

## Declaraciones de autoría

Todos los/las autores/as declaran haber contribuido directamente al concepto intelectual de esta carta al editor y a la génesis y análisis de sus datos, por lo cual están en condiciones de hacerse públicamente responsables de ella.

## Financiación

Ninguna.

## Conflictos de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Guttmacher Institute. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe. New York: Guttmacher Institute; 2012.
2. Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. New York: Guttmacher Institute; 2012.
3. International Planned Parenthood Federation. Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza. Nueva York: International Planned Parenthood Federation; 2006.
4. Merino-García N, Meléndez W, Taype-Rondan A. Abortion services offered via the Internet in Lima, Peru: methods and prices. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2016;42:77-8.
5. Quintero-Roa E, Ochoa-Vera M. Actitudes de los gineco-obstetras ante la interrupción legal voluntaria del embarazo. *Rev Salud Pública*. 2015;17:776-88.

6. Provenzano-Castro B, Oizerovich S, Stray-Pedersen B. Healthcare students' knowledge and opinions about the Argentinean abortion law. *Sex Reprod Healthc*. 2015;7:21-6.

Samira Alvarado-Zeballos<sup>a,\*</sup>, Tania Acevedo-Villar<sup>b</sup>,  
René Montesinos-Segura<sup>c,d</sup> y Álvaro Taype-Rondan<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Medicina Humana,  
Universidad Privada Antenor Orrego, Piura, Perú

<sup>b</sup> Facultad de Medicina Humana,  
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Ica, Perú

<sup>c</sup> Escuela Profesional de Medicina Humana,  
Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco, Perú

<sup>d</sup> Asociación Científica de Estudiantes de Medicina Humana del Cusco  
(ASOCIEMH-CUSCO), Cusco, Perú

<sup>e</sup> CRONICAS, Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas,  
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [samiraalvarado45@gmail.com](mailto:samiraalvarado45@gmail.com)  
(S. Alvarado-Zeballos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.001>  
0213-9111/

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Una herramienta automática que evalúa grupos de educación para la salud con mujeres



### An automatic tool to evaluate women's health education groups

Sr. director:

Las intervenciones grupales con mujeres que presentan síntomas inespecíficos que no suelen responder a tratamiento farmacológico (problemas sociales, capítulo Z de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria<sup>1</sup>) vienen utilizándose desde hace años de forma habitual<sup>2,3</sup>. En esta línea, desde 1997, y de manera protocolizada desde 2011, el equipo de trabajadoras sociales de los centros de salud de Fuenlabrada y Leganés (Comunidad de Madrid) realizan grupos de educación para la salud dirigidos a mujeres con problemas psicosociales. Tras 2 años de implementación protocolizada, se evidencian la complejidad de la gestión del sistema de evaluación, las limitaciones de los recursos para llevarla a cabo y la dificultad de objetivar resultados en salud.

En 2013 se diseñó un nuevo sistema de evaluación con indicadores elaborados ex profeso y una herramienta de gestión automatizada fruto de un proceso de investigación-acción con los actores implicados. El sistema propone la aplicación de cinco cuestionarios: ficha de participante, ficha de sesiones, cuestionario *Hospital Anxiety and Depression Scale* pretest y postest, *Cuestionario de Calidad de Vida en Salud* adaptado del SF-12 pretest y postest, y un cuestionario de logros autopercebidos a realizar 3 meses después de finalizar las sesiones del grupo. Con los datos recabados se genera un conjunto de indicadores que ofrecen información individual y grupal de:

- Estructura: promedio de los valores de las variables socio-demográficas, diagnósticas y de hábitos sociales y de salud; puntuaciones de carga de enfermedad (ansiedad y depresión) y de calidad de vida (escala de 0 a 10). Sirven de línea de base para comparar mejoras individuales y grupales tras la intervención.

- Proceso: indicadores de asistencia, de implicación en la dinámica y de actitud ante el cambio (escala de 0 a 10).
- Resultados: indicadores de eficacia terapéutica de ansiedad y depresión, de calidad de vida y de logros personales (escala de 0 a 10).

Para la gestión del proceso evaluativo se ha creado una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2007 que registra los datos individuales de cada participante y, de forma automática, procesa y ofrece resultados individuales y grupales (fig. 1). También incorpora los modelos de los cuestionarios preparados para imprimir y un modelo de informe individual de resultados para su devolución a los/las profesionales que derivan mujeres a los grupos. Se garantiza la seguridad en el tratamiento y el almacenamiento de los datos mediante cifrado con clave secreta como técnica de pseudonimización<sup>4</sup>.

La herramienta ha mostrado ser útil para: a) controlar la estructura del grupo al inicio de las sesiones; b) facilitar la planificación de la intervención en función de las características del grupo; c) monitorizar la asistencia, la participación y la actitud hacia el cambio; d) adaptar la programación en tiempo real; e) identificar los progresos obtenidos por cada mujer; f) calcular indicadores grupales de niveles de ansiedad, depresión, calidad de vida en salud y percepción de logros personales; g) comparar resultados con grupos anteriores y h) agregar datos aumentando la calidad de los estadísticos calculados.

El tratamiento automatizado y sistemático permite el seguimiento y la evaluación continuada de los grupos, y determina el impacto de la intervención en la salud de las mujeres. Las profesionales lideran la evaluación, obviando la necesidad de acudir a evaluadores externos.

El éxito del sistema dependerá de la normalización de la herramienta dentro de las aplicaciones informáticas de atención primaria.

**Contribuciones de autoría**

M.I. Sillero ha concebido y coordinado técnicamente el trabajo y, junto con M.D. Lasheras y L. Moratilla, han redactado la primera versión del manuscrito. L. Seoane diseñó la evaluación, realizó el trabajo de campo, analizó e interpretó los resultados, y redactó

el informe final. A.M. Martínez realizó el seguimiento institucional del trabajo. C.G. Riolobos participó, junto con el conjunto de autores, en el diseño y el seguimiento del proceso evaluativo. Todas las personas firmantes revisaron, discutieron y contribuyeron con sus aportaciones a la versión final del manuscrito para su publicación.

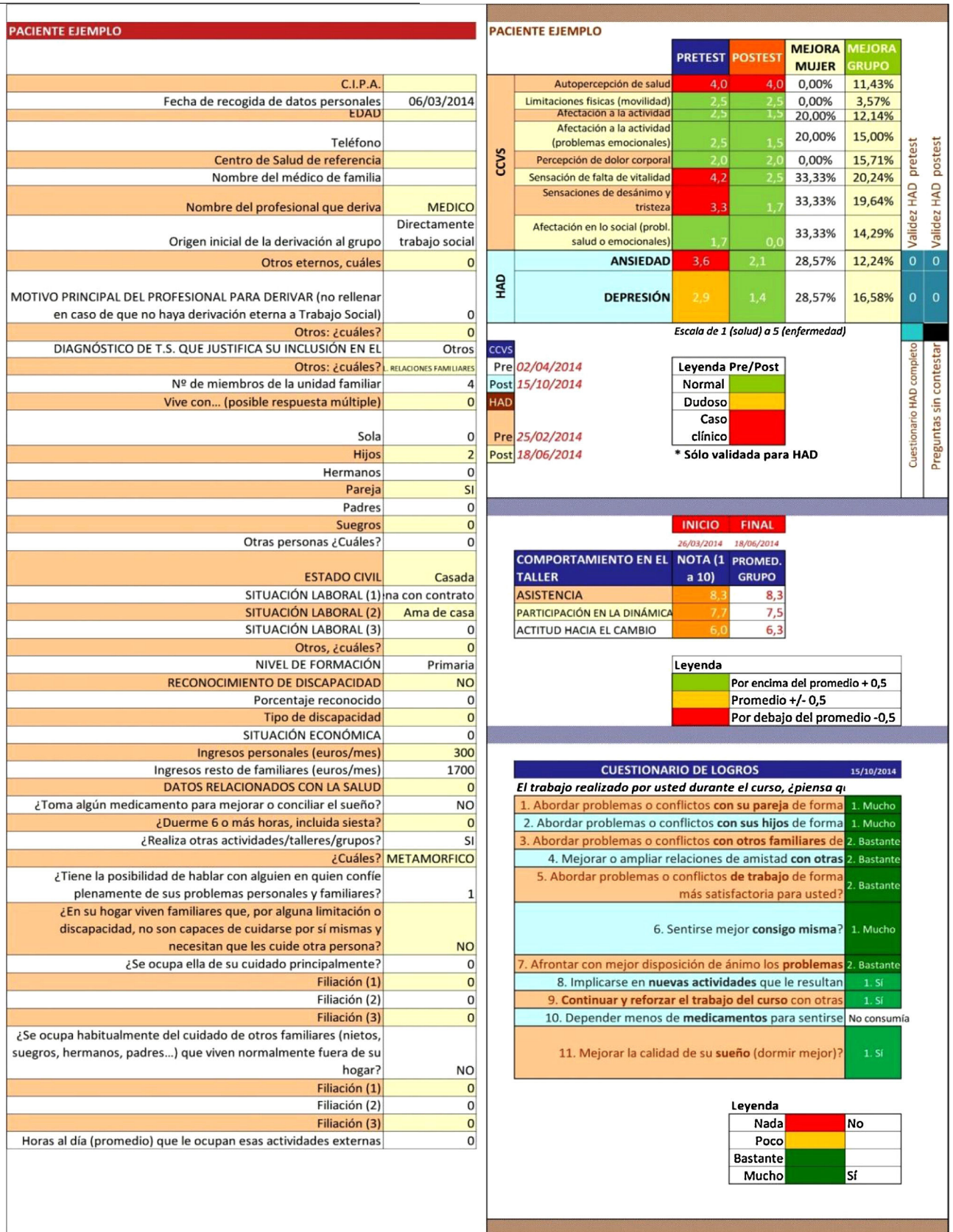


Figura 1 Vista de indicadores individuales.

## Financiación

Trabajo financiado por la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Agradecimientos

A P. Araque, M.I. Merlos, R.M. Arranz, P. Lallave, MJ Yagüe, M.P. Mateos, M.J. de la Puente y M. Pascual por el diseño y el desarrollo de los grupos de EpS, su implicación y colaboración en el estudio, la recogida y el análisis de los datos, y la aplicación de los resultados. A M.L. Peralta, C. Blanco, S. Martín, C. Besora, J. Domínguez y B. Zorrilla por colaborar en el estudio, en el seguimiento institucional del trabajo y en la difusión de los resultados. A las Direcciones Asistenciales Sur y Oeste por facilitar y colaborar en el estudio, y por difundir sus resultados.

## Bibliografía

1. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. 2<sup>a</sup> ed. CIAP - 2 Barcelona: Masson; 1999. p. 224.

2. Muñoz Ureña MA, De Casas Fernández MX, Cobo González R, et al. Malestar psicosocial de la mujer: experiencia de una intervención grupal en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2009;10:96–100.
3. Mateo Rodríguez I, García-Cubillana de la Cruz P, Conde Gil de Montes P, et al. Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE). Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2011:27–31.
4. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Art.4.5). DO L 119/1 de 4.5.2016.

María Isabel Sillero<sup>a,\*</sup>, Carmen G. Riobobos<sup>b</sup>, Luis Seoane<sup>c</sup>,  
María Dolores Lasheras<sup>a</sup>, Laura Moratilla<sup>a</sup>  
y Ana María Martínez Serrano<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Salud Pública Área 9, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Informes de Salud y Estudios, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid, España

<sup>c</sup> Consultoría externa, Madrid, España

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [msillero.cscm@salud.madrid.org](mailto:msillero.cscm@salud.madrid.org) (M.I. Sillero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.004>  
0213-9111/

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Reorientar los estudios normativos del desarrollo motor



### A new approach to normative studies of motor development

Sr. Director:

La presente misiva busca fundamentar la necesidad de llevar a cabo estudios transculturales en relación al desarrollo motor. En este sentido, resulta preciso informar de que en el año 2006 se publicaron los resultados del estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre el Desarrollo Motor (OMSDM)<sup>1</sup>, el cual incluyó a India, Ghana, Omán, Noruega, Brasil y los Estados Unidos, y que estuvo orientado a la obtención de un estándar internacional para normalizar el desarrollo motor durante los primeros 2 años de vida en infantes que no estén expuestos/as a problemas ambientales, económicos y de salud. La evaluación implicó verificar la secuencia de adquisición de seis hitos motores, y se halló que el 90% de los/las examinados/as desarrollaron una progresión fija en sentarse sin apoyo, pararse con apoyo, caminar con apoyo, pararse y caminar solo/a, con excepción de gatear<sup>2</sup>.

Si bien los datos del OMSDM se emplean para generar trayectorias de logro en relación al desarrollo motor, desde una perspectiva transcultural la concepción de secuencia universal del estudio resulta errónea<sup>3</sup>. Así, por ejemplo, la evidencia indica que los/las niños/as africanos/as no gatean, y si lo hacen es a edades tardías<sup>4</sup>. Concordando con lo anterior, una investigación con niños/as bolivianos/as señala que no gatean debido a las prácticas de crianza propias del país<sup>5</sup>. Lo mencionado no necesariamente está asociado con falta de recursos económicos ni con una dieta deficiente, pues se han observado retrasos en menores que formaban parte de poblaciones pertenecientes a estratos socioeconómicos altos, como es el caso de niños/as chilenos/as<sup>6</sup> y británicos/as<sup>7</sup>. Por su parte, en un análisis comparativo entre los datos del estudio OMSDM y una investigación realizada en la isla de Pemba, Tanzania (África), se encontró una progresión secuencial en la adquisición de hitos

motores gruesos, pero se demostró que el tiempo de adquisición es sensible a los efectos de la pobreza y la desnutrición, alterando por ejemplo la mecánica de la locomoción<sup>2</sup>. Lo anterior es importante, pues traería como resultado que niños/as expuestos/as a contextos de pobreza mostrarían un retraso al caminar en comparación con niños/as bien nutridos/as que vivan en escenarios no pobres.

Lo señalado indica la dificultad de generar información universal de carácter normativo aplicable a la adquisición de hitos motores, debido a las diferencias existentes entre los distintos contextos de desarrollo, por lo cual próximos estudios de carácter normativo resultarían de mayor utilidad en la medida en que se considere información derivada de muestras heterogéneas y diversas. Así, un mayor y mejor conocimiento acerca del desarrollo infantil, fundamentado en información científicamente válida, permitirá la implementación efectiva de políticas públicas con el objetivo de prevenir la existencia de posibles diferencias y la atenuación de consecuencias en la población infante, permitiendo desarrollar las capacidades de los niños y las niñas en busca de mayores beneficios en su inserción social a largo plazo.

## Financiación

Ninguna.

## Contribuciones de autoría

T. Caycho y M. Barboza-Palomino han contribuido de igual manera al desarrollo de la presente misiva. El autor para la correspondencia declara la transparencia y honestidad de la información presentada, así como la inexistencia de discrepancias entre los autores en la versión final.

## Conflicto de intereses

Ninguno.