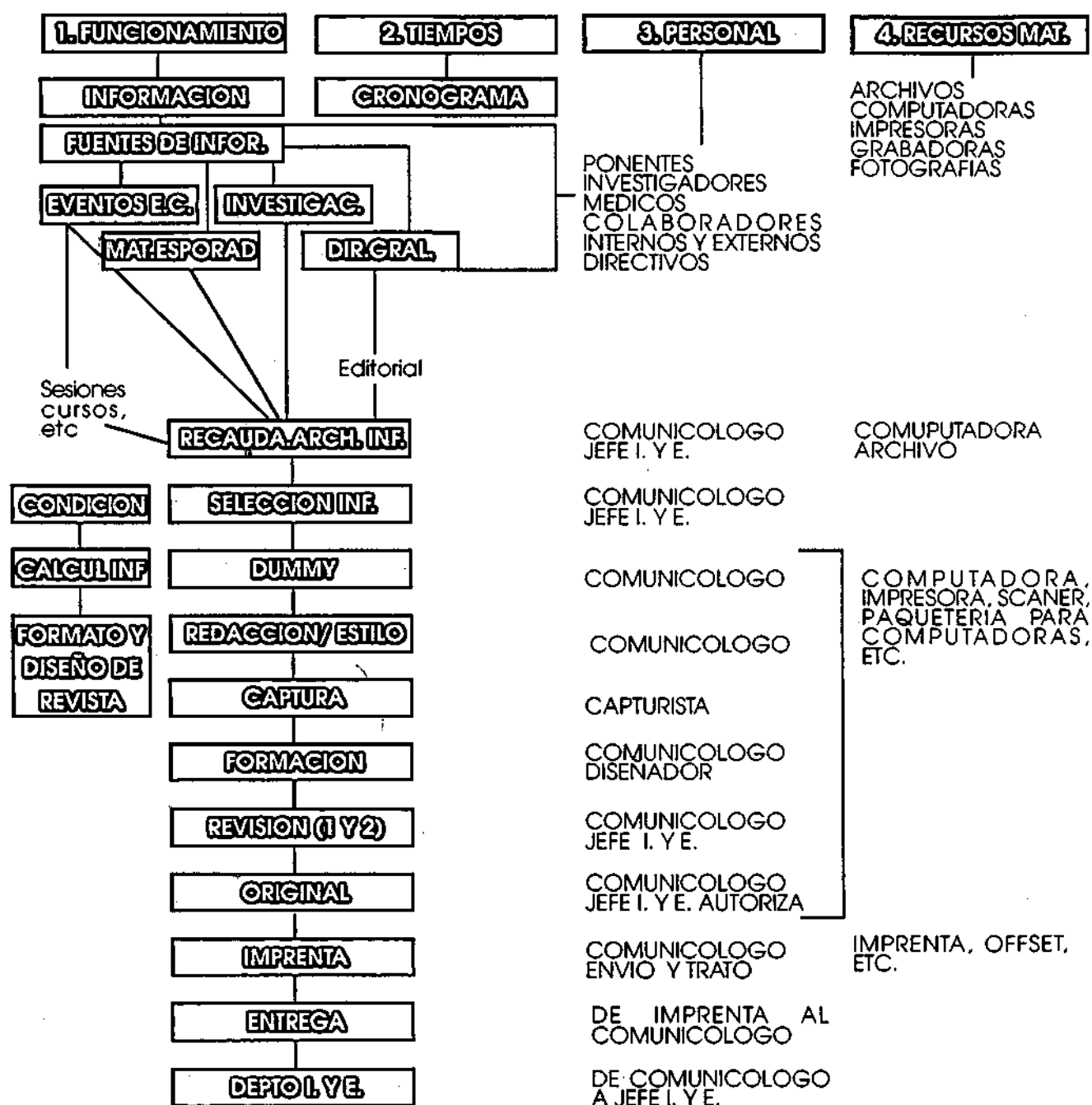
una imprenta, para presentarlo en el proyecto previo. Si este es aceptado se respeta sus especificaciones.

En el presupuesto se toman en cuenta el tiraje, páginas, portada, interiores.

El presupuesto de la publicación del hospital comprende un tiraje de 350 revistas, 14 páginas, Portada (dos tintas, papel couché) e interiores (una tinta, papel bond). El presupuesto de la revista del hospital se encuentra en la página 96.

Para entender mejor el funcionamiento de la revista se presenta el siguiente esquema:

FUNCIONAMIENTO DE LA REVISTA





IMPRESOS

Lehemar, S.A. de C.V.

H. PUEBLA DE Z. A 13 DE JUNIO DE 1996.

ATENCION:

VIRMA LETICIA SALAS DE LA ROSA.

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PERMITO ENVIAR_
LE UN SALUDO Y LA COTIZACION QUE USTED NOS HA SOLICITADO.

CANTIDAD:

350 REVISTAS, CON 16 PAGINAS EN PAPEL BOND DE
36 KG. IMPRESAS A UNA TINTA, CON PORTADA EN
PAPEL COUCHE DE 135 GRS. IMPRESAS A DOS TINTAS
CON APROXIMADAMENTE 15 FOTOS INTERIORES MEDIOS
TONOS.

PRECIO.....\$ 2,470.00

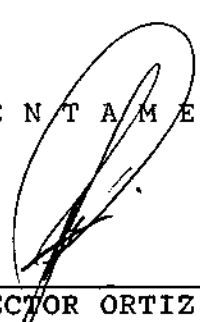
700 REVISTAS IDEM A AL ANTERIOR.

PRECIO.....\$ 2,980.00

NOTA: LOS PRECIOS ARRIBA MENCIONADOS AL MOMENTO DE SER FAC_
TURADOS CAUSARAN EL 15% DEL I.V.A.

SIN MAS POR EL MOMENTO Y ESPERANDO CONTAR
CON SU APROBACION SE DESPIDE DE USTED SU MAS SEGURO SERVIDOR

AA T E N T A M E N T E .



LIC. HECTOR ORTIZ RIVERA.

CONCLUSIONES

1.- LA REVISTA ES EL MEDIO DE COMUNICACION MAS ADECUADO PARA RESOLVER EL PROBLEMA DEL DEPARTAMENTO DE I. Y E. DEL HOSPITAL

1.1. Porque logra transmitir adecuadamente a los médicos, los conocimientos que se generan en los eventos de Educación Continua.

La revista logra esa transmisión de conocimientos, debido a que elimina las limitantes relacionadas con la comunicación que se encontraron en el departamento. Tales como:

a.- El contenido de los eventos no se registra para una consulta posterior.

La revista de acuerdo a sus características como medio impreso, permite registrar una considerable cantidad de información de los eventos, la cual puede ser consultada posteriormente por el médico.

b.- Espacio físico insuficiente e inadecuado

Este medio no requiere de un lugar específico, ni de la presencia física de los médicos.

c.- Tiempo

También permite que La información pueda ser seleccionada con anticipación, sin estar sujeta a un espacio determinado de tiempo. Y elimina el problema que tienen los médicos con sus horarios de trabajo.

d.- Sonido

Elimina el ruido de canal

e.- Desconocimiento de los eventos de Educación Continua

Permite la difusión de estos eventos

f.- Desconocimiento de las investigaciones

Permite la difusión de las investigaciones

Al eliminar estas seis limitantes se logra transmitir adecuadamente los conocimientos a los médicos, aumentando la fidelidad de la comunicación.

1.2 La revista cumple con los requerimientos del hospital en cuestión.

Una revista como la que se propone en esta tesis, trimestral, de 16 páginas, con bond en interiores a una tinta y couché en la portada a dos tintas, etc; resulta

ser un medio verdaderamente económico, como lo requería el hospital.

Además por su forma, por incluir el logotipo de la Institución en la portada y por ser un medio que puede llegar a diversos receptores del área médica, va a lograr transmitir una imagen favorable de la Institución.

1.3. Esta revista no solamente logra transmitir conocimientos médicos, también provoca ciertos efectos en el receptor al decodificar el mensaje.

Se va a lograr el efecto de motivación en los receptores por la presentación de la revista, en cuanto a su forma y su contenido, o al estimularlo, por ejemplo a través de la publicación de alguno de sus artículos. Todo ello va a provocar que el receptor se sienta motivado y se va a obtener una respuesta favorable, activando el círculo del proceo de comunicación a través de la retroalimentación.

Se logrará también el efecto de dos etapas a través de los comentarios favorables del lector sobre la revista y hasta los mismos conocimientos aprendidos en ella serán transmitidos de un receptor a otro, como una larga cadena que dará lugar a una imagen adecuada de la Institución.

2. LA REVISTA Y LA ADECUADA TRANSMISION DE LOS CONOCIMIENTOS AYUDAN A MEJORAR LA PREPARACION DE LOS MEDICOS

- El médico podrá prepararse individualmente al leer y adquirir los conocimientos médicos de la revista sin necesidad de asistir a los eventos.
- El médico logrará adquirir conocimientos de otras áreas de la medicina , lo cual le permitirá tener un panorama más amplio, cuando se aplique en la práctica diaria profesional.
- También podrá planear con anticipación los eventos a los cuales desee o pueda participar.
- Al ser la revista un medio coleccionable, le permitirá al médico tener una fuente documental en su propio hogar para apoyar investigaciones, preparar sesiones o simplemente consultar información.

2.1 En el área Técnica e Interpersonal

2.2.1 Area Técnica: Se había encontrado insuficiente capacitación de los médicos, lo cual era ocasionado por el ausentismo de éstos a los eventos de E.C. La revista no

va a eliminar este problema, ya que esta responsabilidad recae en el área administrativa, pero si va a permitir que el médico se capacite de manera individual, sin necesidad de asistir a los eventos.

La situación de que el cuerpo médico esté mejor preparado, va a influir a que las tasas, ya sean de mortalidad general, mortalidad infantil, etc logren un estándar similar al establecido por el Sistema Nacional de Salud, a través de sus índices médicos.

Al estar el médico mejor preparado el departamento de Investigación y Enseñanza va a cumplir con una de sus funciones principales.

2.2.2 Area Interpersonal: Se habían encontrado problemas de comunicación y respeto por parte de los médicos hacia los usuarios, cuando recibían éstos la atención médica, ya sea en consulta externa o en hospitalización. A través de los cursos que sí se imparten en el hospital y que estarán incluidos en la revista, el médico podrá prepararse en esta área.

Cabe mencionar que:

Independientemente, que la inadecuada transmisión de los conocimientos afecten la preparación del médico, existen otros factores sobre todo de índole administrativo que contribuyen a esa inadecuada preparación, tales como el ausentismo a eventos, incumplimiento de programas, etc.

3.- AL ESTAR EL MEDICO PREPARADO Y QUE EL DEPARTAMENTO DE I. Y E. CUMPLA CON SU FUNCION PRINCIPAL SE LOGRA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

Este departamento como forma parte de uno de los elementos que se toman en cuenta en la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, al presentarse una mejoría en éste, se presentará en consecuencia la misma situación en la C.A.M.

En conclusión final se establece que:

LA REVISTA ES EL MEDIO DE COMUNICACION MAS ADECUADO PARA TRANSMITIR LOS CONOCIMIENTOS A LOS MEDICOS DE LOS EVENTOS DE EDUCACION CONTINUA, ESTO AYUDARA A QUE MEJORE Y SE MANTENGA UNA PREPARACION ADECUADA DE LOS MEDICOS, LOGRANDO ASI MEJORAR LA C.A.M. DE ESTE HOSPITAL, LO QUE CONLLEVA A AUMENTAR LA CAPACIDAD PRODUCTIVA DEL HOMBRE Y EL DESARROLLO DE LA NACION, EN ESTE CASO DE MEXICO.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Esta revista será el Organó Oficial de la Institución, la cual podrá ser un modelo

de aplicación para otras Instituciones médicas que enfrentan problemas similares al expresado en esta tesis.

A su vez va a permitir el desarrollo de la medicina y la participación activa de su personal médico en investigaciones del área afin.

Se sugiere que una vez que se implante la revista en el hospital se realicen futuras evaluaciones con el fin de determinar si se está cumpliendo con sus objetivos; de manera contraria tendrá que sufrir modificaciones ya sea en cuanto a su contenido , forma o a sus objetivos iniciales. Todo ello con el fin de resolver el problema para mejorar la C.A.M.

El lograr mejorar la Calidad de la Atención Médica y también mantener una adecuada preparación de los médicos , es una tarea verdaderamente ardua y una de las metas primordiales, por la que debe luchar cada una de los organismos e Instituciones que representan los subsistemas de salud en México.

Las Ciencias de la Comunicación, representan una alternativa más de solución en este gran rublo que es la salud. Sin embargo deben aliarse y trabajar de manera interdisciplinaria, en apoyo a las área administrativas quienes son responsables de garantizar esa Calidad de la Atención Médica a los usuarios y de no obtaculizar la preparación continua del médico.

ANEXOS

ANEXO 1. GRAFICAS: ANALISIS DE REVISTAS MEDICAS

1. TIPO DE PORTADA



■ BASADA EN TEXTO ■ FIGURATIVA

4. LOGOTIPO EN PORTADA



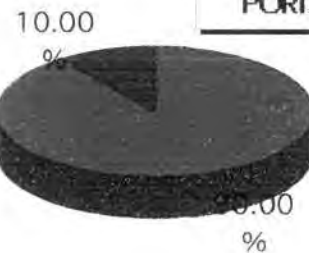
■ CON LOGOTIPO ■ SIN LOGOTIPO

2. COLOR DE PORTADA



■ DOS TINTAS ■ SELECCION A COLOR

5. PAPEL DE PORTADA



■ COUCHE ■ OTROS

3. TIPOGRAFIA DE PORTADA



■ SERIF ■ SANS SERIF ■ SERIF Y SANS SERIF

6. TIPOGRAFIA INTERIORES



■ SERIF ■ SANS SERIF

7. FORMATO COLUMNAS

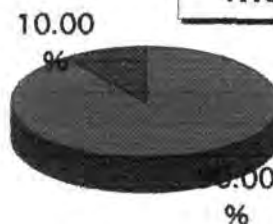
■ 2 COLUMNAS ■ 3 COLUMNAS

10. NOMBRE REVIS/C/PAG

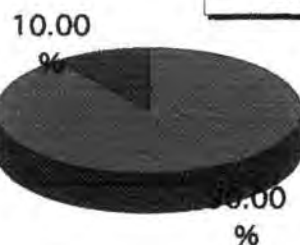
■ CON NOMBRE REVIS/C/PAG ■ SIN NOMBRE REVIS/C/PAG

8. FORMATO NUMERACION

■ # PEQUEÑOS, INF. DER E IZ. ■ # MEDIANOS CENTRADOS

11. FORMATO PAGINAS

■ CARTA ■ OTROS

9. FORMATO LINEAS

■ LINEAS HORIZ. DELGADAS ■ LINEAS VERT. MEDIANAS

12. PAPEL INTERIORES

■ COUCHE MATE ■ BOND

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA

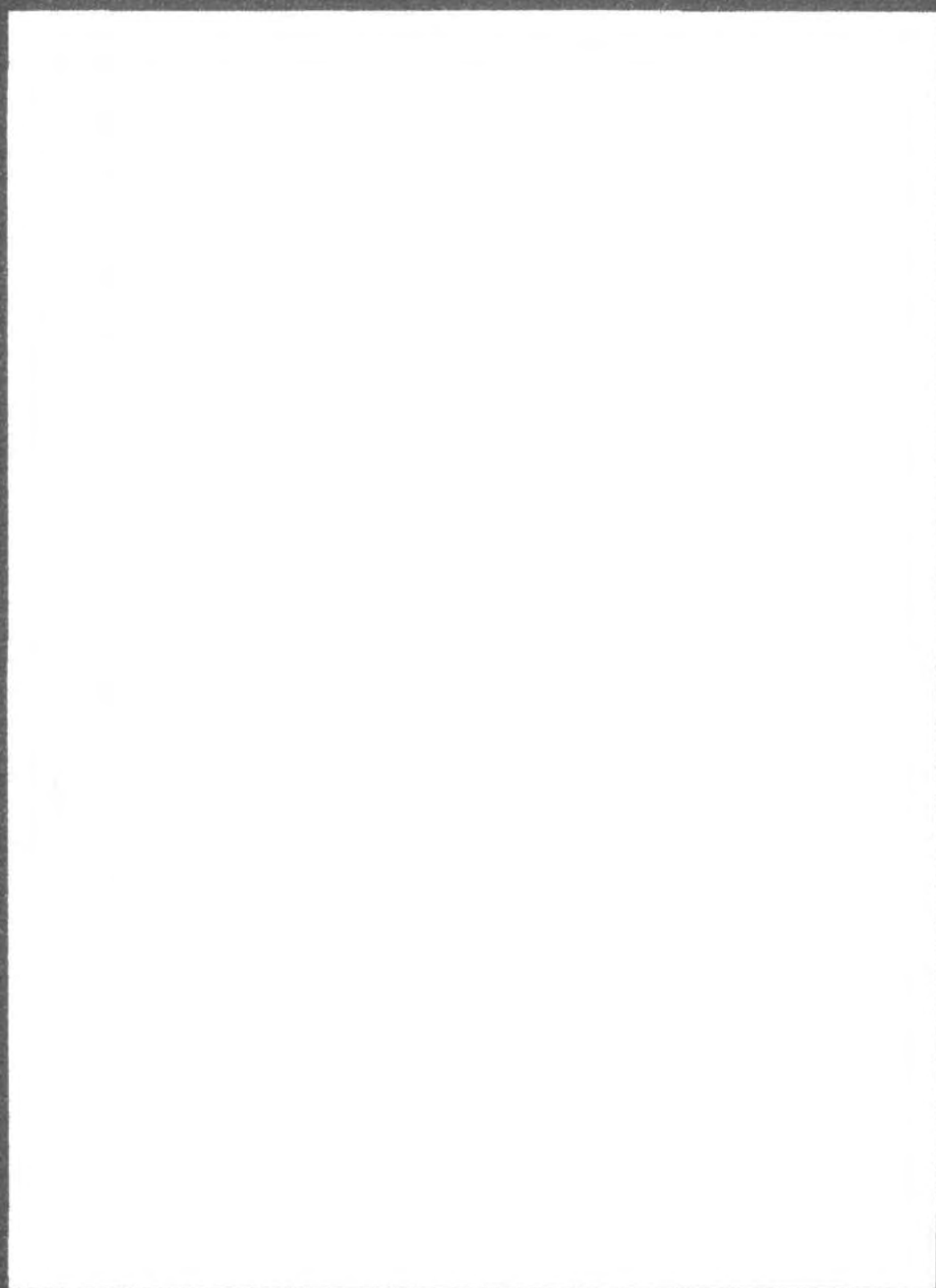
**H
O
S
P
I
T
A
L**

***SURFACTANTE EXOGENO:
NUEVA MODALIDAD EN EL
MANEJO DEL SINDROME
DE DIFICULTAD
RESPIRATORIA EN
NEONATOS PRETERMINO
NACIDOS EN EL HOSPITAL
NACIONAL**

*** DESATURACION DE
SANGRE VENOSA
MEZCLADA COMO
PREDITOR DE MORBI
MORTALIDAD POST
OPERATORIA**

ENERO-MARZO

96



PRUEBA DE INTERIORES

La mayoría de individuos muestran alteraciones degenerativas vertebrales osteoligamentarias, después de los 40 años de edad; hemos observado en nuestro medio un incremento de dolor lumbar en este tipo de pacientes, siendo la causa el atrapamiento del saco tecal y raíces por cambios degenerativos.

El presente estudio se realizó en el hospital, en un período de enero de 1994 a enero de 1996 con una revisión de 142 expedientes clínicos, de los cuales 89 casos fueron femeninos y 53 masculinos, se excluyeron 47 casos por no contar con los requisitos del protocolo.

Las edades fluctuaron de 20 a 79 años de edad en ambos sexos con una media de 39.5 años.

Todos los casos manifestaron dolor, cursando el 99.8 por ciento (139 casos) exclusivamente con lumbalgia acompañados de ciatalgia con una evolución de los nueve años a los seis meses con un promedio de 4.5 años.

Se encontró en 106 casos el signo de lasseque, los reflejos patelares y aquileos, la fuerza muscular de los extensores de los dedos peroneos, tibiales, tríceps y flexores de los dedos uni o bilateral fueron positivos.

En todos los casos se encontraron alteraciones de la sensibilidad en el 80 por ciento, siguiendo una matamera específica y en el resto en forma difusa.

Las radiografías simples estáticas fueron anormales en todos los pacientes y revelaron más de un nivel de degeneración discal.

La hidromielografía se realizó en un 14.6 por ciento, la TAC en un canal lumbar, láminas,

ligamento amarillo, resonancia magnética nuclear en 1.4 por ciento de los pacientes, el resto no contó con los estudios contrastados y nucleares. A los 142 pacientes se les realizó protocolo de lumbalgia, se efectuó artrodesis a dos segmentos de tipo autólogo.

El tipo de intervención realizada consistió en laminectomía completa de un nivel, laminectomía hemitransversa de los niveles supra e infrayacentes la factectomía doble vertical, revisión y liberación de las raíces comprometidas, revisión y en un caso discectomía de los niveles necesarios más artrodesis posterolateral unilateral, en el 3 por ciento laminectomía completa se realizó a dos niveles.

La valoración clínica post-operatoria se realizó en 5 años como máximo y 6 meses como mínimo, teniendo dos tipos de evaluación final, la relacionada de acuerdo a los parámetros de inohue con síntomas, signos infección y autoevaluación del paciente y la relación con el aspecto laboral. La composición del surfactante pulmonar natural es aproximadamente: 90 por ciento y 10 por ciento proteínas.

PRUEBA DE INTERIORES

La mayoría de individuos muestran alteraciones degenerativas vertebrales osteoligamentarias, después de los 40 años de edad; hemos observado en nuestro medio un incremento de dolor lumbar en este tipo de pacientes, siendo la causa el atrapamiento del saco fecal y raíces por cambios degenerativos.

El presente estudio se realizó en el hospital, en un período de enero de 1994 a enero de 1996 con una revisión de 142 expedientes clínicos, de los cuales 89 casos fueron femeninos y 53 masculinos, se excluyeron 47 casos por no contar con los requisitos del protocolo.

Las edades fluctuaron de 20 a 79 años de edad en ambos sexos con una media de 39.5 años.

Todos los casos manifestaron dolor, cursando el 99.8 por ciento (139 casos) exclusivamente con lumbalgia acompañados de ciatalgia con una evolución de los

nueve años a los seis meses con un promedio de 4.5 años.

Se encontró en 106 casos el signo de lasague, los reflejos patelares y aquileos, la fuerza muscular de los extensores de los dedos peroneos, tibiales, tríceps y flexores de los dedos uni o bilateral fueron positivos.

En todos los casos se encontraron alteraciones de la sensibilidad en el 80 por ciento, siguiendo una matamera específica y en el resto en forma difusa.

Las radiografías simples estáticas fueron anormales en todos los pacientes y revelaron más de un nivel de degeneración discal.

La hidromielografía se realizó en un 14.6 por ciento, la TAC en un canal lumbar, láminas,

L i g a m e n t o amarillo, resonancia magnética nuclear en 1.4 por ciento de los pacientes, el resto no contó con los estudios contrastados y nu-

cleares. A los 142 pacientes se les realizó protocolo de lumbalgia, se efectuó artrodesis a dos segmentos de tipo autólogo.

El tipo de intervención realizada consistió en laminectomía completa de un nivel, laminectomía hemitransversa de los niveles supra e infra-yacentes la factectomía doble vertical, revisión y liberación de las raíces comprometidas, revisión y en un caso discectomía de los niveles necesarios más artrodesis posterolateral unilateral, en el 3 por ciento laminectomía completa se realizó a dos niveles.

La valoración clínica post-operatoria se realizó en 5 años como máximo y 6 meses como mínimo, teniendo dos tipos de evaluación final, la relacionada de acuerdo a los parámetros de inohue con síntomas, signos infección y autoevaluación del paciente y la relación con el aspecto laboral. La composición del sport.

La hidromielografía se realizó en un 14.6 %.

ANEXO 3. GRAFICAS: RESULTADOS DE ENCUESTAS A MEDICOS



ANEXO 3. GRAFICAS: RESULTADOS DE ENCUESTAS A MEDICOS

1. TIPOGRAFIA INTERIORES



■ INT. PROMEDIO
TIPOGR.SERIF

■ INT. X.
TIPOGRAFIA
SANS SERIF

4. FORMATO LINEAS



■ I. P. LINEAS
HORIZ.
DELGADAS

■ I. X. LINEAS
VERT.
MEDIANAS

2. FORMATO COLUMNAS



■ INT. P. 2
COLUMNAS

■ INT. X. 3
COLUMNAS

5. NOMBRE REVIS/C/PAG



■ I. X. SIN
NOMBRE
REVIS/C/PAG.

■ I.P. CON
NOMBRE
REVIS/C/PAG.

3. FORMATO NUMERACION



■ IN.P.#
PEQUEÑOS,INF.
DER E IZ.

■ I. X.#
MEDIANOS
CENTRADOS

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE Gas Héctor. Calidad de la Atención Médica. Serie estudios. Edición de la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México, 1993.

AYALA Raúl; **Shaffer** Carlos. Perspectivas y Seguridad Social. Crisis, ajuste y grupos vulnerables. Ediciones del Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1991.

BARQUIN C. Miguel. Dirección de Hospitales. Sistema de Atención Médica. Editorial Interamericana - Mc Graw-Hill. México,

BERLO David K. El Proceso de la Comunicación. Editorial El Ateneo. México, 1985.

CHILD John. Organización. Guía para problemas y práctica. Editorial Continental. México, 1989.

DAVIS Keith, Ph. D.; **Newstrom** John W, Ph. D. El Comportamiento Humano en el Trabajo. Comportamiento Organizacional. Editorial Mc Graw-Hill. México, 1990.

DONABEDIAN Avedis. Garantía y Monitoría de la Atención Médica. Edición del Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1992.

FAJARDO Ortiz Guillermo. Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativas. Ediciones científicas, la Prensa Médica Mexicana. México.

GIBSON James L.; **Ivancevich** John M.; **Donelly** James H. Organizaciones. Nueva Editorial Interamericana. México, 1984.

GONZALES Alonso Carlos. Principios Básicos de Comunicación. Editorial Trillas. México, 1994.

HERNANDEZ Sampieri Roberto; **Fernández** Collado Carlos; **Baptista** Lucio Pilar. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw-Hill. México, 1991.

JUMBULL Arthur T.; **Baird** Russell N. Comunicación Gráfica. Tipografía, Diagramación y Diseño. Editorial Trillas. México, 1986.

KLEPPNER S. Otto. Manual de Publicidad. Tomo 1, 2 y 3. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana. México, 1988.

KUMATE Jesús; **Sepúlveda** Jaime; **Gutierrez** Gonzalo. Información en Salud: La Salud en cifras. Secretaría de Salud. Fondo de Cultura Económica. México, 1993.

NARRO Robles José. La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI. Fondo de Cultura Económica. México, 1993.

OWEN William. Diseño de Revistas. Ediciones G. Gili. México, 1991.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Análisis de las Organizaciones de Salud. Serie Faltex # 4. Editorial de la OMS. Washington, D.C. , 1989.

OMS. De Alma - Ata al año 2000. Reflexiones a medio camino. Editorial de la OMS. Ginebra, 1991.

OMS. Estadísticas de Salud de las Américas. Editorial de la OMS. Washington, D.C. , 1992.

OMS. Sistemas Locales de Salud. Editores: José María Paganini, Roberto Capote . México, 1991.

PAOLI J. Antonio. Comunicación e Información. Editorial Trillas. México, 1989.

REED H. Blake; **Edwin** O. Haroldsen. Taxonomía de Conceptos de la Comunicación. Ediciones Nuevomar, S. A. de C.V. México, 1989.

RODA Salinas F. J.; **Beltrán** de Tena R. Información y Comunicación. Los medios y su aplicación didáctica. Editorial Gustavo Gili S.A. de C.V. Barcelona, 1988.

VEGA Franco Leopoldo; **García** Manzanedo Héctor. Bases Esenciales de Salud Pública. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México, 1990.

REVISTAS ESPECIALIZADAS

REVISTA MEDICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRUGIA Y PSIQUIATRIA. Organó oficial de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. Vol. XXXII. Num. 1. 1992.

REVISTA MEDICA DEL IMSS. Vol. 32. Num. 1/1994. Enero-febrero.

MEDICO MODERNO. " La medicina privada en México". Vol XXXIII. Num. 2. Octubre 1994.

MEDICO MODERNO. Año XXXIV. Num 7. Marzo 1996.

REVISTA DEL HOSPITAL

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA

H O S P I T A L

SESIONES

- PIE DIABETICO
- SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

INVESTIGACIONES

- SINDROME DEL CANAL LUMBAR DERECHO COMO CAUSA DE LUMBALGIA
- PRESENTACION CLINICA DEL SINDROME "X" EN PACIENTES DIABETICOS
- CANCER TIROIDEO

INFORMANDO

- EVENTOS DE EDUCACION CONTINUA

CURSOS

- RELACIONES HUMANAS
- PARTICIPAR EN UN GRUPO DE TRABAJO

TALLERES

- LA LECHE MATERNA ES FUENTE DE VIDA

CARTAS AL EDITOR

- INVITACION A NUESTRO LECTOR

ENERO-MARZO

CONTENIDO

DIRECTORIO	2
EDITORIAL	3
SESIONES	
• PIE DIABETICO	4
• SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	6
INVESTIGACIONES	
• SINDROME DE CANAL LUMBAR DERECHO COMO CAUSA DE LUMBALGIA	8
• PRESENTACION CLINICA DEL SINDROME "X" EN PACIENTES DIABETICOS	9
• CANCER TIROIDEO	10
INFORMANDO	
• EVENTOS DE EDUCACION CONTINUA	11
CURSOS	
RELACIONES HUMANAS: • COMO PARTICIPAR EN UN GRUPO DE TRABAJO	12
TALLERES	
• LA LECHE MATERNA ES FUENTE DE VIDA	14
CARTAS AL EDITOR	
• INVITACION A NUESTRO LECTOR	16

DIRECTORIO

DIRECTORIO, COMITE Y CONSEJO EDITORIAL

EDITORES

Jose Luis Sánchez Flores
Leticia Salas de la Rosa

CONSEJO DIRECTIVO

Antonio Espinoza Arteaga
García Efrén Chávez
Roberto Carrillo Carmona
Luis Pedraza Alvarez
Rubén Soriano Quiroz
Miguel Angel Soto Carvajal

COMITE EDITORIAL

Francisco Javier Castillo Camacho
Marco Antonio Acosta Alvarado
Rodolfo Cuevas Chavarría

Julio Ramírez Mendoza
Jesús Salazar Chacón
Adolfo Morales Juárez

COLABORADORES

Manuel Elizondo Fernández
Mercedes Rossano Casas
Patricia Ortega Salas

Arturo Delgado Torres
Ramón Esqueda Valle
Luis Soto Solís

DISEÑO GRAFICO

Armando Cruz Solano

CAPTURA

Gabriela Gómez Delgado

A NUESTRO PERSONAL MEDICO

EDITORIAL

En este Instituto la docencia y la investigación son dos rublos fundamentales para las autoridades y personal que ahí laboramos, ya que esto implica por un lado el mantenerse en contacto directo con los avances de la medicina y por el otro desempeñar un papel activo en el desarrollo de la misma; todo ello en miras de otorgar a los usuarios una atención médica de calidad.

Ante esta perspectiva y ante el compromiso que tenemos con ustedes de proporcionales una preparación académica adecuada; nos hemos propuesto el objetivo de crear una revista médica, dirigida especialmente al médico de este hospital con el fin de comunicarle una diversa información acerca de las investigaciones y eventos de Educación Continua (sesiones, cursos, conferencias, etc.) que orgullosamente realizamos bajo la tutela de nuestro departamento de Investigación y Enseñanza.

La Revista Médica del Hospital está compuesta por las siguientes secciones: • **SESIONES**, donde se incluyen dos o tres, las más importantes del trimestre; • **INVESTIGACIONES**, se publican tesis u otras investigaciones que se realizan en el hospital; • **CURSOS**, pueden ser aquellos que abarquen el área médica o interpersonal para médicos; • **TALLERES**, que se llevan a cabo en el departamento; • **INFORMANDO**, donde se da a conocer los diversos eventos que se realizan tanto en ésta como en otras Instituciones y por último • **CARTAS AL EDITOR**, a través de esta sección se logra establecer una comunicación directa y en ambos sentidos con nuestro lector.

Agradecemos a todas las personas que hicieron posible la realización de esta publicación y en especial a nuestro lector por su atención prestada.

**ESTAMOS CONSCIENTES QUE TODO ESTO ES EL PRINCIPIO QUE
VISLUMBRA UN BUEN FUTURO.**

**ESPERAMOS CONJUNTAMENTE DESARROLLARNOS Y CUMPLIR
MUCHOS AÑOS.**

ATTE

**CONSEJO DIRECTIVO
COMITE EDITORIAL**

SESIONES

PIE DIABETICO

Por el Servicio de Ortopedia

El servicio de Ortopedia y Traumatología de este hospital a cargo de su jefe el Dr. Manuel López M. y de uno de los médicos de base el Dr. Luis Mora G.; investigaron y presentaron la siguiente sesión:

DEFINICION

El pie diabético es una condición de deficiente aporte sanguíneo, infección y/o neuropatía con una importante influencia de cierta forma de trauma, que amenaza la función de la vida del paciente, siendo ésta una complicación bastante frecuente.

CLASIFICACION

La clasificación que se propone en esta sesión, está basada en los casos clínicos que se presentaron en el mismo hospital durante el año de 1994 y parte de 1995.

- 541 Pacientes Diabéticos (en 10/12).
- 89 Pacientes (16 %) con problemas en pies.
- 17 Pacientes con la tríada de morbilidad.
- 10 Pacientes que perdieron un miembro (pese a tratamientos intrahospitalario).

EXAMEN FISICO

Este examen está compuesto por:

- Historia Clínica completa
- Inicio de padecimiento

Además por las siguientes preguntas:

- Utiliza Insulina? Desde cuándo?
- Ha bajado de peso?
- Ve bien?
- Padece de tabaquismo?
- Se le ha presentado alguna úlcera en el pie?

INFECCION

- Primaria
- Secundaria

PALPACION DE PULSOS

- Femoral
- Popliteo
- Pedio
- Tibial posterior

ARTERIOGRAFIA

Cuando el doppler es menos de 0.6. Para determinar una obstrucción de los grandes vasos, y si esta se beneficiará con cirugía vascular de revascularización.

TRATAMIENTO

- Preventivo, en donde se debe educar al paciente.
- Conservador
- Radical

CUIDADO DE LOS PIES

- Revisión diaria de los pies.
- Buscar escoriaciones, heridas,

grietas o ampollas.

- Lavado diario, secado suave (interdigital).
- Probar la temperatura del agua con la mano.
- No aplicar calor local a los pies.
- No usar queratolíticos, tela adhesiva.
- Revisión diaria de los zapatos.
- Uso adecuado de calcetines.
- No usar ligas o vendajes en miembros inferiores.
- Limado de uñas transversal.
- No cortar callos, sólo limarlos.
- Cuidados con el pedicurista.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

- Retiro de uñas.



PIE DIABETICO

SESIONES

Por el servicio de Ortopedia

- Desbridación de abscesos.
- Amputación de uno o varios orfejos.
- Limpieza quirúrgica.

TRATAMIENTO RADICAL

- Isquemia sin posibilidad de revascularización.
- Necrosis masivas.
- Infecciones graves no controladas.
- Destrucción esquelética del pie.
- Pacientes en mal estado general.
- Cuando se piensa en una evolución muy larga.
- Cuando no hay sangrado en la cirugía conservadora.

NIVEL DE AMPUTACION

- Transmetatarsiana.
- Tarso Metatarsiana (Liz Franc.).
- Transtatarsiana (Chopart).
- Amputación de Syme.
- Amputación 1/3 proximal de pierna.
- Supracondilia de fémur.
- Desarticulación de cadera.

ANTIBIOTICOS

Gram + :

- Sulfametoxazol
- Dicloxacilina
- Ampicilina
- Penicilina

Gram - :

- Gentamicina
- Cloranfenicol
- Estreptomina

Cuando se presenta un trastorno, complicación frecuente de la Diabetes Mellitus, se debe otorgar una atención exhaustiva por los aspectos clínicos que involucra. Así conviene hacer hincapié en el hecho de que de la actuación del médico general - habitualmente es el primer contacto - dependerá el buen resultado final.

ETIOLOGIA

- Trastornos metabólicos.

- Hiperfuncionalismo Corticosuprarenal.
- Alteraciones Simpáticas.

EXAMEN FISICO

- Palidez a la elevación de la pierna.
- Ausencia de rubor al colgar la pierna.
- Claudicación intermitente.
- Atrofia muscular
- Exploración de pulsos.

MICRO - ORGANISMOS

- **ULCERAS CON GANGRENA** (Infecciones mixtas)

Enterococcus, profusus Sp. Pseudomona Sp. Klebsiella y Bacterias Anaerobias.

- **ULCERAS SIN GANGRENA**

Staphylococcus epidermidis, aureus, y streptococcus hemolítico.

GAMAGRAFIA

Inyección I. V., 20 MC Tecnecio 99. Imágenes Plantares cada 5 ". De 5 a 10 minutos imagen global de ambos pies. A las tres horas imágenes estándar de los huesos en vistas múltiples.

Circulación insuficiente cuando hay retardo de aparición de la imagen en el pie afectado.

Al final de la sesión se discutió y se llegó a la conclusión de que el pie diabético, requiere de un gran cuidado y de una exhaustiva atención, ya que si no se toman las medidas pertinentes y el personal que atiende al paciente no está capacitado al respecto, las consecuencias podrían ser irreparables.

De ahí que es necesario establecer un manejo multidisciplinario, en el cual se incluya al médico general, medicina interna, vascular periférico y cirujano - Ortopedista.

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

EN EL NEONATO

Por el servicio de Pediatría

Una de las patologías que ha cobrado especial interés en la etapa neonatal durante los últimos años, es la **enfermedad de Membrana Hialina**, también denominada **Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido**.

Este interés obedece al surgimiento de nuevas técnicas en el manejo del síndrome de dificultad respiratoria.

Dicha patología se presenta principalmente en recién nacidos de pretérmino, siendo difícil determinar su incidencia, pero la relación que guarda con la edad gestacional es muy estrecha, de tal forma que ocurre en el 60 por ciento de los recién nacidos con menos de 30 semanas de edad gestacional; en 15 a 20 por ciento en los de 32 a 36 SDG y en menos del 5 por ciento en los mayores de 37 semanas gestacionales.

La fisiopatología de la enfermedad no está del todo esclarecida, pero de múltiples eventos, la ausencia de factor surfactantes es la de mayor peso en la génesis del problema ya que su participación es fundamental para disminuir la tensión superficial de la vía aérea evitando así el fracaso en el desarrollo de la capacidad funcional residual y la tendencia de los pulmones afectados a tornarse atelectásicos.

Las sustancias tensoactivas, básicamente factor surfactante, se produce en células especializadas conocidas como cuboide que se

encuentran en la superficie alveolar liberando el surfactante al interior de los alveolos, sin embargo la cantidad producida puede ser insuficiente por inmadurez.

A las 20 semanas de gestación existe surfactante en altas concentraciones sin alcanzar la superficie pulmonar quedando sólo en los homogeneizados de pulmón. A las 28-38 semanas aparece en el líquido amniótico y a partir de la semana 35 ya hay niveles de surfactante pulmonar activo.

La composición del surfactante pulmonar natural es aproximadamente: 90 por ciento y 10 por ciento proteínas. Hay 45 por ciento de dipalmitoilfosfatidilcolina (DPPC), 25 por ciento de fosfatidilcolina, 5 por ciento de fosfatidilglicerol (PG), 5 por ciento de otros fosfolípidos y 10 por ciento de lípidos neutros. Las proteínas del surfactante están formadas por tres tipos específicos: SP-A, SP-B y SP-C, siendo responsables de una gran cantidad de procesos bioquímicos como permitir la mejor absorción del DPPC.

La síntesis de la dipalmitoilfosfatidilcolina, que es el principal fosfolípido que interviene en la composición bioquímica del surfactante, se realiza por dos vías: la primera llamada de la fosforilación siendo esta la más importante y alcanza su desarrollo máximo hasta las 35 SDG, y la segunda, de la metilación que es completa entre las 22 y 23 semanas gestacionales siendo menos importante que la primera y cobra interés en los pacientes nacidos antes de las 35 semanas de gestación.

PRIMERAS PRUEBAS CON SURFACTANTE EXÓGENO

Una vez que se estableció que la EMH era la debida a una deficiencia de surfactante, resultó evidente que el tratamiento lógico era el reemplazo del componente tensoactivo ausente.

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

SESIONES

EN EL NEONATO

Por el servicio de Pediatría

Las primeras pruebas clínicas de terapia con surfactante exógeno fueron conducidas por Robillar y colaboradores en 1960 con DPPC sintético sólo, aerolizado dentro del pulmón de infantes con síndrome de dificultad respiratoria. Estas pruebas no fueron continuadas ya que la preparación carecía de un aditivo apropiado que favoreciera la función del DPPC por baja tasa de absorción.

Más tarde, se documentó una preparación en relación 9:1 de DPPC y PG administrados en forma de pulverizado seco por insuflación a través de un tubo endotraqueal insertado en infantes tratados así requiriendo aparente menor soporte ventilatorio siendo menores los fallecimientos entre quienes recibieron surfactante exógeno.

En experimentos realizados en animales se demostró y comprobó una mejoría en la función pulmonar con aumento de la sobrevida al instalar en su vía aérea, lavados de pulmón adulto presentando también cambios histológicos notorios con una relación muy estrecha entre la cantidad de surfactante administrada y la respuesta observada.

Otros estudios han demostrado una disminución de las lesiones pulmonares asociadas con el uso de presión positiva en los animales tratados con surfactante exógeno.

En 1980, Fujiwara y Cols, fueron los primeros en utilizar un tipo de surfactante extraído de pulmón bovino y utilizando con éxito en un ensayo clínico multicéntrico en humanos con la llamada "terapia de rescate".

Diversos estudios se han continuado describiéndose así otro tipos de surfactante como el obtenido de líquido amniótico humano.

Otra fuente de obtención es el lavado de pulmón humano adulto con semejanza al obtenido de pulmón de bovino, y en Europa al surfactante de extracto de pulmón de porcino.

Finalmente se ha logrado la composición completa de surfactante sintético, el cual es formado a base de fosfolípidos libres de proteínas con poca

reacción antigénica.

MODALIDADES TERAPEUTICAS CON SURFACTANTE EXOGENO

Se han publicado numerosos estudios utilizando el surfactante en dos modalidades terapéuticas:

1.- Preventiva, instalándolo en forma intratraqueal inmediatamente al nacimiento sin esperar desarrollo de síntomas de EMH.

2.- Rescate, iniciándolo después de haber realizado el diagnóstico de enfermedad de membrana hialina, por clínica y radiológicamente.

Está completamente demostrado que la instilación intratraqueal de surfactante exógeno, reduce los requerimientos de oxígeno, mejora el gradiente alveolo/arterial, disminuye la incidencia de barotrauma y finalmente se ha visto una disminución en la severidad del SDR.

Avery y Cols, plantearon que la mayoría de los estudios publicados coinciden en que la obtención de mejores resultados es al administrar el surfactante antes de la primera respiración. Sin embargo también se ha comprobado la respuesta favorable al utilizarlo dos horas después o incluso dentro de las primeras 48 horas de vida, encontrando deficiente efecto en los controles más tardíos, pero basándose en los datos publicados parece ser que en ambos intentos hay pronta mejoría a nivel respiratorio probado por una baja en la concentración de oxígeno inspirado y requerimientos de presiones ventilatorias bajas durante los tres primeros días.

BIBLIOGRAFIA

García-Solórzano JD. Síndrome de dificultad respiratoria. En: Temas selectos sobre el RN prematuro. México: Distribuidora y Editora Mexicana, 1990: 215-223.

Avery M, Fletcher B: The Lung and Its Disorders in the Newborn Infant. Cuarta edición. Editorial Philadelphia, WB Saunders, 1981.

Gerhardt, Bancalari E: Apnea of prematurity: Lung function and regulation of breathing. Pediatrics 74: 58, 1984.

SINDROME DE CANAL LUMBAR ESTRECHO COMO CAUSA DE LUMBALGIA

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Por el Dr. Jesús Campos Hernández

El dolor lumbar, es uno de los síntomas, que más comúnmente ocasionan la visita médica, esta afección muestra importantes aspectos industriales y económicos, siendo causa común de incapacidad laboral y social. En este hospital, la patología vertebral ocasiona el 3.5 por ciento de incapacidades totales para el trabajo.

La mayoría de individuos muestran alteraciones degenerativas vertebrales osteoligamentarias, después de los 40 años de edad; hemos observado en nuestro medio un incremento de dolor lumbar en este tipo de pacientes, siendo la causa el atrapamiento del saco tecal y raíces por cambios degenerativos.

El presente estudio se realizó en el hospital, en un período de enero de 1994 a enero de 1996 con una revisión de 142 expedientes clínicos, de los cuales 89 casos fueron femeninos y 53 masculinos, se excluyeron 47 casos por no contar con los requisitos del protocolo.

Las edades fluctuaron de 20 a 79 años de edad en ambos sexos con una media de 39.5 años.

Todos los casos manifestaron dolor, cursando el 99.8 por ciento (139 casos) exclusivamente con lumbalgia acompañados de ciatalgia con una evolución de los nueve años a los seis meses con un promedio de 4.5 años.

Se encontró en 106 casos el signo de lassegue, los reflejos patelares y aquileos, la fuerza muscular de los extensores de los dedos peroneos, tibiales, tríceps y flexores de los dedos uni o bilateral fueron positivos.

En todos los casos se encontraron alteraciones de la sensibilidad en el 80 por ciento, siguiendo una matamera específica y en el resto en forma difusa.

Las radiografías simples estáticas fueron anormales en todos los pacientes y revelaron más de un nivel de degeneración discal.

La hidromielografía se realizó en un 14.6 por ciento, la TAC en un canal lumbar, láminas,

ligamento amarillo, resonancia magnética nuclear en 1.4 por ciento de los pacientes, el resto no contó con los estudios contrastados y nucleares. A los 142 pacientes se les realizó protocolo de lumbalgia., se efectuó artrodesis a dos segmentos de tipo autólogo.

El tipo de intervención realizada consistió en laminectomía completa de un nivel, laminectomía hemitransversa de los niveles supra e infrayacentes la factectomía doble vertical, revisión y liberación de las raíces comprometidas, revisión y en un caso discectomía de los niveles necesarios más artrodesis posterolateral unilateral, en el 3 por ciento laminectomía completa se realizó a dos niveles.

La valoración clínica post-operatoria se realizó en 5 años como máximo y 6 meses como mínimo, teniendo dos tipos de evaluación final, la relacionada de acuerdo a los parámetros de inohue con síntomas, signos infección y autoevaluación del paciente y la relación con el aspecto laboral.

Entre la primera obtuvimos cuatro casos con resultados nuevos, correspondiendo al 25 por ciento con resultados regulares, nueve casos el 56 por ciento y malo tres casos el 18.6 por ciento.

En el segundo tipo de evaluación todos los pacientes que desempeñaban actividades que requerían esfuerzos físicos o posiciones forzadas no se incorporaron a su empleo 30 por ciento.

BIBLIOGRAFIA

- Anaya Sergio Dr. Dolor Lumbar bajo "Lumbalgia". Rev. Algo Syntex. Sept. 1992.
- Benini -A Magerl- F.; Selective descompresion and Translaminar Articular Facet Screw Fixation for lumbar canal stenosis and disc. protusion, Br-J Neurosurg. 1993; 7 (4) 413-8.
- Campbell's, Cirugía Ortopédica. Séptima edición Panamericana 1992. pp 3203-3260
- Dilek Onel Md, Hidayet Sari, MD, and Cigdem Donmez MD; Lumbar Spinal Stenosis Clinical-Radiologic Therapeutic evaluation.
- De Palma; Disco Vertebral, edic. JIMS Barcelona. Primera reimpresión 1979; pp 215-239.

PRESENTACION CLINICA DEL SINDROME "X" EN PACIENTES DIABETICOS

INVESTIGACIONES

Por la Dra. María Eugenia Delgado Solano

Durante varios años, se ha planteado la posibilidad de que la Diabetes Mellitus no se constituya como una entidad nosológica única, con características etiológicas, fisiopatológicas y clínicas exclusivas, sin no mas bien como la representación de varios síndromes que abarcan un conjunto de padecimientos con algunas coincidencias y grandes diferencias.

La característica fundamental en los pacientes que portan la Diabetes Mellitus, es la deficiencia absoluta o relativa de insulina; sin embargo, actualmente se propone a la resistencia a la insulina, como el principal factor implicado en las modificaciones en el metabolismo de carbohidratos, los lípidos, las proteínas, el agua y los minerales, lo que hace que realmente la Diabetes Mellitus sea un problema polifacético, de tipo crónico, con mucho componente hereditario, que se asocia finalmente a cambios ateroscleróticos en los vasos sanguíneos, que tardíamente conducen a lesiones multisistémicas.

Tomando en cuenta que existe un grupo de pacientes en los que coexisten la mayoría de las enfermedades metabólicas más frecuentes de la edad adulta, agrupados en lo que se ha denominado Síndrome X, cuya etiología se ha determinado como la **resistencia a la insulina**, y en quienes se presupone un mayor riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, se hace evidente la necesidad de detectarlos oportunamente para efectuar las modificaciones preventivas y evitar el deterioro de la calidad de vida que implica la cronocidad de todas estas patologías.

En el hospital se revisaron 307 pacientes portadores de Diabetes Mellitus, de los cuales 289 de ellos (94.1%) se clasificaron como no dependientes de Insulina. De estos 289 pacientes, los que reunieron los criterios clínicos para ser catalogados como portadores del Síndrome "X" (de resistencia a la insulina) que incluye: Diabetes Mellitus no dependiente de insulina, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemia, Sobrepero/Obesidad e Hiperuricemia, formaron el 14.53 % del total, siendo más frecuente entre los 50 y 60

años de edad, predominando en el sexo masculino (57.14 %), en pacientes con un índice de masa corporal de 32.7 Kg/m promedio., y donde el 56.25 % de ellos se encuentran complicados con eventos cardiovasculares.

Se concluye entonces que el paciente entre los 50 y 60 años de edad, del sexo masculino, con un IMC de 32.7; que tiene en promedio de 15 a 20 años de diagnóstico

y evolución de Diabetes Mellitus; con 5 hasta 20 años de diagnóstico de Hipertensión arterial, y con sólo 1 a 4 años de Dislipidemia e Hiperuricemia, tiene un alto riesgo (20 % aproximadamente) de desarrollar e integrar criterio para Síndrome "X".

BIBLIOGRAFIA

- Barker D. J; Hales CN: Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus, hypertension and hypertriglyceridaemia (Syndrome X): relation to reduce fetal growth. *Diabetología*, 36 (1); Ene 1993, pp 469.
- Hjermann I: The metabolic cardiovascular syndrome: Syndrome X, Reaven's syndrome, insuline resistance syndrome, atherotrombogenic syndrome. *J-Cardiov-Pharmac.*, 20 (8), 1992, pp.5.
- Hrucliar J: The dilemma of syndrome X; *Vnitř-Leuk*, 38 (11), Noviembre de 1992, pp 1041.

Por el Dr. Alejandro Peña Amador

El presente trabajo analiza la casuística de la patología tiroidea maligna tratadas en el servicio de Oncología y de Cirugía General de este hospital de Especialidades de la ciudad de Puebla; y que abarca cinco años, del primero de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993. Durante este tiempo se admitieron un total de 1003 pacientes de primera vez al servicio de Oncología, de los cuales 67 tenían diagnóstico de patología tiroidea, representando una incidencia de 6.67 % en relación a otros padecimientos oncológicos en nuestra unidad.

Entre esto últimos (67 pacientes) con patología tiroidea, se diagnosticaron 12 pacientes portadores de patología tumoral maligna (1.19 % del total de pacientes y 17.91 % de los pacientes con enfermedad tiroidea), y 56 pacientes con patología benigna (5.48 del total de pacientes y 82.08 % de los pacientes con enfermedad tiroidea).

Los resultados que se obtuvieron es de que la edad promedio de los pacientes fue de 47.7 años con un rango de 25 a 71 año. El 100 % de los pacientes fueron del sexo femenino y no se obtuvieron casos de CA de tiroidea en el sexo masculino.

El tiempo de evolución promedio desde que inicia el padecimiento hasta que acuden a la consulta fue de 6.6 años con un rango de tres meses a 13 años.

Dentro de este grupo de pacientes los principales datos clínicos fueron: aumento de volumen en 11 pacientes (91.66 %), presencia de adenopatías en tres pacientes (25 %), uno de los cuales fue la única manifestación, dolor en tres pacientes (25 %), disfonía en un paciente (8.33 %), disfagia y pérdida de peso en dos pacientes (16.66 %) y metástasis pulmonar en un paciente (8.33 %).

De los 12 pacientes con diagnóstico de CA tiroideo a ocho se le efectuó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), siendo útil para diagnosticar neoplasia en seis de ellos, observando un 75 % de

grado de certeza diagnóstica cuando se comparó con los reportes histopatológicos definitivos.

Los principales hallazgos gammagráficos fueron: 25 % de hipocaptación difusa, defecto de captación único en cinco pacientes (nódulo frío=41.66 %), defecto múltiple de captación en tres pacientes (25 %), captación normal en un paciente (8.33 %) y nódulo caliente en cero pacientes (0 %).

Las pruebas funcionales tiroideas mostraron normalidad en ocho pacientes (66.6 %), hipotiroidismo en tres pacientes (25 %) y en un paciente hipertiroidismo (8.33 %) uno con metástasis pulmonar (8.33 %).

La variedad histológica más frecuente fue el carcinoma papilar en seis pacientes (50 %), la edad promedio fue de 43.5 años con un rango de 24 a 63 años.

El carcinoma mixto (papilar y folicular) presentó en cuatro pacientes (33.33 %), la edad promedio fue de 48 años con un rango de 25 a 71 años.

El carcinoma folicular se presentó en dos pacientes (16.66 %), los cuales se presentaron en los rangos extremos de edad en la patología tiroidea maligna. No se presentaron casos de carcinoma medular ni anaplásico.

El tamaño del tumor primario tuvo un promedio de 7.75 cms. por 8 cms. con un rango de 1.5 por 1 cm. a 15 por 20 cms.

El total de los pacientes con carcinoma tiroideo (12=100 %) de acuerdo a la estadificación por grupos de edad y a la etapificación clínica TNM el 33.3 % correspondió a menores de 45 años (cuatro pacientes), y los mayores de 45 años correspondieron al 66.6 % de los casos (ocho pacientes).

EVENTOS DE EDUCACION CONTINUA

INFORMANDO

SESIONES

DEL HOSPITAL

Lugar: Sala de Conferencias del depto de Inv. y Ens. 8:00 hrs.

• 5 de Abril. S. de Cirugía: Fístulas Biliares Internas.

• 26 de Abril. S. de Ginecología: Relación del perfil biofísico con el Apgar del producto.

• 3 de Mayo. S. de Anestesia: Desaturación de sangre venosa mezclada como predictor de Morbi-Mortalidad post operatoria.

• 17 de Mayo. S. de Neurología: Autismo y Epilepsia.

• 24 de Mayo. S. de Medicina Interna: Octreotida en el tratamiento del Cólera.

• 7 de Junio. S. de Maxilo Facial: Síndrome de Melkersson-Rosenthal.

• 14 de Junio. S. de Dermatología: Leuconiquia Micótica.

• 28 de Junio. S. de Cardiología: Factores de riesgo cardiovascular.

• 15 de Abril. Sociedad Mexicana de Coloproctología: Enfermedades Venéreas Anorectales. Hotel Regency Guadalajara. Guadalajara, Jalisco. 10 hrs.

CONCURSOS

Premio Dr. Eduardo Liceaga

Es patrocinado por la Academia Nacional de Medicina. Se dará al mejor trabajo científico sobre investigación clínica publicado dentro de los tres años anteriores al cierre del concurso. Se otorgará diploma y N\$ 6.000.00. Patrocinado por el fideicomiso.

CONGRESOS

• Del 5 al 8 de junio de 1996 se llevará a cabo el VII Congreso Nacional de la Medicina y Cirugía del Trauma. en el auditorio principal del Hospital Español.

• Del 13 al 15 de junio de 1996 se llevará a cabo el Congreso de Comunicaciones de Académicos Rocio Intratorácico. Tratamiento Quirúrgico.- Inauguración.- Simposio: Expectativas de la Cirugía en la patología Ginecológica predominantes.- Sida y Cirugía.- Genética y litiasis Biliar.- Gasto Basal Energético.- Síndrome de Boerhave.- Sesión de Videos.- Simposio: Trauma Urbano.- Dolor.

DEL HOSPITAL

• Los días 21 y 22 de mayo de 1996 se impartirá el curso teórico-práctico de Cirugía La- paroscópica, es coordinado por el académico Dr. Manuel Pacheco Lara.

CURSOS

• Los días 29 y 30 de mayo de 1996 se impartirá el curso sobre Estudio y Tratamiento de la Pareja Estéril. coordinado por el Dr. Carlos Fuentes Dorantes.

• Del 9 al 13 de abril de 1996 se impartirá el curso sobre Complicaciones Médico-Quirúrgicas en Obstetricia. en el Hospital de la Mujer.

• Del 16 al 20 de abril de 1996 se impartirá el curso sobre Crecimiento y Desarrollo. en el Instituto Nacional de Pediatría.

TALLERES

• Del 24 al 27 de junio de 1996, se impartirá en el hospital el taller sobre Traumatismo Craneoencefálico.

• Del 2 al 5 de abril de 1996, se impartirá el taller de Reanimación Básica (B.L.S.). en el Hospital Juárez de México. Tiene cupo limitado a 20 alumnos.

CONFERENCIAS

• 2 de Mayo, conferencia sobre Vómito Post-operatorio. Se impartirá en el hospital a las 8:00 horas.

• Ciclo de conferencias que se llevarán a cabo en el Auditorio principal del Hospital Español.

Profesores. Los médicos nacionales participantes son los doctores Alfredo Juárez Vega, Humberto Arce Soto, Eduardo Martínez López. Profesores extranjeros del Paul Blake del Northwest Florida Community Hospital; Steven Smith, del State of Florida Emergencies Medical Service; Charles Lehne, del Diagnostic Imaging Center.

Programa

• 12 de junio. Trauma de Cuello. Simposio: Apoyo Metabólico al Traumatizado.- Panel de discusión: controversias en Trauma de Absomen. Casos de discusión Tx Toraco-Abdominal.

• 13 de junio. Interpretación Radiológica Básica en Trauma.

• 14 de junio. Organización Nacional y Regional de Centros de Trauma.

• 15 de junio. Trauma y embarazo.

**COMO PARTICIPAR EN UN GRUPO DE TRABAJO
PRIMERA PARTE**

No siempre es fácil vivir con los otros, pero es más difícil trabajar al lado de personas extrañas, en contacto casi diario, particularmente cuando no estamos preparados para ello.

Este curso incluye ocho puntos básicos sobre relaciones humanas en el trabajo. En esta edición se van a contemplar cuatro puntos, y son los siguientes:

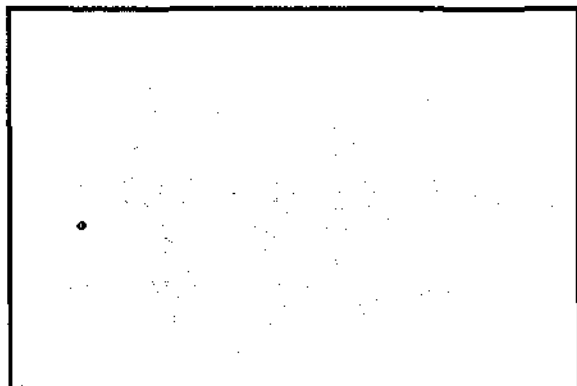
1.- Conozca la Institución

Es importante conocer el reglamento interno de la organización en la que se trabaja, muchos disgustos podrían evitarse igualmente si, además del reglamento, se conocieran las funciones ejercidas por cada persona.

Este, por ejemplo, es un caso frecuente: un empleado recibe, de una persona a la que sólo conoce de vista la orden de ejecutar cierto trabajo y responde que no lo ejecutará pues ignora que esa persona tenga autoridad para darle órdenes. El otro, indignado, exige que ese empleado sea suspendido durante quince días: era el Director General del Hospital.

2.- Conozca a sus jefes

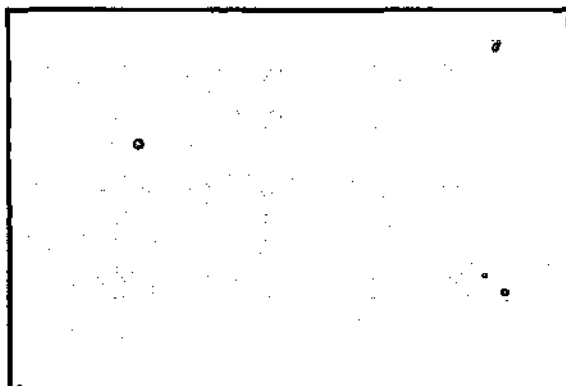
No basta solamente con conocer la función



de cada una de las personas de la empresa. Es necesario además, conocer el carácter del jefe.

Existen jefes de toda clase: algunos son suaves, pacientes, comprensivos y humanos; otros son nerviosos, irascibles, coléricos e impacientes, aunque sean buenas personas en el fondo; otros son reservados en extremo y sólo se dirigen a sus auxiliares cuando el trabajo lo exige.

Con el primer tipo de jefe no hay, prácticamente, problemas: con el jefe nervioso no serán superfluas ciertas precauciones. Someterle un asunto cuando se encuentra en un estado de tensión nerviosa, provocará, casi con seguridad, el fracaso de la propuesta. Lo mejor es esperar el momento psicológico.

**3.- Conozca a sus colegas**

Lo mismo ocurre en lo que se refiere a los colegas; nada conviene más que conocerlos bien para comprenderlos y ser más tolerante cuando, algún día, se muestren diferentes. Nunca debemos olvidar que la vida de nuestros colegas, como la nuestra, no se limita solamente al trabajo. En nuestra conducta diaria estamos influidos por nuestros padres, nuestra pareja, nuestros hijos, por el tiempo, por nuestra salud, nuestros problemas económicos, etc. El mal humor siempre tiene una razón. Algunas personas, al ver a un compañero malhumorado, piensan casi siempre que son la causa de ese estado, cuando en realidad nada tiene que ver en ello. De esta manera se han creado muchas enemistades.

COMO PARTICIPAR EN UN GRUPO DE TRABAJO PRIMERA PARTE

4.- Conózcase a sí mismo

Antes de hechar la culpa a los demás, en una disputa, es recomendable que nos analicemos a nosotros mismos con cuidado, a fin de comprobar si la causa del desacuerdo no proviene de nuestro propio carácter o de nuestra educación.

Lo más difícil es, justamente, conocerse a sí mismo. Para esto es indispensable mucha sinceridad, pues nos inclinamos a buscar únicamente nuestras cualidades y estamos de que son los demás quienes se equivocan. Cuántas veces vemos la paja en el ojo del vecino, y no distinguimos la viga en el nuestro.

El conocimiento de sí mismo se extiende a varios aspectos de nuestra personalidad:

a.- Nuestra capacidad intelectual. Nuestra inteligencia, es decir, nuestra capacidad de resolver problemas, alcanza en la pubertad su grado más elevado de desarrollo.

Es interesante, para el adulto, conocer su propio nivel mental, pues el éxito en la vida profesional depende del grado de inteligencia. Ciertas personas se creen más inteligentes de lo que son en realidad; otras, por el contrario, son muy inteligentes y no tienen conciencia de ello.

b.- Nuestra cultura. En función de nuestra inteligencia, podemos comprobar si aún tenemos posibilidades de progresar en la vida o de estudiar más. Existen muchas personas que después de haber

descubierto por medio de tests intelectuales que eran más inteligentes de lo que en realidad creían, recomenzaron sus estudios y lograron, por ese motivo, alcanzar puestos directivos.

c.- Nuestra aspiraciones. Todo ser normal siente el deseo de alcanzar ciertas metas en la vida. Por este motivo, algunos prefieren ser músicos y otros mecánicos, profesores, médicos, etc. Para quienes no han alcanzado su objetivo surge en ellos estados de insatisfacción que se manifiestan en las relaciones con los compañeros y los superiores.

d.- Nuestros intereses. Una de las mayores fuentes de insatisfacción profesional y de mal rendimiento es la falta de interés en el propio trabajo. Una persona que no sienta a gusto con su actividad, estará insatisfecha, lo que dará como resultado una rebelión contra los demás o contra sí misma.

e.- Nuestro temperamento y carácter. Ambos, en las relaciones humanas, factores esenciales que

explican muchas de nuestras reacciones respecto de los demás. Es importante por lo tanto, que sepamos si somos tímidos, introvertidos o sociales, amables e incluso agresivos, enérgicos y autoritarios.

La ayuda del psicólogo, en el conocimiento de uno mismo, es de gran utilidad. Las entrevistas con él ejercen a menudo mucha influencia.

PRIMERA PARTE

Uno de los principales problemas de salud en nuestros días, lo constituyen las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad infantil. A pesar de los notables avances en el conocimiento médico y de los sofisticados y costosos tratamientos en las unidades hospitalarias, padecimientos infecto/contagioso como enfermedades respiratorias y diarreicas agudas representan las principales causas de enfermedad y muerte en los niños.

De acuerdo a los reportes de la literatura médica mundial, el abandono de una práctica ancestral y natural como lo es la lactancia materna, es un factor que favorece la presentación de procesos patológicos como los mencionados, debido a que el abandono de la alimentación natural conlleva a desnutrición y pérdida de oportunidad de adquirir el niño inmunización natural a través de la leche materna. El ejercicio de prácticas médicas rutinarias y excesivamente tecnificadas es un factor que orilla en muchos casos a que la madre no pueda alimentar al seno materno al recién nacido desde los primeros minutos de vida, cuneros o sala de neonatos sanos, lo que rompe el contacto materno/infantil presente durante el período gestacional.

De esta manera, surgió a nivel internacional, auspiciada por organizaciones como la UNICEF/OPS/OMS, en la reunión de Innocenti en unio de 1991, la propuesta de crear en un modelo de atención hospitalaria para que todas las madres puedan amantar a sus hijos y todos los niños puedan ser alimentados por su madre.

En México también se aceptó esta propuesta estableciéndose el Comité Nacional de Fomento la lactancia materna el que entre otros objetivos persigue el establecer comités estatales similares de tal forma que se integre una red de instituciones de salud con servicios de obstetricia que brinden atención integral, de alta calidad y con gran respeto al vínculo madre/hijo, lo que representó el establecimiento del programa Hospital Amigo del niño y de la Madre, como una estrategia de atención médica que proteja, fomenta y promueva la lactancia

materna.

En el Hospital de Especialidades de la Institución este programa se inicia en el año de 1994, con la realización de un estudio de diagnóstico situacional de la unidad para el establecimiento del programa.

El primer paso a realizar, fue la presentación de un proyecto de modificación arquitectónica al edificio para establecer la sala de Alojamiento Conjunto, indispensable para la realización del programa.

Esta sala, también llamada Habitación compartida consiste en brindar atención a la madre y el recién nacido de manera tal que se favorezca el contacto precoz y permanente de ambos, desde el momento del nacimiento, e impulse a la alimentación al seno materno desde las primeras horas de vida, fortaleciendo la interrelación afectiva.

Asimismo en esta sala se brindará orientación práctica a la madre acerca de la alimentación y cuidados del recién nacido, en lugar de dar atención y servicio en salas separadas.

Esta sala de habitación conjunta inició su función en enero de 1995, y al mismo tiempo se estableció un programa de vigilancia de las acciones del Programa Hospital Amigo a través del sistema de seguimiento y Consolidación de Actividades (SISEC) registrándose los avances y cumplimiento de los compromisos contraídos.

En la actualidad el cumplimiento de este programa representa una prioridad en las acciones asistenciales, administrativas y de docencia de la unidad hospitalaria. De ahí que se realizara el taller: "La leche materna es fuente de vida", en donde se imparten conocimientos de suma importancia al respecto. Este taller se impartió en tres sesiones, que constituyen tres partes, la primera es la que se introdujo en esta edición.

**ACTIVIDADES DURANTE LA ATENCION
PRENATAL, DEL PARTO, PUERPERIO Y
DEL RECIEN NACIDO**

LA LECHE MATERNA ES FUENTE DE VIDA

TALLERES

PRIMERA PARTE

Las actividades para llevar a cabo el alojamiento conjunto y promover la lactancia materna en exclusiva, se inician desde el control prenatal y son reforzadas durante el parto y puerperio inmediato hasta el egreso del paciente.

A nivel de la población derechohabiente se realizará promoción de la alimentación al seno materno principalmente durante el control prenatal en la forma siguiente:

- Dar a conocer a la madre las cualidades de la leche materna y las ventajas de la lactancia natural.
- Enseñar a la madre como preparar sus senos para la lactancia durante el embarazo.
- Orientarla sobre la importancia de iniciar la alimentación al seno inmediatamente después del nacimiento, para que lo solicite al personal que le brinde atención.
- Orientarla para lactar aún después de su incorporación al trabajo posterior al vencimiento de su licencia médica, considerando que una alta proporción de las mujeres derechohabientes son madres trabajadoras.
- Darle a conocer los beneficios del alojamiento conjunto, que favorece el contacto precoz y permanente de la madre con su hijo.

Durante la estancia hospitalaria de la madre con motivo del nacimiento de su hijo se realizarán las acciones siguientes:

- Evitar el uso de fármacos sedantes durante el trabajo de parto que obstaculicen la recuperación pronta de la madre.
- Acercar el niño a la madre para que lo observe, lo tome y lo acaricie inmediatamente después del nacimiento, siempre que se Apgar sea de siete o más y explicarle a la madre la importancia de los beneficios que trae iniciar la lactancia en los primeros 30 minutos de vida.
- Una vez que se ha realizado la valoración del recién nacido, efectuado somatometría, aplicación de medidas profilácticas para oftalmía purulenta y enfermedad hemorrágica neonatal; se entregará nuevamente a la madre, para que además intente

darle el pecho cuando ambos cumplan los criterios establecidos por los servicios de gineco/obstetricia y pediatría.

- Completar la asistencia a la puérpera y al neonato y proceder a pasarlos al área de alojamiento conjunto si no existe contraindicación.
- Al egreso del binomio materno/neonatal de la unidad hospitalaria se le dará indicaciones a la madre para continuar la alimentación exclusiva al seno materno por escrito al reverso de la hoja de alta hospitalaria.
- Durante sus estancia en la sala de alojamiento conjunto se orientará a la madre sobre planificación familiar, nutrición y técnicas de lactancia.

Durante el control en consulta después del alta hospitalaria se efectuarán las siguientes medidas:

- Detección de factores de abandono de lactancia materna y establecer medidas de corrección.
- Aplicación del esquema de inmunización señalado en la cartilla nacional de vacunación.
- Orientación de la madre sobre planificación familiar y detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.
- Orientación a la madre sobre el uso de vida suero oral y detección oportuna de datos de enfermedades respiratorias agudas.

CRITERIOS DE ADMISION PARA LA MADRE

- Que la madre se encuentre en puerperio fisiológico post-parto eutócico.
- En caso de parto distócico, que la madre presente recuperación adecuada y no se detecten factores de riesgo sistémico a la salud de la madre.
- En caso de haberse efectuado operación cesárea no debe haber complicaciones.
- Que los signos vitales sean normales en el período inmediato post-nacimiento.
- Que la madre no se encuentre bajo efectos de sedación o anestesia sistémica.
- Que la madre no presente enfermedades.

CARTAS AL EDITOR

INVITACION A NUESTRO LECTOR

El desarrollo de los conocimientos de la medicina es una tarea muy ardua que implica un trabajo conjunto e interdisciplinario, y la aportación de cada uno de los especialistas.

Antes esta situación invitamos a todo nuestro personal médico a que participe con sus colaboraciones y comentarios al respecto.

Para mayores informes favor de dirigirse al Comité Editorial.

A T E N T A M E N T E
E L C O M I T E