



“DECALOGO A FAVOR DE LAS VACUNAS FRENTE AL
COVID – 19 REALIZADO EN HOSPITAL DE LA MUJER
SERVICIOS DE URGENCIAS PEDRIATICAS PERIODO
ENERO JUNIO 2022”

Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería

Presentan:

Mónica Suset Albores Cruz

Marisol Castro Argueta

Asesor:

Lic. María Cecilia Rodríguez Zamorano

Julio del 2022



“DECALOGO A FAVOR DE LAS VACUNAS FRENTE AL
COVID – 19 REALIZADO EN HOSPITAL DE LA MUJER
SERVICIOS DE URGENCIAS PEDRIATICAS PERIODO
ENERO JUNIO 2022”

Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería

Presentan:

Mónica Suset Albores Cruz

Marisol Castro Argueta

Asesor:

Lic. María Cecilia Rodríguez Zamorano

Julio del 2022

Índice

INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACION.....	8

Agradecimiento

El principal agradecimiento a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

Agradecemos a nuestras familias por su compromiso y estímulo constante, además su apoyo incondicional a lo largo de nuestra estadía en la universidad. Y a todas las personas que de una y otra forma nos apoyaron en la realización de este trabajo.

Dedicatoria

Este presente trabajo está dedicado primeramente a dios y luego a todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice, especialmente a nuestros padres que siempre creyeron en nosotras.

INTRODUCCIÓN

El contenido de esta tesis es “decálogo a favor de las vacunas frente al covid-19” dicho tema se eligió con el propósito de sintetizar toda información que engloba el covid-19 siendo un tema extenso es importante recaudar toda información para plasmarla en esa tesis, siendo ahora un problema mundial, conocerlo y saber mucho más a fondo de que es, como poder tratarlo y los cuidados de enfermería que hay que brindar, tomando en cuenta el tema de las vacunas y todos los beneficios que estas traen para toda la humanidad, dicho decálogo fue creado para que las personas sepan que son una medida preventiva y que los ayudaran y en este lleva plasmado los puntos que al aplicar las vacunas crea seguridad ya que es el mejor camino para poder ponerle un fin a la pandemia, dicho esto las personas se vuelven consientes y se logra el objetivo de la aplicación.

Damos a conocer que el covid-19 es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2. La mayoría de las personas que padecen COVID-19 sufren síntomas de intensidad leve a moderada y se recuperan sin necesidad de tratamientos especiales. Sin embargo, algunas personas desarrollan casos graves y necesitan atención médica. El virus puede propagarse desde la boca o la nariz de una persona infectada en forma de pequeñas partículas líquidas que expulsa cuando tose, estornuda, habla, canta o respira. Estas partículas pueden ser desde pequeños aerosoles hasta gotitas respiratorias más grandes. Puedes contagiarte de COVID-19 si respiras cerca de una persona infectada o si tocas una superficie contaminada y, seguidamente, te tocas los ojos, la nariz o la boca. El virus se propaga más fácilmente en espacios interiores o en aglomeraciones de personas. Este proyecto de investigación consta de cuatro capítulos, en los cuales plasmamos desde el concepto de la patología hasta los cuidados de enfermería que debe brindarse a este tipo de pacientes y la concientización del porque vacunarse contra esta patología, contiene también una conclusión, sugerencias y las bibliografías de donde fue tomada esta información.

JUSTIFICACION

Siendo el covid-19 una enfermedad nueva hace un par de años y que puede encontrarse mucha información y es motivo de investigar e indagar, elegimos el tema “decálogo a favor de las vacunas frente al covid-19” por razones obvias que podemos encontrarnos con muchas fuentes informativas y principalmente dar a conocer todo lo relacionado con esta enfermedad, la información es muy útil y lo seguirá siendo debido a que ahora es motivo de investigación por todos los problemas de salud que ha traído a la sociedad.

La presente investigación nos servirá para la terminación de la carrera de enfermería, plasmamos esta información debido a que mediante observaciones que realizamos la mayoría de las personas que no se vacunan tienden a fallecer, hemos sabido que personas que no se vacunan mueren y no se la ponen por ideologías mal planteadas como la tan sonada que mediante estas vacunas nos implantan un chip. Por lo que decidimos investigar para desmentir estas ideologías.

OBJETIVOS

GENERAL

1. Analizar a fondo el decálogo a favor de las vacunas frente al covid-19 y darlo a conocer a los usuarios del servicio de urgencias pediátricas del hospital de la mujer Comitán.

ESPECIFICOS

1. Identificar la enfermedad como un bien informativo
2. Evaluar los puntos del decálogo a favor de las vacunas frente al covid-19
3. Conocer la importancia que le dan a la promoción en cuanto al covid-19

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la humanidad se encuentra enfrentando varios conflictos patológicos. Un problema mayor existente es el virus ya conocido como COVID 19, tras su aparición en dos años atrás y desde entonces ha traído consigo una variedad de conflictos tanto físicos como psicológicos. Afortunadamente hoy en día ya se cuenta con distintos tipos de vacunas para proteger a las personas y que este virus no ataque de manera agresiva, lo cual ha surtido pues un buen efecto. Como estudiantes de enfermería nos llamó la atención este tema debido a la controversia y a los problemas que existe entre la sociedad ya que son muchas las personas involucradas en la oposición de aplicarse las vacunas, esto debido a la mala información que se ha propagado, principalmente esto ocurre en poblaciones pequeñas o marginales.

Por lo que nos planteamos la siguiente interpretación

¿Por qué razón los adultos mayores de edad creen que las vacunas son malas y son las responsables de muchas muertes?

¿Por qué la sociedad cree que a los jóvenes no les afecta o les afecta menos?

HIPOTESIS

¿Por qué las personas han culpado especialmente a una vacuna en particular respecto a su mala efectividad?

¿El efecto negativo que ocurre en la persona después de vacunarse contra el COVID - 19 es psicológico o existe otra razón?

¿Qué beneficio obtienen los medios de comunicación o noticieros en dar una mala información sobre la vacunación?

Capítulo I

1.1 introducción

1.2 justificación

1.3 objetivos

1.4 planteamiento del problema

1.5 hipótesis

Capitulo II marco teórico

- 2.1 Antecedentes
- 2.2 Origen del covid19
- 2.3 introducción al decálogo a favor de las vacunas frente al covid19 en México
- 2.4 Vacunas
- 2.5 Dudas ante la vacuna
- 2.6 Importancia de la vacunación contra covid19
- 2.7 Producción de la vacunación en México
- 2.8 Resultados de la vacunación en México
- 2.9 Factores a la falta de cumplimiento de la vacuna contra el covid19
- 2.10 El costo de las vacunas
- 2.11 Reacciones adversas
- 2.12 Nuevas variantes
- 2.13 Posible transmisión aérea
- 2.14 Mascarillas
- 2.15 Confinamiento y distanciamiento físico
- 2.16 Medidas de control de viajes y fronteras
- 2.17 Ampliación de la capacidad hospitalaria
- 2.18 Riesgo epidemiológico y medidas de salud pública
- 2.19 Acceso a medicamentos, suministros y equipos y calidad de atención
- 2.20 Vigilancia centinela en México
- 2.21 La respuesta fiscal de México
- 2.22 Factores que afectan a la niñez
- 2.23 Factores que afectan a la edad adulta
- 2.24 Factores que afectan en la adolescencia
- 2.25 Covid19 y embarazo
- 2.26 Covid19 enfermedades crónicas
 - 2.26.1 Covid19 y diabetes
 - 2.26.2 Covid19 e hipertensión
 - 2.26.3 Covid19 y EPOC
 - 2.26.4 Covid19 y cáncer
 - 2.26.5 Covid19 y SIDA

Capitulo III metodología de la investigación

- 3.1. diseño y tipo de estudio
- 3.2. universo y muestra
- 3.3. tipo de muestreo
- 3.4. material y métodos
- 3.5. criterios de inclusión
- 3.6. criterios de exclusión
- 3.7. criterios de eliminación aspectos éticos

Capitulo IV

4.1 analisis de resultados

4.2 gratificacion de los resultados

4.3 resultados

4.4 conclusiones

4.5 sugerencias/ recomendaciones

4.6 bibliografia/ referencias bibliográficas

4.7 anexos

2.1 Antecedentes

2.2 Origen del covid19

2.3 introducción al decálogo a favor de las vacunas frente al covid19 en México

2.4 Vacunas

Heteróloga y vacunación monodosis ¿Cuáles son las consecuencias de mezclar diferentes tipos de vacunas? En otras palabras, ¿podría una persona recibir una dosis de un tipo de vacuna y la segunda de otro? Dada la ya difícil tarea de programar una segunda dosis, agravada por las diversas marcas de vacunas que se ofrecen en México, es probable que el país emprenda un experimento natural para responder a esta relevante pregunta. La posible necesidad de mezclar diferentes tipos de vacunas podría hacer que los programas de vacunación fueran más flexibles: amortiguaría el impacto potencial de cualquier interrupción en la cadena de suministro y aceleraría el cronograma para completar el programa de vacunación. Un elemento adicional que podría agilizar el programa de vacunación en México es el reciente descubrimiento de que las personas que reciben una primera dosis de la vacuna Pfizer BioNTech después de haber padecido la enfermedad de COVID-19 están mejor protegidas que después de dos dosis de la misma vacuna. Dado que más del 25% de la población ya ha estado expuesta al virus, no es inconcebible la idea de proporcionar sólo una dosis de dicha vacuna a las personas con una prueba de anticuerpos positiva. (Mariano Sanchez, 2020)

2.5 Dudas ante la vacuna

Resulta paradójico que muchas personas estén ansiosas por vacunarse lo antes posible, mientras que otras se sientan vacilantes o dudosas. De acuerdo con una encuesta realizada en diciembre de 2020, la proporción de personas en México que estarían interesadas en recibir una vacuna contra COVID-19 si estuviera disponible, era del 77%, que es similar al promedio mundial, de acuerdo con la figura 28. Si bien el impresionante impacto de la vacunación en algunas partes del mundo, como Israel, el Reino Unido y Estados Unidos seguramente contribuirá a disminuir la desconfianza que

muchas personas todavía sienten hacia estas nuevas vacunas, algunas comunidades en México con una larga historia de desconfianza hacia el gobierno federal han sido particularmente susceptibles a la desinformación sobre ellas. Varios municipios, principalmente aquellos con población indígena, han informado a las autoridades estatales de salud que no se permitirán campañas de vacunación en sus comunidades. Además del problema del rechazo a las vacunas, existe una creciente preocupación relacionada con la percepción pública de las vacunas que México ha comprado. Debido a que las diferentes vacunas varían en su nivel de eficacia y, en algunos casos, en la disponibilidad y el rigor de la evidencia científica, a los expertos les preocupa que el público pueda percibir que existe un sistema desigual con respecto a qué comunidades pueden acceder a qué vacunas. La decisión de comprar vacunas antes de que los resultados de sus ensayos clínicos de fase tres estén disponibles puede llevar a las personas que reciben esas dosis a sentir que están recibiendo una vacuna inferior o de “segunda clase”. En particular, el público percibe que las vacunas fabricadas en China no son óptimas. (Mariano Sanchez, 2020)

2.6 Importancia de la vacunación contra covid19

Un estudio en Suecia demostró que, dependiendo de la cantidad de integrantes vacunados en una familia, el riesgo de contagio para una persona no vacunada de la misma familia disminuía desde 45% hasta 97%. Para abordar los riesgos de la vacunación, es importante también dar tranquilidad a la población general. El miedo más común y difundido es aquél de riesgo de trombosis. Los datos actuales indican que 5 en 1 millón de personas presentan trombosis después de aplicarse una vacuna para COVID19 (tanto AstraZeneca como Pfizer). Sin embargo, el riesgo de presentar trombosis por padecer COVID19 es 10 veces mayor. La vacunación es una decisión que se toma con base en la evidencia y es contundente: hay que vacunarse. (Taylor CA, 2021)

2.7 Producción de la vacunación en México

Las vacunas utilizadas a nivel internacional sustentan su uso de emergencia en los análisis intermedios de sus fases tres de investigación, en los que se ha descrito

ampliamente que cuentan con un perfil de eficacia y seguridad aptos para su uso en humanos bajo el contexto de la emergencia sanitaria que el virus SARS-Cov-2 ha representado a nivel global. En la última semana de noviembre de 2020, la farmacéutica Pfizer ingresó a la Comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios(COFEPRIS), su carpeta para solicitar autorización para uso de emergencia, de su vacuna desarrollada bajo la novedosa plataforma ARN mensajero, misma que se desarrolló en conjunto con la alemana BioNTech y la China Fosun pharma. El pasado 11 de diciembre 2020, la Comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios dictaminó como procedente la solicitud de autorización para uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 contra el virus SARS-CoV-2. Asimismo, AstraZeneca ingresó expediente para la vacuna desarrollada por la farmacéutica y la Universidad Oxford. El 4 de enero de 2021, COFEPRIS otorgó la autorización para uso de emergencia en México de esta vacuna, el 2 de febrero, la Cofepris otorgó la autorización para uso de emergencia de la vacuna Gam-COVID-Vac (Sputnik V), y finalmente el nueve de febrero otorgó la autorización para uso de emergencia a las vacunas de las farmacéuticas Sinovac y Cansino. Así México se convierte en el primer país en el mundo en contar con cinco vacunas distintas para proteger a la población contra el virus SARSCoV-2. Todas las vacunas aprobadas en México han proporcionado evidencia científica basada en análisis intermedios de los datos obtenidos en estudios clínicos Fase 3, incluyendo eficacia y seguridad general y, en algunos casos, por subgrupos poblacionales. Esta evidencia ha sido analizada por el Comité de Moléculas Nuevas, un grupo independiente de personas expertas, que hace recomendaciones a la Cofepris previo a su posible autorización. La vacuna PfizerBioNTech, es una vacuna que requiere de cuidados especiales, pues se debe almacenar en ultra congeladores a -70°C, para ser descongelada antes de ser aplicada y se deben aplicar un total de 975 dosis en un período cinco días, y una vez reconstituido el vial de cinco dosis, este se debe aplicar en menos de seis horas para que la vacuna mantenga las características de calidad descritas en sus análisis intermedios de resultados. Las vacunas AstraZeneca (AZD1222), Sputnik V (Gam-COVID-Vac), Sinovac y Cansino son vacunas que requieren condiciones de almacenamiento compatibles con las demás vacunas del Programa de Vacunación Universal de México, de 2°C a 8°C, lo que facilita su manejo y distribución. Asimismo, México se adhirió al mecanismo internacional de adquisición de vacunas COVAX, que contempla la compra centralizada de biológicos a diversas compañías para intentar asegurar una distribución global de las vacunas de al menos 20% de la población

en cada país, para privilegiar la equidad en su aplicación sobre todo en los países con economías menos privilegiadas. (Alcalá, 2020)

2.8 Resultados de la vacunación en México

Los países deben invertir en la vacunación según la población susceptible o que debería vacunarse. Los países con más gasto en vacunación son los de mayor población total susceptible a vacunar, como es el caso de Brasil con USD 4 582 millones, seguido de México con USD 1 512 millones. En cuanto al gasto per cápita estimado para la vacunación contra COVID-19, se evidencia un promedio de USD 36 por persona para los países analizados, sin embargo, se destacan con el valor más bajo México y el más alto Perú. El resultado de impacto presupuestal del caso base, se presenta en la figura 2, donde se observa que la estrategia de vacunación genera ahorros en todos los países, que pueden oscilar entre 100 y 1 500 millones de dólares. Por otra parte, los resultados del análisis de sensibilidad. Es importante recalcar que la variación vertical del AIP para un mismo nivel de costos de hospitalización promedio representa el rango de valores en que se espera que varíe el AIP, siempre que el resto de los parámetros se hayan simulado de forma cercana a la realidad. Para cada país, un aumento en los costos de hospitalización promedio por paciente para COVID-19 hace que el ahorro utilizando la vacunación sea potencialmente mayor, lo que se explica por la eficacia y seguridad de las vacunas, independientemente de las combinaciones de los otros parámetros. (Alejandra Taborda R, 2022)

2.9 Factores a la falta de cumplimiento de la vacuna contra el covid19

2.10 El costo de las vacunas

Las vacunas tienen un precio diferente dependiendo de la tecnología empleada en su fabricación y también dependiendo del mercado. Las vacunas para el COVID-19 también funcionan así, con una variación de hasta nueve veces el costo entre las más baratas y las más caras. (Mariano Sanchez, 2020)

2.11 Reacciones adversas

2.12 Nuevas variantes

Al momento de redactar este informe, parecería que se están reproduciendo algunas de las fallas iniciales en la evaluación de riesgos con respecto a las nuevas variantes preocupantes del SARS-CoV-2. En enero de 2021 se detectaron en México casos de la variante B.1.1.7 surgida en Reino Unido. Sin embargo, las autoridades no han alterado sus políticas y recomendaciones de salud pública. Su perspectiva es que, si bien las nuevas variantes pueden ser más virulentas, aún faltan pruebas definitivas y, en cualquier caso, las medidas aplicables para controlar la propagación son las mismas (INSABI). También han enfatizado que la mayoría de las mutaciones son inocuas y que la probabilidad de que sean biológicamente relevantes, en cuanto a su capacidad de causar daño, es muy baja (Presidencia de la República). Algunos estados del país están adoptando una postura más cautelosa y se han asociado con universidades para llevar a cabo trabajo de vigilancia de variantes (El Financiero). Han enviado notificaciones de mutaciones potencialmente relevantes al INDRE. Sin embargo, no está claro si existe una política nacional de vigilancia de cepas de SARS-CoV-2. No se han publicado lineamientos específicos hasta este momento. Aunque el conocimiento científico sobre las variantes del SARS-CoV-2 está en constante evolución, esto sugiere que las autoridades sanitarias podrían estar fallando nuevamente en evaluar los riesgos y ceñirse a un principio de precaución, en vez de tomar decisiones con base en supuestos cuya certeza científica no ha sido establecida. (Mariano Sanchez, 2020)

2.13 Posible transmisión aérea

Durante el transcurso de la pandemia se ha acumulado evidencia científica de la posible transmisión aérea del SARS-CoV-2. Numerosos estudios advierten que la distancia interpersonal no es suficiente para prevenir el contagio en ambientes interiores con ventilación inadecuada. El 5 de octubre, los CDC actualizaron su sitio web para incorporar esta posible forma de transmisión (CDC). Aunque la contribución relativa de las diferentes vías de transmisión sigue siendo un tema de debate científico, la posibilidad misma de que partículas virales infecciosas permanezcan en el aire interior durante largo tiempo amerita intervenciones para reducir el riesgo potencial de propagación a través de este canal. Sin embargo, las suposiciones de los funcionarios mexicanos sobre el nuevo virus impulsaron nuevamente su postura y su comportamiento

ante el público. Para efectos prácticos, la transmisión a través de partículas más pequeñas suspendidas en el aire ha permanecido como un punto ciego. Las recomendaciones precautorias no se han adaptado debidamente, incluso cuando muchas medidas tienen potencial para hacer el bien sin hacer daño, y cuando las principales fuentes científicas comenzaron a enfatizar la importancia de asesorar a la gente sobre cómo navegar el riesgo en espacios interiores. Tal indiferencia también ocurrió en otros lugares; la propia OMS ha sido cuestionada sobre el tema. Sin embargo, a medida que se acumularon evidencias, los funcionarios mexicanos no actualizaron sus creencias, en parte debido a un modelo de gestión de crisis que los impulsó a defender sus decisiones y declaraciones anteriores. (Mariano Sanchez, 2020)

2.14 Uso de mascarillas

A causa de los mensajes engañosos y politizados descritos anteriormente, el uso de mascarillas ha sido desigual en los estados. En diciembre de 2020, nueve gobernadores estatales provenientes de partidos de oposición reiteraron su apoyo al uso obligatorio de mascarillas en espacios públicos. A febrero de 2021, 27 de las 32 entidades federativas han adoptado mandatos de uso de mascarillas a pesar de la postura del gobierno federal. Las encuestas indican que el uso de mascarillas aumentó después del segundo pico de la pandemia; para febrero de 2021, el 66% de los encuestados aseguró que siempre usaba una mascarilla en espacios públicos, en comparación con el 45% en agosto de 2020. El 71% de los encuestados estaba en desacuerdo con la falta de voluntad del presidente para usar una mascarilla. (Mariano Sanchez, 2020)

2.15 Confinamiento y distanciamiento físico

El primer y único confinamiento nacional del país, que suspendió todas las actividades no esenciales, así como la educación presencial, comenzó el 23 de marzo y terminó el 30 de mayo de 2020. Una reapertura por etapas y por estado comenzó el 1 de junio, aunque la mayoría de los estados permanecieron en el nivel más alto de alerta dado el aumento de casos y muertes. Respuesta de salud pública disminuir en el país justo cuando los casos de COVID-19 y las muertes empezaron a alcanzar su punto máximo. Las estimaciones de cambio en la movilidad por estado en comparación con las líneas de base durante el periodo del 6 de enero al 3 de febrero de 2020 muestran una disminución en la movilidad de la población entre mediados de marzo y mayo en todo el país, que corresponde en gran medida con el confinamiento nacional, antes de

aumentar gradualmente a lo largo de los siguientes ocho meses. Sin embargo, al comparar los cambios en la movilidad en México con otros países de la región, se observa que durante la mayor parte de 2020 el país tuvo una disminución general menor en la movilidad que el promedio de América Latina. En un estudio transversal de adultos mayores de 65 años en la Ciudad de México, el 58% de los participantes decidió seguir las órdenes de quedarse en casa al principio de la pandemia, excepto por salidas esenciales por necesidades básicas. La decisión de quedarse en casa se asoció con el nivel de ingresos de las personas, y los participantes de nivel económico medio tenían tres veces más probabilidades de quedarse en casa que los grupos de bajos ingresos. (Mariano Sanchez, 2020)

2.16 Medidas de control de viajes y fronteras

Numerosos estudios relacionan la velocidad de propagación del SARS-CoV-2 con viajes nacionales e internacionales. Los gobiernos han tenido que equilibrar consideraciones económicas y de derechos al adoptar restricciones en este y otros ámbitos. Más allá de prohibiciones de viaje, los gobiernos han adoptado procedimientos de detección y requisitos de pruebas para viajeros para complementar otras medidas de control de infecciones. Numerosos países se apresuraron a implementar restricciones de viaje al comienzo de la pandemia, como por ejemplo Estados Unidos, que impuso una prohibición de viaje para los ciudadanos no estadounidenses que habían estado en China en los últimos 14 días a partir del 31 de enero de 2020. Sin embargo, México no restringió ningún viaje internacional. Desde junio de 2020, los viajeros aéreos deben completar un cuestionario para confirmar que no han estado en riesgo de contraer el virus, pero pocas restricciones y una aplicación laxa de las mismas han permitido que el virus circule libremente. México se convirtió en un destino atractivo durante la pandemia para visitantes internacionales que buscaban escapar de medidas más estrictas en sus países de origen. Algunos gobiernos estatales solicitaron formalmente al gobierno federal que adoptara medidas más estrictas para contener la importación del virus, por ejemplo, cancelando vuelos internacionales desde ciudades con alta incidencia de casos. Sin embargo, las autoridades federales denegaron estas peticiones (SCT-Gobierno de Jalisco). Al ser cuestionadas sobre nuevas variantes más contagiosas que se han detectado en varios países en los últimos meses, las autoridades han reiterado que no son necesarios controles fronterizos (INSABI), puesto que las personas enfermas no suelen viajar (Secretaría de Salud). La regulación de viajes se analiza con más detalle

en la sección sobre la respuesta de salud pública más adelante. Sin embargo, aquí subrayamos el tema como otra manifestación del fracaso del gobierno federal para sintonizar sus políticas con la evidencia científica y los niveles de riesgo. (Mariano Sanchez, 2020)

2.17 Ampliación de la capacidad hospitalaria

La primera ola de la epidemia sobrepasó la capacidad de hospitales públicos y privados para brindar cuidados intensivos a pacientes con insuficiencia respiratoria. El problema se agravó porque las personas infectadas debían ser atendidas de forma aislada. La ya limitada capacidad de los hospitales públicos se dividió en instalaciones no COVID, híbridas y sólo COVID. La primera respuesta provino de hospitales de alta especialidad con UCI bien equipadas y con personal capacitado para tratar las complicaciones de COVID-19. Sin embargo, la rotación de camas fue lenta, dado que la duración media de la estancia de los pacientes intubados podía llegar hasta los 30 días (Latinus). A medida que más pacientes llegaban a las salas de emergencia, los hospitales tenían que readaptar camas normales de hospital con ventiladores, estresando aún más al personal especializado y los escasos insumos. Los hospitales dedicados al COVID-19 desplazaron a pacientes que no tenían COVID-19 a otros hospitales y, en muchos casos, los pacientes fueron dados de alta prematuramente. Los hospitales públicos ya estaban funcionando a plena capacidad antes de que golpeará la pandemia. Los hospitales híbridos y sin COVID-19 tuvieron que posponer hospitalizaciones no urgentes y las cirugías electivas se detuvieron casi por completo mientras estos hospitales se preparaban para recibir a los enfermos más críticos remitidos desde las instalaciones exclusivas de COVID-19. Paralelamente, el sector privado experimentó una adaptación forzada similar en hospitales híbridos. Sólo el hospital ABC, un hospital privado sin fines de lucro en la Ciudad de México, que cuenta con dos campus, pudo dedicar uno de ellos por completo a pacientes con COVID-19. En todo el país, las UCI de hospitales privados se llenaron rápidamente de pacientes con seguro médico privado, mientras que otras camas se vaciaban a medida que las personas con otros padecimientos evitaban buscar atención médica por temor a contagiarse. Bajo el liderazgo y la intermediación de Funsalud, un think tank de políticas de salud del sector privado, 146 hospitales privados de todo el país colaboraron para brindar a las principales instituciones de salud pública servicios de hospitalización no

complejos a tarifas reducidas (El Economista). Aquí se puede encontrar una lista de nueve grupos de intervenciones no complejas que se han subcontratado al sector privado. Paradójicamente, esta iniciativa de colaboración público-privada no sólo realineó el desajuste entre la demanda y la oferta de camas de hospitales públicos y privados, sino que también revirtió la tendencia política de no participación privada en la subcontratación de la prestación de atención del sector público, implementada más recientemente a principios de año con las reformas del INSABI. La segunda ola fue mucho peor no sólo en la carga de casos sino en el perfil de los pacientes que llegaron a los hospitales. Después de suspender todas las actividades no esenciales a fines de marzo de 2020 bajo el mandato de “quedarse en casa”, el gobierno federal utilizó las tasas de ocupación de camas de hospital como el indicador principal para guiar el plan semáforo para reabrir la economía. Las tasas de mortalidad alarmantemente altas observadas en los hospitales públicos (ver el capítulo 1 de este reporte), sobre las que llamaron la atención la prensa y las redes sociales, se vieron agravadas por la convocatoria de las autoridades para que el público se quedara en casa. En consecuencia, se desalentó a muchas personas de buscar atención oportuna y, por lo tanto, limitó el acceso a la oxigenoterapia u otras intervenciones farmacéuticas en las primeras etapas de la progresión de la enfermedad, cuando el tratamiento puede marcar una diferencia crítica. El 58% de todos los pacientes con COVID19 que murieron nunca llegaron al hospital y una gran proporción de los que llegaron a una cama de hospital y murieron nunca tuvieron acceso a cuidados intensivos. Incluso antes del primer pico de la pandemia, entre febrero y junio de 2020, al menos el 45% de los que fallecieron en uno de los hospitales mejor provistos de la Ciudad de México no recibieron apoyo completo debido a la falta de disponibilidad de camas en la UCI. (Mariano Sanchez, 2020)

2.18 Riesgo epidemiológico y medidas de salud pública

Una última manifestación del desprecio de las autoridades por la evidencia en algunas de sus decisiones en torno a la respuesta a la pandemia se refiere a la desconexión, en coyunturas críticas, entre los niveles objetivo de riesgo epidemiológico y las restricciones de salud pública. Aunque los datos no coincidían con las proyecciones oficiales que habían anticipado que la primera ola de la pandemia se habría superado para entonces, las autoridades pusieron fin al periodo de confinamiento nacional.

Preocupaciones genuinas sobre los efectos sociales y económicos del cierre generalizado seguramente impulsaron esa decisión. Un sistema de alerta “semáforo” que asigna un nivel de riesgo a cada una de las 32 entidades sustituyó el confinamiento nacional (Diario Oficial). Bajo este sistema, las autoridades federales estiman semanalmente el riesgo con base en un conjunto de indicadores e informan al público y a los gobiernos estatales, que implementan las medidas de salud pública correspondientes. El sistema en sí no es problemático. En principio, permite un enfoque más regionalizado de la pandemia. Sin embargo, considerando la escasez de pruebas y los problemas potenciales de la representatividad del modelo de vigilancia centinela a nivel subnacional, es difícil saber si los indicadores empleados son una representación precisa de la realidad de la epidemia en regiones particulares. La falta de transparencia en las estimaciones, especialmente durante las primeras etapas de implementación del sistema de semáforo, generó fricciones con los gobiernos estatales, como se analiza más adelante. Un problema adicional es que algunos de los indicadores empleados para evaluar el riesgo, incluyendo los casos confirmados y las muertes, se actualizan con considerable retraso. Aumentar la inversión en los sistemas de información sanitaria es más que necesario. Sin embargo, el principal problema que identificamos en este componente de nuestra evaluación es que la estimación del riesgo epidemiológico, y con él, el conjunto de políticas de salud pública correspondientes, no se ha adherido a consideraciones estrictamente técnicas ni, de hecho, a los propios lineamientos del gobierno federal (Secretaría de Salud). Como se menciona en el capítulo 1, siguiendo la metodología oficial y utilizando datos de los sistemas relevantes de información en salud disponibles públicamente, la Ciudad de México alcanzó el nivel más alto de riesgo el 4 de diciembre de 2020, lo que obligaba a la suspensión de todas las actividades no esenciales en la ciudad. Pese a ello, las autoridades sanitarias federales y el gobierno de la Ciudad de México del mismo partido que el presidente informaron que la ciudad se mantenía en un nivel de riesgo más bajo y continuaron permitiendo actividades no esenciales hasta el 18 de diciembre. Un memorando oficial enviado por las autoridades sanitarias federales a la jefa de Gobierno de la Ciudad de México con los indicadores utilizados para calcular el riesgo fue publicado para justificar la decisión. Sin embargo, los niveles de dos de los 10 indicadores empleados la tasa de positividad de las pruebas y la proporción de camas disponibles con ventiladores son inconsistentes con los datos de:

- Los sistemas de información en salud que, según los lineamientos oficiales, deben ser la base para los cálculos
- Datos difundidos en las conferencias de prensa diarias de las autoridades federales
- Los propios informes de la jefa de Gobierno de la Ciudad de México al público para las fechas relevantes. (Mariano Sanchez, 2020)

2.19 Acceso a medicamentos, suministros y equipos y calidad de atención

La epidemia ha subrayado la necesidad de mejorar las capacidades de los recursos humanos para prevenir, diagnosticar, informar y tratar a pacientes con complicaciones. El personal sanitario carecía de directrices, protocolos y formación específicos para identificar pacientes en riesgo y referirlos a atención hospitalaria y tratamiento en unidades de cuidados intensivos. El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) es responsable de convocar a expertos, emitir lineamientos clínicos y monitorear la adherencia en todo el sistema de atención médica. En la actualidad, CENETEC se ha enfocado en difundir recursos disponibles, incluidos los recursos de la OPS, y las directrices para tratar a los pacientes con COVID19 desarrolladas por la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud en las primeras etapas de la pandemia. Al mismo tiempo, el IMSS ha desarrollado algoritmos de tratamiento interno. En junio de 2020, el gobierno federal publicó recomendaciones generales para el tratamiento de pacientes infectados (Salud). Sin embargo, hasta la fecha, no se han elaborado guías clínicas sectoriales detalladas basadas en evidencia para apoyar la práctica clínica en los entornos de atención de la salud. Las medidas de austeridad implementadas en 2020 llevaron a la eliminación de una de las dos subsecretarías de la Secretaría de Salud federal. El CENETEC, junto con la mayoría de los centros dedicados a la política de salud, regulación, planificación de servicios médicos y capacitación de profesionales de la salud, quedó desorganizado, lo que afectó negativamente la función de rectoría que desempeña la Secretaría de Salud en la prestación de servicios de salud. En cuanto al acceso a insumos clave, la pandemia aumentó aún más la presión sobre el sistema de contratación pública, que ya había sido objeto de una serie de reformas además de las medidas de austeridad del gasto público, incluidos recortes presupuestarios. Las reformas administrativas al esquema de contratación pública se iniciaron tan pronto como comenzó la administración actual a fines de 2018. El sector de

la salud fue una de las primeras áreas en experimentar los efectos de la cruzada contra la corrupción que se puso en marcha en 2019. El proceso de adquisiciones a través de licitaciones públicas que el IMSS había gestionado durante muchos años se suspendió repentinamente. El IMSS, como el comprador más grande y experimentado, había agrupado los presupuestos de la mayoría de las grandes instituciones sanitarias federales, incluido el ISSSTE, la Secretaría de Salud federal, algunos institutos nacionales de salud y proveedores a nivel estatal. El proceso se había fortalecido en 2009 en las áreas de adquisiciones y competencia bajo el asesoramiento de la OCDE y la Comisión Federal de Competencia Económica. Si bien había desafíos que atender, el proceso ofrecía una buena relación calidad-precio y un servicio confiable. En 2019, las responsabilidades de adquisiciones se transfirieron a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). La desconfianza del presidente y la consiguiente lucha contra las empresas de distribución de medicamentos y las farmacéuticas locales llevaron a una grave escasez de medicamentos esenciales en el país. Además, los cambios en el proceso de adquisiciones generaron tensiones con los estados e interrupciones en la distribución de medicamentos a lo largo de 2019 y 2020. Adicionalmente, la agencia reguladora de medicamentos y dispositivos médicos, la COFEPRIS, ha sido objeto de medidas de austeridad, cambios en personal clave, y muchos de sus procesos rutinarios han sido revisados o sujetos a retrasos. El papel de la COFEPRIS es fundamental para brindar certeza y respaldar los esfuerzos para aumentar el acceso a tecnologías relevantes. En una pandemia es aún más relevante, a la luz de la urgencia de actuar con rapidez y firmeza. Por ejemplo, el medicamento remdesivir demostró ser efectivo en el estudio ACTT-1 en el que México fue uno de los sitios clínicos, pero aún no ha sido aprobado para el tratamiento de COVID19 en el país. Por lo tanto, no está disponible en el sector público y no está cubierto por los seguros privados; quienes quieran recibir el medicamento deben comprarlo de su propio bolsillo en el mercado negro. (Mariano Sanchez, 2020)

2.20 Vigilancia centinela en México

El gobierno contó con un modelo de vigilancia centinela basado en el muestreo para monitorear la evolución de la pandemia llamado Modelo Centinela. La vigilancia centinela utiliza la recopilación de datos sobre enfermedades en lugares específicos para elaborar una muestra representativa de la población general. El sistema se basa en

infraestructura desarrollada para monitorear brotes de influenza. México ha utilizado dos sistemas preexistentes específicos para estimar la carga de la pandemia de COVID19. El primero es el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que es el sistema de notificación de casos que se utiliza para monitorear todas las enfermedades notificables en México (142 enfermedades, incluidas el dengue y la tuberculosis). El segundo es SISVEFLU, un subsistema del SINAVE diseñado para detectar y prevenir brotes de enfermedades respiratorias. Como parte del SISVEFLU, 475 Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI) en todo el país recopilan datos sobre enfermedades similares a la influenza. Las USMI están obligadas a registrar los casos o muertes sospechosos o confirmados de influenza dentro de 24 horas (SS). Para la pandemia de COVID-19, las USMI pasaron a llamarse USMER (Unidades de Salud Monitoras de Enfermedades Respiratorias) y SISVEFLU se convirtió en SISVER (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias). La vigilancia centinela de COVID-19 se basa en el siguiente procedimiento de muestreo:

- Muestras de laboratorio del 10% de los casos sospechosos con síntomas leves (pacientes ambulatorios) en USMER.
- 100% de los casos sospechosos con síntomas graves (dificultad para respirar).
- 100% de los casos que cumplen la definición de infección respiratoria aguda grave (pacientes hospitalizados) en todos los establecimientos de salud (USMER y no USMER).

Todas las muertes en USMER se informan directamente en SISVER, mientras que los centros que no son USMER envían por correo electrónico los detalles para su análisis. Los lineamientos enfatizan que las unidades que no son USMER sólo deben analizar casos graves para priorizar la asignación eficiente de recursos. En enero de 2021 se actualizaron los lineamientos para recabar muestras de 10% de los pacientes con síntomas leves también en unidades no USMER. El propósito de la vigilancia centinela es recopilar datos de alta calidad de los sitios de muestreo. Estos datos se pueden utilizar para caracterizar tendencias de transmisión. Sin embargo, esta información sólo incluye a personas que buscan atención en un número limitado de hospitales, por lo que los datos no son representativos de la población más amplia ni comprehensivos. Además, la vigilancia centinela tampoco incluye datos de laboratorios del sector privado u otros fuera de la red nacional. En la práctica, el modelo ha subestimado enormemente la verdadera carga de COVID19, incluso considerando su

naturaleza como muestra. El sistema de vigilancia ha captado principalmente casos de enfermedades graves. Estudios e informes han demostrado la inexactitud del sistema de vigilancia. En un momento, el número de casos encontrados utilizando el modelo centinela tenía que multiplicarse por un factor de para estimar el número de casos aproximado, según explicó el portavoz de la pandemia. Las encuestas serológicas del INSP encontraron más tarde que, de hecho, sólo se detectó aproximadamente una de cada 30 infecciones, incluidas las asintomáticas. Adicionalmente, el sistema carece de representatividad subnacional, pues fue diseñado para detectar patógenos respiratorios emergentes a nivel nacional. Sin embargo, el sistema de alerta semáforo que determina el nivel de riesgo para cada estado se basa en parte en los casos detectados por el modelo de vigilancia centinela. Otro obstáculo para tomar decisiones acertadas han sido los grandes retrasos en la notificación de casos y el procesamiento de datos dentro de los sistemas de información sanitaria. Se necesitan entre dos y tres semanas para alcanzar una estimación relativamente estable del número de casos y muertes por COVID19 en un día determinado. Tales retrasos han impedido a las autoridades y al público en general tener una imagen precisa de la epidemia en tiempo real. En una epidemia que cambia rápidamente, las decisiones se han basado en información desactualizada. Dejando a un lado la precisión del modelo centinela, su enfoque de monitoreo pasivo se aleja de los objetivos de control de infecciones que son críticos para COVID19. El modelo fue presentado como un reemplazo satisfactorio para la aplicación generalizada de pruebas diagnósticas. Según el vocero del gobierno, el sistema era “más efectivo que aplicar pruebas a millones de mexicanos”. Sin embargo, esta perspectiva limitó el uso de pruebas a obtener una imagen agregada de la evolución de la enfermedad, renunciándolo como herramienta para apoyar la detección temprana de brotes y otras intervenciones específicas para controlar la transmisión. (Mariano Sanchez, 2020)

2.21 La respuesta fiscal de México

La pandemia ha sido una de las más pequeñas del mundo y mucho más baja que la respuesta de la mayoría de las economías de ingresos medios y altos. Las medidas fiscales con efectos directos (también conocidas como “por encima de la línea”) han incluido el aumento del gasto público y la disminución de los ingresos fiscales; a fines de enero de 2021, este tipo de medidas representaban el 0.2% del PIB para gastos de salud

y el 0.5% del PIB para apoyar a hogares y empresas (Atlantic Council, IMF). Las medidas con efectos indirectos (o “por debajo de la línea”) incluyendo préstamos a trabajadores formales, préstamos a trabajadores que han sido despedidos recientemente y pasivos contingentes representaron aproximadamente el 1.3% del PIB. El impacto en la actividad económica que resulta de las medidas fiscales indirectas es más incierto y depende de la aceptación por parte de los destinatarios objetivo. Ninguno de los países con medidas de apoyo fiscal más bajas se ha visto tan afectado por la pandemia como México. La limitada respuesta fiscal del país no debería sorprender. La administración actual se ha comprometido con una postura fiscal conservadora y, en general, no está dispuesta a acumular nueva deuda ni siquiera para financiar los proyectos emblemáticos de infraestructura del presidente. El enfoque convencional, especialmente entre las economías más desarrolladas, ha sido mitigar el riesgo de una recesión más severa brindando apoyo fiscal directo a las empresas para mantenerlas a flote y evitar despidos permanentes de trabajadores, y brindando protección de ingresos a las personas por encima de lo establecido legalmente por las medidas de protección social. Con un 65.6%, la relación deuda/PIB es relativamente baja y la prudencia fiscal puede generar daños económicos duraderos que colocan a México en el camino de una economía débil y una recuperación económica prolongada. En la cúspide del primer y único confinamiento nacional, el 5 de abril de 2020, el presidente delineó las prioridades de política de su gobierno para combatir los efectos económicos generados por la propagación de la enfermedad, incluido el aumento del gasto en salud. Durante la semana del 19 de abril, el presidente anunció medidas adicionales de austeridad para el gasto público, como la reasignación de gastos no prioritarios a rubros prioritarios de salud y algunas reducciones voluntarias de salarios de funcionarios gubernamentales de alto rango. Incluso las ganancias de un confuso esquema de lotería para vender el avión presidencial se destinaron a equipar hospitales públicos que estaban en dificultades. Las medidas fueron insuficientes y llegaron tarde. El sector de la salud había experimentado recortes presupuestarios devastadores. Estos incluyeron la disminución de los salarios del personal de salud en el sector público el año anterior e incluso en enero de 2020. Además, la capacidad de gasto se vio obstaculizada por las nuevas reglas de asignación de fondos de salud a los estados, la burocracia relacionada con la reestructuración del proceso de adquisiciones y la centralización de los fondos para medicamentos y equipos médicos por parte de la Secretaría de Hacienda. (Mariano Sanchez, 2020)

- 2.22 Factores que afectan a la niñez**
- 2.23 Factores que afectan a la edad adulta**
- 2.24 Factores que afectan en la adolescencia**
- 2.25 Covid19 y embarazo**
- 2.26 Covid19 enfermedades crónicas**
 - 2.26.1 Covid19 y diabetes**
 - 2.26.2 Covid19 e hipertensión**
 - 2.26.3 Covid19 y EPOC**
 - 2.26.4 Covid19 y cáncer**
 - 2.26.5 Covid19 y SIDA**

Capitulo III metodología de la investigación

3.1 diseño y tipo de estudio

3.1.1 diseño

El diseño es la estructura a seguir en una investigación. ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con los interrogantes surgidos de los supuestos e hipótesis-problema. Constituye la mejor estrategia a seguir por el investigador para la adecuada solución del problema planteado. El diseño también es un planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas. que pueden adaptarse a las particularidades de cada investigación y que nos indican los pasos y pruebas a efectuar y las técnicas a utilizar para recolectar y analizar los datos. (Tamayo, 2003)

Presentando la tesis es importante conocer el diseño de la investigación ya que con esto nos guiaremos para poder ejecutar cualquier investigación que se imparta. Es esta deben surgir todo tipo de preguntas de dudas antes de poder comenzar, es un tipo de estrategia que es tomada para la realización de este tipo de trabajos.

3.1.2 tipo de estudio

Este conocimiento hace posible evitar equivocaciones en la elección del método adecuado para un procedimiento específico. Conviene anotar que los tipos de investigación difícilmente se presentan puros; generalmente se combinan entre sí y obedecen sistemáticamente a la aplicación de la investigación. Tradicionalmente se presentan tres tipos de investigación. Abouhamad anota que de éstos se desprende la totalidad de la gama de estudios investigativos que trajinan los investigadores. (Tamayo, 2003)

como toda investigación tiene un tipo de estudio la tesis es un documento que debe ser bien elaborado bajo estrictas normas de redacción para no cometer errores y así no obtener información errónea al lector debe ser fácil de digerir la información es uno de los objetivos de esta elaboración de investigaciones.

3.2 universo y muestra

3.2.1 universo

Cuando para un estudio se toma la totalidad de la población por ello, no es necesario realizar un muestreo para el estudio o investigación que se proyecta. Cuando esto ocurre se dice que se ha investigado en universo. No todas las investigaciones se pueden hacer a partir de un universo; además, tampoco es necesario. (Tamayo, 2003)

En el universo basado en la información que nos brinda Mario Tamayo en resumidas palabras quiere decir lo que se quiere proyectar con la información recaudada para el lector

3.2.2 muestra

La muestra descansa en el principio de que las partes representan el todo y por tanto refleja las características que definen la población de la cual fue extraída, lo cual nos indica que es representativa. Es decir, que para hacer una generalización exacta de una población es necesaria una muestra totalmente representativa y, por lo tanto, la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de la muestra. Lo que siempre preocupa al investigador es el tamaño de la muestra, el cual ésta determinado por el nivel de precisión requerido por el error de muestreo aceptable o dispuesto a tolerar. Generalmente se recomienda a quienes no tienen suficientes conocimientos estadísticos recurrir a una especialista para que les determine la muestra, pues de otra forma se pueden introducir deformaciones en la investigación. (Sampieri, 2010)

La muestra nos sirve para las estadísticas de lo que se pretende saber, por lo tanto, la población es la que se involucra ya que gracias a ello se obtienen los valores cuantitativos para poder mostrarlos y sean datos más certeros.

3.3 tipo de muestreo

En las muestras probabilísticas, todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis. Imagínese el procedimiento para obtener el número premiado en un sorteo de lotería. Este número se va formando en el momento del sorteo. En las loterías tradicionales, a partir de las esferas con un dígito que se extraen (después de revolverlas mecánicamente) hasta formar el número, de

manera que todos los números tienen la misma probabilidad de ser elegidos. (Sampieri, 2010)

El tipo de muestreo nos permite hacer un diseño para las muestras recolectadas previamente y poder hacer mención de ellas con un método y tipo de muestreo que ayuda para la visualización de dichas muestras

3.4 material

3.4.1 material financiero, recurso humano

Equipo y otros

Material	Recurso financiero	Recurso humano	Material y equipo

3.4.2 métodos

El investigador cuenta con fuentes primarias y secundarias. De las fuentes primarias el investigador obtiene las mejores pruebas disponibles: testimonio de testigos oculares de los hechos pasados y objetos reales que se usaron en el pasado y que se pueden examinar ahora. Estas fuentes constituyen elementos básicos de la investigación. El investigador recurre también a fuentes secundarias, es decir, a la información que proporcionan las personas que no participaron directamente en ella. Estos datos los encuentra en enciclopedias, diarios, publicaciones periódicas y otros materiales. Las fuentes primarias y secundarias pueden hacer que el investigador modifique el esquema del problema cuando la información indique que ello es necesario. (Tamayo, 2003)

Los materiales y métodos no son más que toda la información que se pueda obtener de diferentes fuentes teniendo en cuenta que cada una de ellas debe llevar un crédito o bien ya sea por querer comprobar la hipótesis, que sea todo con bases de argumentos bien planteados.

CAPITULO III.

Metodología de la investigación.

3.1 Diseño

Según Mario Tamayo el diseño es la estructura a seguir en una investigación, ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con los interrogantes surgidos de los supuestos e hipótesis-problema.

Constituya la mejor estrategia a seguir por el investigador para la adecuada solución del problema planteado. En diseño también es un planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas, que pueden adaptarse a las particularidades de cada investigación y que nos indican los pasos y pruebas a efectuar y las técnicas a utilizar para recolectar y analizar los datos.

(Mario Tamayo, 2003).

Existen diversos tipos de diseños los cuales ayudan para el proceso de investigación, cada uno tiene características específicas y que aportan diversos métodos de actuación de acuerdo a las necesidades que se puedan presentar o el objetivo principal de la investigación, los cuales pueden ser los siguientes:

1. Temática

Este tipo de diseño se puede utilizar cuando se tiene presencia y noción del tema a indagar, este proceso se hace mediante evidencia la cual este fundamentada mediante la experiencia y comprobación de diversos autores, por tal motivo se deriva el diseño bibliográfico el cual comprende referencias comprobables brindadas con anterioridad y generadas mediante el paso de los años y exhaustivas investigaciones.

2. Empírica

Otro tipo de diseño el cual es muy empleado para poder realizar el proceso de investigación es el diseño empírico por medio del cual podemos implementar diseños de apoyo como lo es el de campo, mediante este tipo de diseño permite poder recoger diversos datos los cuales se obtienen del entorno real que se esté investigando en el momento o se tenga esa finalidad, por lo tanto los datos obtenidos como resultado del diseño son denominados factores primarios, estos factores son muy importantes pues permiten conocer más a fondo las diversas condiciones en las cuales se fundamenta la investigación facilitando en proceso de revisión de factores que alteran en contexto social y de entorno del momento, de esta manera también permite el surgimiento de diversas dudas las cuales puedan resolverse y de esta manera facilitar una mejor intervención a la problemática presente.

Dentro del diseño de campo se generan diversos sub-diseños los cuales colaboran con mayor fundamentación para la investigación como lo es, **el diseño de encuesta**, determinándose exclusivo de las llamadas ciencias sociales, pues permiten conocer mediante una encuesta los diversos comportamientos de los individuos inmersos en la sociedad afectada; **diseño estadístico**, este diseño permite generar resultados determinados mediante diversos estudios de mediaciones los cuales generen valores individuales o grupales derivados de las diversas situaciones que se presente en el momento; **diseño de casos**, es un tipo de diseño el cual favorece los estudios objetivos de las investigaciones, ampliando y detallando el campo de indagación estudiando uno o más objetivos de los sistemas dañados para conocer las problemáticas generales de los mismos; **diseño experimental**, dicho diseño permite comprender la causa de un factor, el cual su propósito es el de estudiar diversas variables las cuales se puedan tener en un medio controlado por el investigador; **diseño ex-post-facto**, este diseño se puede ver reflejado una vez que se realizó la investigación, este no controla ni regula las condiciones de la prueba y se trabaja sobre ellas definiéndolas como si estuvieran bajo el control del investigador.

Dentro del campo de investigación es indispensable contar que existen modelos de investigación los cuales funcionan como impulsores bases del campo investigativo, los diversos modelos contemplan etapas las cuales son 3: 1.- el tema, 2.- el problema, 3.- la metodología, estos 3 factores deben estar presente en toda investigación; **el tema**, es una etapa la cual da origen a toda investigación a partir de una realidad y esta muestra las diversas problemáticas que se ven inmersas en ese momento; **el problema**, es el comienzo de todo estudio, este trata de encontrar una respuesta mediante fundamentos teóricos, cuyos datos son conocidos y se basan en una teoría u acontecimiento que se indaga con anterioridad; **la metodología**, consiste en diversos procedimientos los cuales ayudan a resolver de una manera exacta, los diversos objetivos en un objeto de

estudio los cuales son ubicados por métodos, técnicas e instrumentos de ayuda para lograr resultados esperados.

3.1.1 Tipo de estudio

En el comienzo de toda investigación se contemplan tipos de estudios que transforman los conocimientos iniciales a específicos, de esta manera se contemplan tres tipos de estudio como los propuestos por “Mario Tamayo” contemplando el tipo de investigación histórica (el cual describe lo que era), el tipo de investigación descriptiva (interpreta lo que es), el tipo de investigación experimental (describe lo que será).

Investigación histórica, consta de toda experiencia que se dio en el pasado dentro de la cual se puede ver presente la historia de las diversas ciencias como las naturales, del derecho, de la medicina, y diversas disciplinas que se anexan para dicha investigación, esta trata de buscar la verdad mediante fundamentos del pasado; **investigación descriptiva**, contempla diversas funciones las cuales son: la descripción del problema, el registro, el análisis y la interpretación de algún objeto de estudio: **Investigación experimental**, es aquella la cual se ve reflejada por medio de un trabajo manipulable correspondiente a una variable la cual es desconocida y aun no tiene una comprobación científica, en la investigación se mantiene un ambiente con condiciones estrictamente controladas.

3.1.2 Enfoque cuantitativo

El enfoque cuantitativo (que representa, como dijimos, un conjunto de procesos) es secuencial y probatorio. Cada etapa procede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque, desde luego podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establece hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinable contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis.

(Hernández Sampieri 2010).

3.1.3 Enfoque cualitativo

Enfoque cualitativo también se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis proceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes, y después, para refinarlas y responderlas. Las acciones indagatorias se mueven de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” y no siempre la secuencia es la misma, varía de acuerdo con cada estudio particular.

3.1.4 Investigación mixta

Los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno. Estos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (“forma pura de los métodos mixtos”). Alternativamente, estos métodos pueden ser adaptados, alterados o sintetizados para efectuar la investigación y lidiar con los costos de estudio.

3.1.5 Esta investigación se basó por medias siguientes investigaciones:

1.- investigación cuantitativa, la cual ayudo a poder fundamentar mediante una investigación estadística de conteo las principales características que afectaban la sociedad alcohólica, brindando de esta manera un numero de factores de riesgo y población afectada por la patología alcohólica; de igual forma se retomó a la investigación cualitativa, por medio de la cual se analizaron las diversas características que se relacionan a la enfermedad comprendiendo edad, sexo, entorno social, situación familiar, situación económica, situación laboral, situación sentimental y emocional; integrando de igual forma la investigación mixta, la cual conforma la unión de los dos tipos de investigación anteriormente mencionados (cualitativo-cuantitativo y mixto).

3.2. Universo y muestra

Universo: cuando para un estudio se toma la totalidad de la población y por ello, no es necesario realizar un muestreo para el estudio o investigación que se proyecta. Cuando esto ocurre se dice que ha investigado en universo.

Muestra: a partir de la población cuantificada para una investigación se determina la muestra, cuando no es posible medir cada una de las entidades de la población; esta muestra, se considera, es representativa de la población. La muestra descansa en el principio de que las partes representan el todo y por tanto refleja las características que define la población de la cual fue extraída, lo cual nos indica que es representativa. Es decir que para hacer una generalización exacta de una población es necesaria una muestra totalmente representativa y, por lo tanto, la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de muestra. (Mario Tamayo, 2003).

3.3. Tipo de muestra

La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población. Con frecuencia leemos y escuchamos hablar de muestra representativa, muestra al azar, muestra aleatoria, como si con los simples términos se pudieran dar más seriedad a los resultados.

Básicamente categorizamos las muestras en dos grandes ramas: las muestras no probabilísticas y las muestras probabilísticas. En las **muestras probabilísticas** todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis.

En las **muestras no probabilísticas**, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, si no de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

En esta investigación se basa en las muestras probabilísticas y la no probabilísticas para el planteamiento del problema, las hipótesis, el diseño de investigación y el alcance de sus contribuciones. Las muestras probabilísticas tienen muchas ventajas, quizá la principal sea que pueda medirse el tamaño del error en nuestras predicciones. Se dice incluso que el principal objetivo en el diseño de una muestra probabilística es reducir al mínimo este error, al que se le llama error estándar. (Kish, 1995; Kalton y Heeringa, 2003).

3.4. Material y métodos

Recursos financieros	Recursos humanos	Material y equipo
-----------------------------	-------------------------	--------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Impresiones • Empastado • Pago de transporte • Pago de impresiones (cuestionario) • Pago de tinta • Gatos de convivencia en el centro de rehabilitación (pastel, plato, tenedor, servilletas, refresco). 	<ul style="list-style-type: none"> • César Abraham Morales Pérez • María de Jesús Pascual Pedro • Lic. Alicia • Dirección de UDS • Asesora de tesis: Cecilia Zamorano Rodríguez • Director del centro de rehabilitación • Pacientes del centro 	<ul style="list-style-type: none"> • Portátiles personales • Memorias USB • Libreta de apuntes • Lápiz • Lapiceros • Impresora • Teléfono celular • Cable de extensión
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.4.1 Métodos

En este trabajo de investigación se realiza a través del método científica, mediante encuestas de manera estructurada y semiestructurada para poder

determinar cuáles son los principales factores más predominantes que conllevan al alcoholismo.

El **método científico** es la ciencia y la epistemología nos ponen de manifiesto, hasta no poder hablar de investigación sin tener que hablar de método científico. Podemos decir que entre la investigación científica y el conocimiento científico encontramos el método científico. Que es el que nos asegura el primero y el segundo. (Mario Tamayo, 2003).

Las entrevistas según (Grinnell y Unrau, 2007) se divide en estructuradas, semiestructuradas o no estructuradas, o abierto. Una entrevista estructurada hace referencia a un proceso estandarizada en el cual el entrevistador tiene que basarse de guía y estas deben estar en orden, asimismo la entrevista semiestructurada se basa de guías, pero el entrevistador puede introducir preguntas adicionales para poder mayor información, por otro lado, las entrevistas abiertas son aquellas que de igual manera existe una guía general con la información y de este modo el entrevistador puede manejar a su ritmo.

(Hernández Sampieri 2010).

3.5. Criterios de inducción

Debemos de tener en cuenta que, en cualquier área del conocimiento científico, el interés radica en poder plantear hipótesis, leyes y teorías para alcanzar una comprensión más amplia y profunda del origen, desarrollo y transformación de los fenómenos y no quedarse solamente con los hechos empíricos captados a través de la experiencia sensible (en la ciencia no es cierto aquello de que los hechos hablen por si solos). Además, a la ciencia le interesa confrontar sus verdades con la realidad concreta ya que el conocimiento, como se ha dicho, no puede considerarse acabado, definitivo, tiene que ajustarse continuamente, en manos o mayor grado según el área de que se trate, a la realidad concreta la cual se encuentra en permanente cambio. En este proceso de ir de lo particular a lo general y de este regresar a lo particular tenemos la presencia de dos métodos: la inducción y la deducción.

La **inducción** se refiere al movimiento del pensamiento que va de los hechos particulares a afirmaciones de carácter general. Esto implica pasar de los resultados obtenidos de observaciones o experimentos (que se refiere siempre a un número limitado de casos) al planteamiento de hipótesis, leyes y teorías que abarcan no solamente los casos de los que se partió, sino a otros de la misma clase; es decir generaliza los resultados (pero esta generalización no se mecánica, se apoyó en las formulaciones teóricas existentes en la ciencia respectiva) y al hacer esto hay una superación, un salto en el conocimiento al no quedarnos en los hechos particulares sino que buscamos su comprensión más profunda en síntesis reaccionales (hipótesis, leyes, teorías).

(Mario Tamayo, 2003).

Esta generalización no se logra solo a partir de los hechos empíricos, pues de conocimientos ya alcanzados se puede obtener (generalizar) nuevos conocimientos, de los cuales serán mas complejos. Para poder pensar en la posibilidad de establecer leyes y teorías con base en la inducción, es necesario

partir del principio de la regularidad y interconexión de los fenómenos de la naturaleza y la sociedad, lo cual permite pasar de la descripción (que se refiere fundamentalmente a los hechos empíricos) a otros niveles de la ciencia: la explicación y predicción a través de leyes y teorías.

La **deducción** es el método que permite pasar de afirmaciones de carácter general a hechos particulares. Proviene de deductivo que significa descender. (citar Mario Tamayo)

3.6. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión se refieren a las condiciones o algunas características que presentan los participantes y que puedan alterar o modificar los resultados, en este caso trae como consecuencia no ser elegibles para el estudio.

(Mario Tamayo, 2003).

3.7. Criterios de eliminación

Este aspecto corresponde con las características que se pueden presentar en el desarrollo de la investigación. Es decir, serán circunstancias que pueden ocurrir después de iniciar la investigación y de haber seleccionado a los participantes. (Citar con Tamayo)

Es importante mencionar que dentro de estos criterios se observan diversas limitaciones en el punto de muestra, principalmente algunas eliminaciones se dan dado a que por el mismo efecto alcohólico, diversos individuos no pudieron ser entrevistados, encontrando de esta manera una desestabilidad en su realidad por estar alcoholizados, de igual forma, se presentaron los casos de negación en donde las personas no quisieron dirigir palabra de su situación, respetando de tal manera al individuo.

Los criterios de eliminación estuvieron constantes en la muestra a estudiar, focalizando de esta manera a un 10% de la población.

3.8. Plan de análisis

El plan de análisis es un método por el cual se emplea la entrevista, las visitas, la convivencia, las muestras estadísticas graficadas, entre muchos otros factores de obtención de medios informativos. Con la finalidad de poder elegir el mejor método de investigación y poder generar un plan de intervención específico, con el sustento generado del plan de análisis de un sector poblacional.

Dentro de esta investigación, se tomó en cuenta los métodos de la entrevista, por medio del cual se pudo obtener información específica de las situaciones que afectan a los individuos para poder conocer cómo fue su pasado; de igual forma se optó por el test de la familia de (Porot) ya que este nos permitió saber cómo considera el a su familia que nos permitió intervenir, y por último utilizamos dinámicas que motivaron a los individuos a luchar por sí mismos; el plan de análisis tomado fue considerado de tal forma que pudiera ser lo más criterio en la información posible, de tal modo que se sustentara mediante un sector poblacional determinado con personas con situaciones relacionadas a la enfermedad alcohólica.

3.9. Aspectos de éticas

La ética o filosofía moral es la disciplina que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano.

La ética dentro del campo de investigación debe de estar inmersa constantemente para poder tener un buen desarrollo del campo muestra, el trato con respeto a la situación a indagar de permanecer constante por motivo a que se trata con características que afectan a la sociedad.

El aspecto de ética que se desempeñó en esta tesis está caracterizado por resguardar la integridad de los individuos que participaron en el foco de estudio del sector muestra, entro de este proceso de les brindó resguardo de su integridad, de esta forma se sustenta que la investigación realizada fue llevada a cabo con ética profesional.

3.9.1 Código de ética

Decálogo del código de ética de enfermería de México.

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los comprende a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Código de ética del CIE para las enfermeras.

3.9.2. Normas

Las normas son maneras aceptadas de hacer algo. Pueden tratarse de la fabricación de un producto, el manejo de un proceso, entregar un servicio o suministrar materiales.

Por ende, en este trabajo de investigación, nos basamos mediante normas APA para poder fundamentar el campo textual, por medio de las cuales pudimos completar las citas y referencias bibliográficas con un proceso y método definido por cada una de ellas para darle un sustento teórico al trabajo de tesis.

De la misma manera nos fundamentamos en las características solicitadas por la institución de Universidad Del Sureste, campus Comitán, en donde plasma lo siguiente:

- Textos: letra arial No.16 para títulos, sub-títulos No.14, y párrafos No.12.
- Márgenes: Izquierdo 4 cm, derecho 2.5 cm, superior 2.5 cm, inferior 2.5 cm.
- Espacios: 1.5 entre línea y línea, 3 espacios simples entre párrafo y párrafo.

3.9.3. Leyes

Las leyes son reglas y normas previamente establecidas por una autoridad superior para regular, de acuerdo con la justicia y los aspectos de las relaciones sociales.

Las mismas para esta investigación fueron necesarias para poder llevar a cabo la misma, dentro de las cuales nos encontramos con las del centro de trabajo en donde ellos se rigen por principios bíblicos y humanistas, generando de esta manera un orden continuo de predicaciones dentro del centro de rehabilitación, los individuos que están más rehabilitados como actividad pueden salir a las actividades de compra de despensas para los mismos que integran la comunidad, el respeto y amor al prójimo debe de estar presente, si hay alguien que necesita ayuda se le brinda, como principales leyes que rigen al centro de rehabilitación.

3.9.4. Reglamentos de institución

El proyecto de investigación se elaboró por los lineamientos girados por la dirección de UDS campus Comitán, como requisito para la titulación por tesis o por promedio mismos que se entregaron al término de la carrera.

- Portada
- Hoja en blanco
- Portadilla
- Autorización de impresión
- Dedicatoria
- Índice
- Introducción
- Capítulo I
- Capítulo II
- Capítulo III
- Capítulo IV
- Sugerencias y/o propuestas

- Conclusión
- Bibliografía