



Enfermería

COMPROMETIDA CON LA SALUD
Y EL BIENESTAR
DE LA POBLACIÓN

Ana Beatriz Antuna Canales
compiladora

UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO

ENFERMERÍA

Comprometida con la salud y el bienestar de la población

Ana Beatriz Antuna Canales
compiladora



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO

Antuna Canales, Ana Beatriz Antuna Canales, comp. 2021. *Enfermería. Comprometida con la salud y el bienestar de la población*. Durango: Universidad Juárez del Estado de Durango.

Primera edición: noviembre de 2021

© D. R. Ana Beatriz Antuna Canales (comp.)

© D. R. Universidad Juárez del Estado de Durango
Constitución 404 sur
Zona Centro / 34000
Durango, Durango
www.ujed.mx
editorialujed@ujed.mx

ISBN: 978-607-503-242-9

© UJED. Derechos Reservados. Edición, lectura, diseño, corrección, formación, cuadros, gráficas y portada: M. Rojas. Esta obra se distribuye como ebook en formato pdf. Se permite la copia de fragmentos citando la fuente completa. Fecha de última modificación: 1 de noviembre de 2021.

Imagen de portada: Freepik

Hecho en México / Distribución mundial



Contenido

INTRODUCCIÓN	5
La cosmovisión como base en la educación formal para la salud en la etnia rarámuri	7
Actitud de estudiantes de enfermería en el cuidado con personas que viven con VIH/Sida	22
Factores que se relacionan con la ideación suicida en adolescentes	38
Conocimientos, actitudes y práctica en el uso de antibióticos en población del estado de Morelos	52
Intervenciones de enfermería en una adulta mayor hospitalizada con lesión medular	67
Intervención de enfermería sobre capacidades de autocuidado de adultos mayores con diabetes mellitus 2	81
Clima y calidad de vida laboral en personal de enfermería de un hospital de segundo nivel	104
Asociación de la resiliencia y calidad de sueño en adultos mayores	117
Validación del inventario de autocuidado para las personas que viven con diabetes	135
Prevalencia y factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva	154
Representaciones sociales de la vasectomía: una aproximación desde el enfoque procesual	169

Evaluación, abastecimiento y control del carro rojo, una experiencia de acreditación exitosa	185
Práctica social en la salud de la persona posoperada por lesión medular	202
Necesidades sociales y bienestar en salud de la persona posoperada por lesión medular	216
Estudio de caso: niño con parálisis cerebral	232
Funcionalidad y riesgo de caídas en el adulto mayor de una comunidad en San Luis Potosí	247
Conocimiento de la vacuna del virus del papiloma humano	267
Acciones de la salud en los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia	277
EPÍLOGO	290
CÓMO CITAR ESTE EBOOK	292



Introducción

LA RAZÓN DE ser de la Enfermería es el cuidado en el transcurso del proceso vital humano ante la situación de salud que presente la persona, familia y comunidad.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) dice que la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración de las personas de todas las edades, las familias, los grupos y las comunidades, sanos o enfermos, en todos los contextos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos, discapacitados y moribundos. Son también funciones capitales de la enfermería la defensa y promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, en la gestión de los pacientes y sistemas de salud, y en la formación profesional.

Posee relevancia que el año 2018 el CIE lanzó la campaña *Nursing Now* con el objetivo de empoderar a la enfermería por su contribución en la cobertura mundial en salud, meta de la Agenda para el Desarrollo Sostenible; esto implica un esfuerzo por promover el conocimiento de la profesión, mejorar la percepción de los imaginarios públicos, condiciones laborales seguras y su participación en la toma de decisiones, sin duda, con ello aumenta su potencial en la solución de problemas de salud. En palabras de Tedros Adhanom, Director de la OMS: “Los gobiernos deberían ver el empleo de las enfermeras no como un costo, sino como una inversión en el desarrollo sostenible.”

Recordamos en el bicentenario de su natalicio a Florence Nightingale, pionera del pensamiento científico y ético de enfermería, y su exhortación a las enfermeras a no centrarse en el proceso de la enfermedad, sentando así las bases para diferenciarse del enfoque médico para atender las necesidades de las personas:

“La clave de la evolución de la profesión parece estar en aclarar la evolución de los cuidados de enfermería, no trazando un perfil de lo que es, lo que debe ser o en lo

que se debe convertir la (el) enfermera... sino identificando la naturaleza, la razón de ser, el significado, la valoración social y económica de la prestación profesional que se ofrece a los necesitados de cuidados”. Marie Françoise Collière (1993)

La formación, experiencia y los espacios laborales ubican a los profesionales de enfermería como los actores primordiales para el desarrollo de los cuatro principios centrales de la atención primaria de salud: cuidados de salud equitativos y accesibles para todos, participación de la comunidad, coordinación intersectorial, y tecnología adecuada.

Lo anterior ubica a la enfermería con una gran diversidad de espacios de desarrollo profesional para responder a las demandas sociales de la población, lo que contribuye al desarrollo del liderazgo en la toma de decisiones independientes e interdisciplinarias.

Por décadas se ha buscado una base de conocimiento propio a través de la investigación de situaciones cotidianas de la profesión que le den sustento científico y eleven la calidad del cuidado y bienestar de las personas en diferentes escenarios.

La presente obra muestra el interés de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango por socializar resultados de investigación de diversas temáticas estudiadas por profesionales de enfermería en diferentes estados de la república mexicana, y muestra incursiones en investigación de los cuidados de enfermería como la base para el desarrollo teórico de la profesión. Esperamos que esta compilación contribuya en la formación de las nuevas generaciones y aporte conocimiento que beneficie a los usuarios de los servicios.

Eloína Ruiz Sánchez



La cosmovisión como base en la educación formal para la salud en la etnia rarámuri

Raquel Adilene Escudero González*
Patricia Islas Salinas

Introducción

Desde hace cientos de años la etnia rarámuri, también conocida como tarahumara, vive en la Sierra Madre Occidental, un lugar montañoso formado por más de 50 000 kilómetros cuadrados; la Sierra se caracteriza por sus hermosos paisajes y gran biodiversidad.

El 85% de la población indígena de la entidad se localiza en 23 municipios serranos, de los cuales destacan por su población originaria: Guachochi, Balleza, Bocoyna, Batopilas, Guadalupe y Calvo, Urique, Uruachi, Guazapares, Carichí y Morelos (Gobierno del Estado de Chihuahua, 2006). Los miembros de esta comunidad endémica del norte de México han sobrevivido a las inclemencias del tiempo, como períodos de heladas y sequías que afectan la cosecha del maíz, frijol y calabaza; sin embargo, es común que migren hacia el medio urbano en busca de oportunidades de empleo y calidad de vida.

Como pueblo original poseen una cosmovisión basada en creencias y costumbres ancestrales que han conservado por generaciones, la base sobre la que se sustenta su educación tiene que ver con esto, es decir, los conocimientos se transmiten de padres a hijos, quienes inculcan la forma de vivir y convivir con la naturaleza para aprovechar lo que esta les provee para el cuidado de la salud y el bienestar de su comunidad.

* Autoras de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

En la dinámica de relaciones sociales, sus valores son dictados por el respeto a los niños, los ancianos y la familia, así como la vida en comunidad; “Las familias mantienen un fuerte sistema de asistencia mutua que se llama ‘korima’, el cual es un elemento dentro del concepto de lógicas de subsistencia rarámuri que vincula normas, valores y actividades, donde el más afortunado apoya al que lo necesita” (Muñoz, 2013. p. 2).

Estos elementos de la cosmovisión rarámuri se han puesto en peligro a partir de la época de la conquista, con la llegada de los españoles hubo cambios tan drásticos que hasta la fecha han tenido un impacto con grandes desventajas para las personas que aún pertenecen a los grupos originarios, ese pasado glorioso del cual nos sentimos orgullosos cuyos vestigios son símbolo de identidad nacional, no da cuenta de las condiciones de pobreza y marginación social en la que sus antiguos constructores viven hoy en día. La principal función que cumplió la educación impuesta por los españoles a través de los sacerdotes fue el sometimiento observado en la adopción de la religión católica y el idioma español. Para los rarámuri implicó también la concentración en pequeñas rancherías donde se fundaba una iglesia y eran persuadidos a asistir, lo que los fue convirtiendo en seminómadas, aunque empezaron a cultivar la tierra y a criar algunos animales domésticos.

En estas comunidades no existían instituciones educativas como las conocemos actualmente: a la educación que se daba a los niños y jóvenes, además de la tradicional para aprender a trabajar y las actividades propias de la cultura, se le agregaron oficios definidos por los sacerdotes, que enseñaban a elaborar alimentos, hacer muebles y construcciones de viviendas acordes a las necesidades de la Iglesia católica.

En los pueblos que no estaban asentados en ciudades, como los rarámuri, los niños aprendían de los adultos las habilidades necesarias para la vida del clan, (cazar, recolectar, sembrar, curtir pieles). En la época precolombina, al interior de la población rarámuri el sistema educativo estaba relacionado con sus creencias, necesidades y estilo de vida: aprendían lo que necesitaban saber para que la sociedad en donde se desenvolvían funcionara de manera eficiente; por supuesto, no estaba exento de injusticias y de descontento, sin embargo, funcionaba apropiadamente.

Las niñas eran educadas para las actividades del hogar, atender a los enfermos, preparar pinole o tortillas, elaborar prendas de vestir y cuidar a los más peque-

ños del clan, todo lo cual aprendían de las mujeres adultas. Los varones tenían que aprender a cazar, a elaborar las herramientas de caza, recolectar alimentos, organizar las fiestas tradicionales y ritos de iniciación de los jóvenes, así como participar en las reuniones con él o la guía del clan para tomar decisiones que involucraban a todo el pueblo, para ello convivían con los hombres adultos, para aprender haciendo y observando (Fonseca, 2011).

La educación de los rarámuri es de tipo no formal en su contexto natural en la Sierra Tarahumara, pero cuando se acercaron a las diferentes poblaciones que cuentan con instituciones educativas, la educación formal escolarizada pasó a formar parte de su vida. En la actualidad, el proceso de aculturación de los alumnos indígenas tarahumaras en la educación básica, fomenta la migración hacia zonas urbanas con la finalidad de encontrar empleo y mejorar su calidad de vida (Quintana, 2013). El rezago socioeconómico y la migración a las zonas urbanas del estado es una situación en la cual interviene un amplio número de factores, que repercuten en un alto nivel de marginación y vulnerabilidad infantil en las ciudades, inseguridad y crisis en las zonas de origen (León, 2015).

Es notorio el esfuerzo del estado de Chihuahua para ofrecer servicios educativos a la población rarámuri en edad escolar, sin embargo, el círculo de pobreza es difícil de romper, los logros alcanzados por este sector de población son bajos y muchos de ellos desertan durante el proceso de alfabetización, por lo que llegan a la edad adulta con muy bajos niveles no solo de escolaridad sino de habilidades para desarrollar su propio aprendizaje.

Para que la educación de los rarámuri logre un impacto positivo deben tener espacios y metodologías viables no solo en el aspecto económico sino también cultural. El tema de la educación con la población indígena ha interesado a diferentes personas (Navarrete, 2010).

Sin embargo, la educación tradicional en el estado de Chihuahua ha dejado de lado la cultura de grupos minoritarios como los rarámuri, minimizando su sistema de creencias y valores lo cual repercute en el aprendizaje significativo de los alumnos de esta etnia.

El enfoque teórico que entiende a la educación como un proceso amplio, toma en cuenta las relaciones entre individuos, familias y grupos para tratar de entender

la dinámica de las relaciones humanas y los requerimientos de conocimientos, compromisos y valores que se dan en un tiempo y espacio determinados.

Esta investigación abordó su identidad, desarrollo educativo, social, creencias y costumbres para conocer cómo identifican y transmiten sus saberes, lo cual lleva a reflexionar sobre las repercusiones de la educación formal llevada por las instituciones a la población de las diferentes localidades donde habita la etnia tarahumara, por lo cual se planteó la siguiente interrogante: ¿Es importante la cosmovisión como base para la formalización de la educación de los rarámuri?

El objetivo general de esta investigación fue conocer y describir las percepciones de los miembros de la etnia rarámuri acerca de la escolarización de su educación, analizar las repercusiones de la educación formal en su cosmovisión, y por último, reconocer la praxis de enfermería en cuestión de educación para la salud intercultural.

Metodología

La metodología utilizada en esta investigación se llevó a cabo bajo el enfoque cualitativo, fenomenológico y etnográfico. La investigación cualitativa se enfoca en los fenómenos sociales y en el comportamiento de las personas utilizando ciertas técnicas para poder reunir la información deseada; al tratar con seres humanos la investigación bajo el enfoque cualitativo busca recolectar datos como “conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva” (Hernández et al., 2014, p. 397), con el único fin de analizarlos y comprenderlos para generar un conocimiento.

Los participantes fueron seleccionados por conveniencia. Para la recolección de la información, la investigación se dividió en dos etapas: En la primera se utilizó la fenomenología, ya que la investigación se desarrolla a partir de las vivencias, experiencias y perspectivas de sujetos de la etnia rarámuri que cursan la carrera de Bellas Artes y Enfermería, que han pasado por la educación formal y han confrontado sus saberes heredados. Se realizaron entrevistas a profundidad, lo cual permitió llegar a conclusiones generales a partir de premisas particulares obtenidas de los sujetos de investigación.

Según Salgado, la fenomenología se ocupa de describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente. Así, “el investigador identifica la esencia de las experiencias humanas en relación con un fenómeno, tal como la describen los participantes en un estudio” (Guzmán y Alvarado, 2009, p. 57)

Para la segunda etapa se siguió la metodología etnográfica: el trabajo de investigación se realizó con mujeres rarámuri de la Sierra Tarahumara quienes narraron la importancia de preservar su identidad y cultura, además de evidenciar su saberes desde la tradición oral transmitida generacionalmente.

En el contexto donde se desarrolló el trabajo se consideró apropiado utilizar la técnica de la observación para obtener información apoyada en los instrumentos del diario de campo y entrevista a profundidad, se usaron cámaras de video y fotografía para analizar posteriormente la información.

El análisis de los datos se basó en el enfoque interpretativo. En el método cualitativo se utiliza este enfoque porque el investigador intenta encontrar sentido a las situaciones según el significado que las personas (participantes) les den, usando la hermenéutica como técnica para interpretar los datos proporcionados por los participantes ya que esta “posee una naturaleza profundamente humana, puesto que es al ser humano a quien le toca interpretar, analizar o comprender el significado de pensamientos, acciones, gestos y palabras, entre otras formas de manifestaciones, dada su naturaleza racional” (Ruelas y Ríos, 2008, p. 184).

Sustento filosófico de la investigación

Desde la perspectiva de la educación popular, educar significa dotar al individuo de herramientas de diálogo, de análisis y reflexión para criticar su propia realidad, aprender y superar su posición de desventaja social (Freire, 1970). La base, principios y formas de trabajo que la sustentan resultan idóneos para trabajar en contextos vulnerables, tal es el caso de la población rarámuri, por ello se profundiza en la cosmovisión como base fundamental de los procesos educativos, especialmente en el que se refiere a la salud.

El conocimiento se genera socialmente de manera que puede construirse y mejorarse en el proceso de transmisión de saberes según la carga de experiencia personal o comunitaria de los individuos.

Desde la mirada emancipadora de los principios de la educación popular, el ideal es que las personas beneficiarias se involucren en su propio crecimiento, que visualicen sus experiencias como valiosas y significativas, sin embargo, cuando se está acostumbrado a ser relegado resulta difícil lograrlo, pues el peso de lo establecido o permitido es muy fuerte y hasta determinante.

Por lo tanto, la mayoría de las prácticas en la educación popular se desarrollan desde comunidades campesinas, indígenas o suburbanas. Se considera una educación protagonizada por los propios sujetos, principalmente adultos, es más democrática y cooperativa que la educación de los salones de clase basada en lecturas y escrituras por expertos.

Iván Illich (1974) sugiere crear un nuevo estilo de aprendizaje dentro de las relaciones educadoras interhumanas, basado en la relación de los hombres con su ambiente. Para esto se tendrían que cambiar muchas cosas, pero principalmente la actitud frente al proceso de enseñanza y ante el desarrollo humano de cualquier tipo. También deberían cambiar las cualidades de nuestra vida diaria y nuestra postura ante los medios de enseñanza que se encuentran actualmente.

Resultados

La evolución de la sociedad hoy permite pensar en una educación inclusiva basada en el eje cultural, que es un componente indispensable en la praxis de los docentes en la educación, y de enfermería, en la educación para el cuidado de la salud. El cambio hacia una educación intercultural deberá integrar su cosmovisión, y planes curriculares que unifiquen el conocimiento de la educación mestiza y rarámuri de manera igualitaria.

El objetivo de conocer y describir las percepciones de los miembros de la etnia rarámuri acerca de la educación formal lleva al reconocimiento de la discrepancia entre los saberes ancestrales de las familias y los contenidos de educación para la salud en el sistema escolarizado, esto se refleja en el siguiente testimonio de un estudiante rarámuri y su experiencia al cursar la licenciatura en una institución uni-

versitaria del Estado de Chihuahua. Se evidencia la importancia del aprendizaje empírico-cultural y el reforzamiento científico basado en un currículo universitario.

“Yo aprendí viendo, escuchando y practicando, pero mi padrino me quería poner a leer, pero yo le decía ‘ya me lo aprendí’” (Testimonio R).

“Sabes, esto yo ya lo sé; estoy en la universidad porque en los conciertos me piden un título, un papelito pues... pero voy en tercer semestre... pero yo como quien dice voy en sexto, porque todo eso yo ya lo sé” (Testimonio R).

La riqueza de la experiencia de una enfermera rarámuri cuando compara la medicina tradicional de su contexto de origen con la medicina occidentalista aprendida en el contexto universitario da cuenta de la importancia de conjuntar los saberes ancestrales con los aprendidos de manera formal.

“Es muy bonito servir a tu comunidad y tener los conocimientos sobre las plantas, remedios para curar a tu comunidad, pero también es importante capacitarlos para que acudan al médico, porque hay cosas que la medicina tradicional no cura, pero también hay enfermedades como el ‘susto’ que los doctores no saben curar” (Testimonio E).

El uso de la medicina tradicional es importante para la participante en la investigación, la reflexión gira en torno a la influencia que esta enfermera puede tener para la educación en el cuidado de la salud de su comunidad.

“Pues depende de qué este enfermo: si son diarreas, mal de ojo, susto, dolor de huesos, el médico tradicional lo puede curar, pero si vemos que no se mejora, sí se tiene que ir a que lo vea el doctor” (Testimonio E).

“Por ejemplo, los partos sí los pueden atender en la comunidad, ya que también hay parteras en la comunidad, pero si les decimos que es importante que acudan al doctor para que les dé ácido fólico, tengan su control prenatal, pláticas de lactancia materna..., y pues los hospitales están más limpios, hay personas más capacitadas y tienen más cosas con qué ayudarnos; por ejemplo, si la persona pierde sangre ahí le ponen y pues nosotros en la comunidad no podemos hacer eso” (Testimonio E).

“Pues yo quiero estudiar para ayudar a mi comunidad, y pues las dos son muy importantes... Sobre todo saber cuándo tienen que usar medicina tradicional (como nosotros la llamamos) y cuándo tenemos que acudir a que nos revise el doctor” (Testimonio E).

Los testimonios anteriores evidencian la apertura mental para la unificación de conocimiento y la necesidad de educación en este contexto de educación para la salud, mostrando la empatía y compromiso para su comunidad. La informante explica cómo adquirió conocimientos sobre el manejo de la medicina tradicional en su comunidad y cómo nació en ella el interés por profundizar su conocimiento en la medicina occidental.

“Me lo enseñó mi mamá y a mi mamá se lo enseñó mi abuelita; el que quiera puede aprender, pero no a todos les gusta” (Testimonio E).

El primer informante refiere cómo su “padrino” (como él lo llama) le enseñó todas las técnicas de aprendizaje desde muy pequeño, viendo, escuchando y practicando.

“Sí me enseñaron el sistema de salud, educación en un primer nivel de atención, pero no manejo de la medicina tradicional..., eso lo aprendí con mi familia, no en la universidad” (Testimonio E).

Con respecto al análisis de resultados de las entrevistas realizadas en la segunda etapa de la investigación, se da cuenta de que la visión del cuidado de la salud y el proceso salud-enfermedad está influenciado por las creencias y costumbres heredadas de generación en generación.

Los tarahumaras relacionan la enfermedad con el estado de ánimo, la balanza entre la salud y la enfermedad se mantiene en equilibrio cuando se hacen ofrendas de manera regular a Onorúame (Dios rarámuri que es padre y madre a la vez), bailar y hacer el yúmari, estar triste, es síntoma de enfermedad y la tristeza se puede contagiar a la comunidad. La naturaleza es un regalo de Dios y sus recursos son utilizados para curar.

Cada familia tiene los conocimientos esenciales del tipo de planta que se usa para cada caso y este conocimiento ha sido transmitido generacionalmente de forma oral. Es común que algún miembro de la familia tenga conocimientos sobre la preparación y forma de administrar los remedios, aunque los médicos tradicionales (owirúame) son quienes se encargan de atender padecimientos más complejos en dos espacios: el físico y el espiritual.

“A mí me enseñó mi abuelita el manejo de las plantas..., las que son buenas y las que son malas...; de las malas no me gusta mucho platicar, porque no es necesario que lo sepa... es mejor que conozcan cuáles son las que hacen bien” (Testimonio F).

“Sabe que las generaciones de ahora no le toman mucha importancia... como que no les gusta y pues... son muy pocos los que saben de herbolaria” (Testimonio G).

“No todos tienen el conocimiento... eso uno como que lo trae y no todos quieren aprender, nosotros nos curamos con hierberos, parteras, owirame... pero al que sí hay que tenerle mucho respeto es al sukuruame porque él puede enfermarte” (Testimonio F).

Esta investigación se sustentó en la educación popular, que es un fenómeno sociocultural y una concepción de educación. Como fenómeno sociocultural hace referencia a prácticas educativas diversas: formales, no formales e informales, con una intencionalidad transformadora común. Como concepción educativa, apunta a la construcción de un nuevo paradigma educacional, que confronta el modelo dominante capitalista de una educación autoritaria, principalmente escolarizada y que disocia la teoría de la práctica. Además, se sustenta en principios ético-políticos para la construcción de relaciones humanas equitativas y justas en los distintos ámbitos de la vida. Se basa también en una pedagogía crítica y creadora en búsqueda del desarrollo pleno de las capacidades cognitivas, psicomotoras, comunicativas y emocionales en las personas.

También ha sido con frecuencia considerada solamente como una modalidad de educación o una propuesta didáctica basada en la aplicación de métodos y técnicas activas y participativas. Sin embargo, por sus fundamentos ético-políticos, sus propuestas pedagógicas, la diversidad y riqueza de experiencias, también es considerada como una corriente educativa, un campo teórico-práctico complejo y coherente que puede incluir diversas modalidades posibles y abarcar múltiples niveles de prácticas educativas: comunitarias, grupales, formales, no formales, con personas adultas, con niños, niñas y jóvenes.

Los procesos de educación popular proponen construirse como sujetos y actores con capacidades fundamentales como aprender y desaprender permanentemente, pensar, imaginar y crear nuevos espacios y relaciones entre los seres humanos, ofrece la oportunidad de formarse como personas autónomas, pero a la vez responsables de construir mejores oportunidades para sí mismas.

Esto también requiere superar concepciones cómodas y fatalistas sobre la propia vida, así como la oportunidad de tomar lo que construye y desechar lo que hace

daño de la propia cultura a la que se pertenece (Jara, 2008). Para los años cincuenta, en el contexto del fin de las guerras mundiales, surge con más fuerza la necesidad de analizar los pueblos y las culturas. Los estudios comunitarios de esa época son un ejemplo de la necesidad de incorporar aspectos de la vida con la idea de analizar de qué forma puede mejorarse su desarrollo (Martínez, 2006).

Este complejo término que hoy llamamos educación se relaciona con algunas prácticas de sobrevivencia adaptadas al sistema de vida, de gobierno, o bien, una forma de organización de la economía de los grupos que durante su historia se han visto en la necesidad de practicarla. Por ejemplo, para los pueblos nómadas del continente americano, gran parte de la educación consistía en el aprendizaje que se transmitía a la tribu para la sobrevivencia del clan, tales como habilidades de caza, recolección y uso de plantas, conocimientos relacionados al sistema espiritual, habilidades para identificar territorios propicios para los asentamientos, ritos e iniciaciones acostumbrados, esto se hacía en la práctica; aprendían observando a los adultos.

En México, la educación formal o enseñanza era privilegio solo de las clases gobernantes, quienes tenían la necesidad de dominar ciertos conocimientos, como tácticas de guerra, escritura acorde a la época, entre otros aspectos importantes para el gobierno que ejercían, ya fuera con sus súbditos o con las naciones vecinas; posteriormente, con las prácticas sedentarias y el asentamiento, construcción y organización de ciudades, estas actividades sufrieron algunas transformaciones.

Este sistema educativo era muy similar en la ciudad de Paquimé, con algunas adaptaciones a las prácticas económicas y ritos religiosos de sus habitantes; para los pueblos que no estaban asentados en ciudades, como los rarámuri, los niños aprendían de los adultos las habilidades necesarias para la vida del clan (cazar, recolectar, sembrar, curtir pieles).

Al interior de la población rarámuri el sistema educativo estaba relacionado con sus creencias, necesidades y estilo de vida. Cuando alguien cometía algún acto no deseado al interior del grupo como robos, ofensas o maltratos se acostumbraba castigar obligando a la persona a reparar el daño causado, esta forma de educar se hacía al interior de cada familia, los adultos se encargaban de enseñar este sistema de justicia a sus miembros.

A diferencia de los pueblos del sur del país no existía algún tipo de escuela, el líder del clan era la persona más adulta pudiendo ser hombre o mujer y de cualquier familia, se consideraba la sabiduría acumulada durante su experiencia de vida el requisito máximo para desempeñar ese trabajo tan importante, en este sentido, no había clases sociales muy marcadas. De igual forma, los demás miembros desempeñaban una función para la sobrevivencia del grupo observando y haciendo.

Cuando la Iglesia fue perdiendo privilegios el Estado se encargó de extender los servicios educativos para la población rarámuri, con escuelas con un currículum definido a nivel federal con contenidos que contemplaban el aprendizaje de la lecto-escritura en español y matemáticas básicas principalmente, sin embargo, esta población desconocía la práctica de reunir a los niños en un lugar específico para aprender cosas ajenas a su cultura y con una lengua que les resultaba extraña.

El proceso de alfabetización estaba diseñado en español, pero los estudiantes eran hablantes de lengua indígena, con maestros que no la dominaban y con un programa educativo que carecía de un sistema de enseñanza bilingüe para que los estudiantes pudieran desarrollar bases sólidas de aprendizaje en su lengua materna y poder transitar en un segundo momento al español: estas contradicciones dieron resultados con niveles de logro muy por debajo de la media nacional.

Por otro lado, el sistema de albergues resuelve la situación de alimentación y dormitorio para la población infantil en edad escolar que vive en las comunidades y que le resulta difícil el traslado a la escuela por la lejanía en la que se encuentran, pero desfavorece la convivencia con la familia y el refuerzo de conocimientos y prácticas culturales.

Discusión

La dificultad en la enseñanza formal para el cuidado de la salud se enraiza en la formación de maestros y personal de salud, como indica Osvaldo Salaverry (2010): “Existe un cierto grado de injusticia al juzgar duramente la supuesta falta de competencia intercultural de los profesionales de salud cuando se les exige que actúen en forma absolutamente contraria al modelo en que han sido formados” (p. 90).

La educación para la salud basada en principios de interculturalidad es un tema que ha adquirido vigencia entre los educadores en salud como es el caso de enfer-

mería, sin embargo, no basta llevar prácticas de manera aislada: la importancia de políticas públicas y educativas que protejan los saberes y cosmovisión de los indígenas es un asunto pendiente aun para la enseñanza en centros escolares que cada día reciben más miembros de las diferentes etnias en sus aulas, así como las instituciones de salud quienes le apuestan a la educación para la salud como una herramienta del proceso de la atención de primer nivel en enfermería.

La educación para la salud es un concepto que la cosmovisión rarámuri no emplea, dado que su tipo de educación es informal, y les resulta difícil comprender conceptos y términos que no están dentro de sus saberes; un reto para los educadores es encontrar la manera adecuada de compartir los conocimientos de la Secretaría de Salud y de Educación para que sean significativos para los rarámuri.

Conclusiones

La educación puede manifestarse en grandes y diferentes vertientes, aludiendo a Bourdieu (1996), que expresa que es una reproducción social del sistema, por lo tanto, inequitativa e injusta debido, entre otras cosas, a la relación desigual que se da entre las clases sociales en relación a la cultura dominante. En este caso, con la población rarámuri que presenta los niveles más bajos en índices de nivel de escolaridad del estado de Chihuahua, debido en gran parte a la pobreza y las implicaciones que de ella se derivan. Sin embargo, también existen alternativas a esta visión inmovilizadora y con pocas oportunidades de esperanza: la perspectiva sustentada por Freire con su teoría de la emancipación de los pueblos, de cómo la educación puede vincularse hacia mejores oportunidades de vida para las clases sociales bajas.

En este sentido, en educación y enfermería es necesario comprometerse donde quiera que se desarrolle la educación para la salud comunitaria, para contribuir a la formación de profesionistas con sensibilidad y apoyo a los problemas sociales. Valorar la existencia de la persona de cuidado y partir de la atención de cuidado personalizada donde la cultura, creencias, identidad y cosmovisión den la pauta para generar cuidados de calidad, respetando la ideología del otro y partiendo de que al unificar la medicina occidental y tradicionalista se proporcionarán cuidados de calidad, siendo este uno de los principios fundamentales de la enfermería.

Para los rarámuri, lo anterior significa recuperar sus raíces idiomáticas, rescate del dialecto, creencias, tradiciones, indagar sobre componentes curriculares, consideración del idioma o dialecto como objeto de estudio, y el establecimiento de un parámetro curricular para su enseñanza.

La Reforma educativa de 1993, reafirmada en 2011, pone atención en la diversidad, basada en las necesidades educativas del alumno, evitando en lo posible la exclusión de los alumnos y valorando aspectos subjetivos y objetivos. El primero incluye los marcos de significado desde los cuales serán interpretadas las innovaciones. Estas se desarrollan e implantan en culturas escolares determinadas, con la intención de establecer nuevos significados. Se ha presumido que institucionalizar a los indígenas al sistema que los mestizos están acostumbrados es el ideal de educación, dejando de lado el concepto del ser a partir de su religión, creencias e historia. Por otro lado, la escasez de recursos en las escuelas indígenas explica, sin duda, parte de la desigualdad en los resultados de aprendizaje esperados, otro factor que influye es que 50% de los maestros no cuenta con grado de licenciatura (INNE, 2007).

Existen pocos programas y materiales escritos en su idioma, además de una escasez considerable de docentes que dominen el dialecto rarámuri. Se ha creído que al incorporarlos al sistema de educación formal se les brinda una educación de calidad, siendo esta una de las principales barreras para lograr una comunicación asertiva.

El currículo es igualitario y no existe un currículo propio para cada cultura. Se emplean exámenes de conocimiento según cada grado y esos estándares de conocimiento desacreditan el valor propio del ser humano, si no se conoce cómo viven, cómo se desarrollan, cómo es su contexto, cosmovisión e ideología, ¿cómo se les puede brindar educación? La evolución de la sociedad permite ya vislumbrar una cosmovisión educativa basada en el eje cultural, siendo este un componente indispensable en la praxis de la educación.

En México, la educación indígena es un aspecto presente en todas las agendas de los gobiernos desde inicios del siglo XX. Los lineamientos al respecto se identifican en el decreto de creación de las Escuelas Rudimentarias (1911); dentro del marco de la escuela Rural Mexicana, como sucede con la tarea educativa desarrollada en Carapan por Moisés Sáenz (Sáenz, 1992); asimismo, en la obra del Instituto

Nacional Indigenista a partir de 1948. Ha habido varias instancias preocupadas por la educación indígena, como la Dirección General de Educación Indígena en 1978 y la Coordinación General de la Educación Intercultural y Bilingüe en el 2001. El sistema educativo mexicano brinda la mayor oferta educativa indígena en América Latina; no obstante, los problemas educativos para grupos autóctonos son los mismos del siglo XIX (Muñoz, 2004).

La castellanización es importante, como segunda lengua, para poder comunicarse, pero no se trata solo de una comunicación, sino también de conocer, de interactuar de manera profunda con el estudiante para conocer cuáles son sus intereses, sus expectativas, metas y limitaciones. Considerar que se puede educar de la misma manera a mestizos e indígenas es una muestra del racismo y discriminación que existe actualmente. El problema estriba en las bases curriculares porque es homogéneo y no se ha reflexionado en crear un currículo propio para cada cultura. Se han empleado exámenes de conocimiento según cada grado y esos estándares de conocimiento desacreditan el valor propio del ser humano; si no se conoce cómo viven, cómo se desarrollan, cómo es su contexto, ¿cómo se les puede brindar educación?

Es necesario aportar, mediante un esfuerzo de reflexión serio, nuevos significados del proceso de enseñanza aprendizaje a partir de la interpretación de los sujetos involucrados.

Los resultados muestran que los rarámuri consideran más significativo el aprendizaje no formal que se recibe de generación en generación; también permiten reflexionar acerca de la pérdida de la identidad cultural de la educación escolarizada, lo cual debería impulsar a los docentes a conocer su idiosincrasia para generar inclusión y conocimientos más pertinentes y tener en cuenta los límites de la educación formal.

Los participantes rarámuri refieren que en la educación para la salud se deben emplear dinámicas que motiven el interés y la participación, un lenguaje sencillo y claro, más pausado, con información substancial, y tomar su identidad y cultura como tema principal para desencadenar el conocimiento.

Referencias

- Bourdieu, P. y J. C. Passeron. (1996). *La reproducción: elementos para una teoría del sistema educativo*. México: Fontamara.
- Freire, P. (1970). *La educación como libertad*. Uruguay: Tierra Nueva.
- Fonseca S. (2011). *Comunicación oral y escrita*. Mexico: Pearson
- Gobierno del Estado de Chihuahua. (2006). *Pueblos indígenas de la Sierra Tarahumara*. México: Coordinación Estatal de la Tarahumara.
- Guzmán A. y. Alvarado, J. (2009). *Fases y operaciones metodológicas en la investigación educativa*. Durango: Asociación de Investigadores de Ciencias de la Educación.
- Hernández, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- INEE (2007). *La calidad de la educación básica en México 2004*. México: INEE
- Jara, O. (2008). *Educación popular y cambio social en América Latina*. CEAAL.
- Illich, I. (1974). *La sociedad desescolarizada*. Barcelona: Barral, sp.
- León, A. R. (2015). *Tarahumaras en situación de marginación en la ciudad de Chihuahua*.
- Martínez M. (2006). *La investigación cualitativa*. Venezuela: UNMSM.
- Muñoz, H. (2004). Educación escolar indígena en México: la vía oficial de la interculturalidad. *Revista del Centro de Ciencias del Lenguaje*, 29, 9-49
- Muñoz, M. V. M. (2013). *Tercera conferencia etnicidad, raza y pueblos indígenas en América Latina y el Caribe-LASA Hegemonía y discriminación étnica en la ciudad de Chihuahua, México: el conflicto entre la práctica de la kórima rarámuri y la regulación del gobierno*, 2.
- Navarrete F. (2010). *Pueblos indígenas de México*. México: Ediciones Castillo.
- Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2013). *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM.
- Ruelas, R., y. Ríos, M. (2008). *Hermenéutica: la roca que rompe el espejo*. *Investigación y Postgrado*, 24, n.2, 181-201.
- Sáenz, M. (1992). Carapan. México: OEA, Crefal.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 27(1), 80-93.



Actitud de estudiantes de enfermería en el cuidado con personas que viven con VIH/Sida

Sergio Humberto Rodarte Uribe*
Cesar Omar Araiza Castillo
Gabriela Martínez Galaz
Ángel Noé Alvarado Pizarro
Belén Astrid García Salas

Introducción

El VIH/Sida es considerada una enfermedad crónica; desde hace tiempo se ha planteado la cura del VIH y existe una variedad de propuestas relacionadas con ella (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida, 2014). Sin embargo, los avances médicos no se ven reflejados en la sociedad, ya que el VIH/Sida es la enfermedad más estigmatizada en el mundo (Diesel, Taliaferro, & Ercole, 2017).

El estigma es un fenómeno social que implica identificar a una persona debido a una característica y ubicarla dentro de un conjunto que socialmente es menospreciado e inclusive, inaceptable (Farotimi, Nwozichi, & Ojediran, 2015). El proceso de estigmatización es perpetuado por la estructura social, es interpersonal y trae consigo efectos negativos para el conjunto de estigmatizado. Específicamente, el estigma propicia la pérdida del valor social de la persona estigmatizada (Turan et al., 2017). La percepción negativa sobre esta enfermedad afecta directamente a las Personas que Viven con VIH/Sida (PVVIH) ya que sufren estigmatización y discriminación que originan las actitudes negativas, entre otros prejuicios, que modifica por completo la percepción acerca de las PVVIH, e incluso la manera en que ellos mismos se perciben

* Autores de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

dentro de la sociedad (Oke, Akinboro, Olanrewaju, Oke, & Omololu, 2019; Fernández-Donaire, Fernández-Narvaez, & Tomás-Sábado, 2006).

El VIH/Sida continúa afectando en gran medida a la salud pública mundial debido a que más de 35 millones de personas han muerto a consecuencia del virus. En 2017, aproximadamente 36.9 millones de personas vivían con VIH y en ese mismo año, hubo 1.8 millones de nuevas infecciones por el virus (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, 2018; World Health Organization [WHO], 2018). En México, han sido notificados más de 207,000 casos de VIH/Sida desde 1983, y en 2018 se encontraban registradas 172 390 PVVIH. En Chihuahua se han notificado más de 5 700 casos de Sida y seguían registradas 3 095 (3.5%) personas (Censida, 2019).

Los estudios realizados en el personal de salud acerca de las actitudes negativas hacia el VIH/Sida y sus repercusiones por el estigma y la discriminación en las PVVIH son escasos (Stringer et al., 2016). La prevalencia del VIH/Sida hace evidente la necesidad de que el personal de enfermería, como el principal proveedor de cuidados, mantenga una constante actualización sobre temas relacionados con el VIH y practique actitudes más positivas hacia las PVVIH (Dharmalingam, Poreddi, Gandhi, & Chandra, 2015). Se ha observado la estigmatización por parte de los enfermeros en otros grupos de personas que no tienen VIH/Sida, por ejemplo, en los pacientes con enfermedades mentales (Martensson et al., 2014); se han relacionado ciertos factores como la edad, el género y la experiencia en el cuidado de personas con estas patologías, como orientadores de una actitud, sin embargo, el conocimiento es el factor que determina una actitud positiva o negativa. Los estudiantes de enfermería tienen un papel importante en el cuidado de PVVIH, ya que ellos son los futuros profesionales que brindarán cuidado en los hospitales y en los centros de atención médica, y por ello se ha documentado que es relevante conocer las actitudes que tienen los estudiantes frente a este fenómeno (Natan, Dubov. & Raychlin, 2015; Atav, Sendir, Daring, & Acaroglu, 2015; Pickles, King, & de Lacey, 2017).

Las actitudes de los estudiantes de enfermería en el cuidado de PVVIH pueden ser tanto positivas como negativas (Dharmalingam et al., 2015; Natan et al., 2015; Atav et al., 2015; Özakgöl, Sender, Atav, & Kiziltan, 2013), no obstante, son múltiples los factores que se han asociado como determinantes de una actitud. El miedo al contagio constituye el principal factor asociado a una actitud negativa y deriva de la falta

de conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del virus debido a la información errónea o a la calidad deficiente de la misma (Akin, Mendi, Mendi, & Durna, 2013; Kok, Guvenc, & Kaplan, 2016; Leyva et al., 2016). La formación académica en enfermería debe incluir temas de actualidad y de gran impacto en la sociedad como el VIH/Sida; proporcionar a los estudiantes conocimientos recientes sobre el virus, mecanismos de transmisión y condiciones fisiopatológicas, sociales y personales de las PVVIH; además de fomentar en los estudiantes valores esenciales para la enfermería como la empatía y actitudes más positivas (Atav et al., 2015; Özakgöl et al., 2013; Akin et al 2013; Lui, Sarangapany, Begley, Coote, & Kishore, 2014). La información escolar tiende a ser incompleta y deficiente, y la falta de preparación origina la sensación de miedo y desconfianza al cuidar de PVVIH (Frain, 2017; Abolfotouh, Saleh, Mahfouz, Abolfotouh, & Al Fozan, 2013).

Las actitudes negativas hacia las PVVIH favorecen el estigma y la discriminación, actitudes negativas y es un problema que ha acompañado a la enfermedad desde los primeros casos. El proceso de estigmatización y la discriminación es el detonante para la disminución de la calidad de vida de las PVVIH y, además, la propagación de los pensamientos erróneos acerca de la enfermedad, específicamente acerca de los mecanismos de transmisión, favorece que aquellas personas que desean realizarse una prueba de detección del virus duden en acudir. Es decir, el estigma y la discriminación no solo afecta a las PVVIH, sino que también afecta a las personas que no están infectadas por el VIH. Es un fenómeno que dificulta las proyecciones que tienen las principales organizaciones que hacen frente al VIH/Sida para frenar la su propagación.

Las actitudes negativas son una barrera que impide el acceso de las PVVIH a los servicios de salud, por lo tanto, reduce la adherencia a la terapia antirretroviral, evita la realización de pruebas de detección, y al impedir una comunicación efectiva, detona la deficiencia de los cuidados que se brindan a las PVVIH (Diesel et al., 2017; Özakgöl et al., 2013; Reddy et al., 2018). La forma en que se manifiestan las actitudes negativas es diversa ya que se han documentado acciones por parte del personal de enfermería y de los estudiantes como evitar cualquier tipo de contacto con una persona con VIH/Sida, el llevar acabo medidas de precaución extremas al brindar cuidados a estas personas, la violación de la confidencialidad, la negación de los

servicios de atención (principalmente, el tratamiento). La falta de adherencia a la terapia antirretroviral y la pérdida del seguimiento a las PVVIH impacta en el control de la epidemia del VIH/Sida y es consecuencia del comportamiento estigmatizado que sostienen los estudiantes de enfermería (Adelekan et al., 2019). Se han asociado factores sociodemográficos con la tendencia a tener cierta actitud (Suominen et al., 2015; Farley et al., 2014). La edad es uno de ellos, ya que los estudiantes de mayor edad suelen tener actitudes más positivas hacia las PVVIH, asimismo, los estudiantes de niveles más avanzados muestran actitudes más positivas con respecto a los demás. La experiencia previa de los estudiantes de enfermería en el cuidado de PVVIH favorece las actitudes positivas, por otra parte, conocer a una persona con VIH/Sida propicia una mayor disposición a brindar atención y cuidados a PVVIH (Natan et al., 2015; Reddy et al., 2018). El país de origen de los estudiantes de enfermería es otro factor, pues en aquellos países donde existe una diversidad cultural, los estudiantes extranjeros tuvieron resultados que mostraban actitudes más negativas (Pickles, King, & Belan, 2011). La religión condiciona la actitud, y las personas con creencias religiosas, cualesquiera que sean, tienden a presentar actitudes negativas con respecto a aquellos sin creencias religiosas (Leyva et al., 2016). El personal de salud considera muy importante la religión al momento de llevar a cabo sus actividades y ésta influye drásticamente en la actitud frente a cualquier condición médica de la persona que requiere cuidados (Stringer et al., 2016).

Debido al impacto del VIH/Sida en México y al papel fundamental que juega la profesión de enfermería al momento de brindar cuidados a PVVIH, surgió la necesidad de llevar a cabo este estudio con el objetivo principal de identificar la actitud de los estudiantes de licenciatura en enfermería en el cuidado de personas que viven con VIH/Sida y conocer los factores asociados a la actitud de los estudiantes.

Método

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal (Burns, & Grove, 2004). El lugar de estudio fue la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), dentro de las instalaciones del Instituto de Ciencias Biomédicas (ICB). La población fueron los estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería. Para establecer la muestra se utilizó la fórmula para población finita de tipo cualitativa (Aguilar-Barojas, 2005)

con un nivel de confianza de 95%; se obtuvo el resultado de 237 sujetos, seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron a todos aquellos estudiantes que proporcionaran su matrícula estudiantil (folio) y que estuvieran cursando el nivel intermedio (segundo año) en adelante, de acuerdo al plan de estudios del programa.

Los datos fueron recolectados a través de un formulario electrónico (Leyva et al., 2016) con un cuestionario de dos apartados: una cédula, en la que se recolectaron datos personales como la edad, el género, estado civil, religión, lugar de origen, cantidad de semestres cursados, cantidad de propedéuticas cursadas, orientación sexual y si se ha tenido experiencia en el cuidado de personas que viven con VIH/Sida. El otro apartado corresponde a la Escala de Actitud ante el Sida para Enfermería (EASE), construida y validada por Tomás-Sábado, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.7789 (Tomás-Sábado, 1999). La EASE está constituida por tres dimensiones: la dimensión social que abarca los ítems 1, 2, 4, 13, 14, 18 y 21; la dimensión relacionada con el cuidado de enfermería, valorada a través de los ítems 6, 7, 9, 10, 12, 16 y 20; y la dimensión de las actividades de la vida diaria, que se constituye por los ítems 3, 5, 8, 11, 15, 17 y 19. Es una escala tipo Likert de 21 ítems con cinco opciones de respuesta cada uno, que van desde total de acuerdo hasta total desacuerdo. La puntuación de cada ítem, acorde a su direccionalidad es de 5 a 1 (5 para el total acuerdo y 1 para el total desacuerdo) para los ítems 3, 5, 7, 8, 11, 14, 15 y 21; y de 1 a 5 (1 para el total de acuerdo y 5 para el total desacuerdo) para los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19 y 20. La puntuación máxima es de 105, indicando las actitudes más positivas y una puntuación mínima de 21, que indica las actitudes más negativas (Fernández-Donaire et al., 2006; Tomás-Sábado, 1999; Tomás-Sábado, & Aradilla-Herrero, 2003).

El formulario electrónico se envió a los sujetos que decidieron participar; previamente, se les explicó el objetivo del estudio y la garantía de absoluta confidencialidad sobre las respuestas brindadas, así como el anonimato. El análisis de datos fue realizado por medio del software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22.0 y se utilizó la estadística descriptiva para la presentación de las propiedades de la muestra; adicionalmente, se utilizaron tablas de contingencia para comparar las variables sociodemográficas con los resultados obtenidos sobre la tendencia a presentar determinada actitud.

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987), referente al Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo con el Capítulo I, Artículo 13, se respetó la dignidad y los derechos y bienestar de los sujetos de investigación, se respetó la libre elección de participar o no en el estudio, por medio del proceso electrónico el cual contenía una nota informativa sobre el consentimiento informado, donde tenían la posibilidad de elegir formar parte o no del estudio. Cabe mencionar que todos los estudiantes que se les envió el formulario electrónico aceptaron participar, de forma voluntaria y los datos obtenidos fueron de forma anónima. Artículo 14, fracción I, IV, VII, VIII, el estudio se ajustó a los principios científicos y éticos, la participación de los jóvenes fue de manera voluntaria para lo cual se contó con el consentimiento informado del estudiante.

Artículo 16, se estableció la protección a la privacidad del participante, resguardando el anonimato de este, ya que las respuestas del formulario se concentraron en una base de datos la cual no permitía identificar la identidad del participante.

La investigación se realizó después de obtener la aprobación de la Comisión de Bioética en Investigación del Programa de Licenciatura de Enfermería de la UACJ, el cual consideró la pertinencia de la investigación al rigor metodológico y científico que cumplió con las normas éticas que rigen este tipo de investigaciones.

Artículo 17, fracción II, refiere que el estudio fue de riesgo mínimo debido a que se aplicó un cuestionario que abordó aspectos relacionados con la actitud de los estudiantes en el cuidado de personas que viven con VIH/Sida, situaciones que pueden incomodar al estudiante y crearle reacciones negativas, en el caso de que esto sucediera y apegándose al artículo 18 se aclaró que tenía la libertad de interrumpir su participación en el estudio, sin que esto le afectara, situación que no se presentó en el estudio. Con base en los artículos 20 y 21, fracción I, IV, VI, VII y VIII, se contó con el consentimiento informado del estudiante para la participación en el estudio.

Resultados

Se enviaron 260 invitaciones vía correo electrónico de las cuales se recibieron 237 completados (91.15%). En la Tabla 1 se observan las características sociodemográficas de la muestra de estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas

	2° año (13.1%)	3° año (44.3%)	4° año (29.9%)	Más de 4 años, (12.6%)
Edad				
19-21	93.6%	86.6%	35.2%	3.3%
22-24	3.1%	11.4%	56.3%	73.3%
≥25	3.1%	1.9%	8.4%	23.3%
Lugar de origen				
Juárez	83.9%	87.6%	90.1%	86.7%
Otro	16.1%	12.3%	9.8%	13.3%
Género				
Femenino	71%	79.04%	77.5%	83.3%
Masculino	29%	20.9%	22.5%	16.7%
Estado civil				
Soltero	96.8%	98.09%	84.5%	86.7%
Casado	—	1.9%	5.6%	3.3%
Divorciado	—	—	1.4%	—
Unión libre	3.2%	—	8.5%	10%
Religión				
*CCR	96.8%	80.9%	84.5%	83.3%
**SCR	3.2%	19.04%	15.5%	16.7%
Orientación sexual				
Heterosexual	100%	97.1%	95.8%	86.7%
Homosexual	—	0.95%	—	3.3%
Bisexual	—	0.95%	2.8%	6.7%
Otro	—	0.95%	1.4%	3.3%
Experiencia en el cuidado de PVVIH				
Si	16.1%	48.5%	80.3%	70%
No	83.9%	51.4%	19.7%	30%

*CCR: con creencias religiosas **SCR: sin creencias religiosas

Con respecto a la edad, se obtuvo una media de 21.74 ± 2.88 , con un rango desde 19 hasta 48 años. El 87.8% de la muestra es originaria de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Se agrupó a los sujetos de investigación según el tiempo que tenían cursando la Licenciatura en Enfermería y se obtuvo un mayor porcentaje en el grupo de tercer año de estudio (44.3%). Predominó el sexo femenino (78.1%) y el 92.4% res-

pondió ser soltero. Referente a la variable religión, se agrupó de manera dicotómica en personas con creencias religiosas y personas sin creencias religiosas; mayor parte de la muestra (83.1%) respondió tener creencias religiosas, de ellos, 71.7% dijeron ser católicos. El 56.5% señaló tener experiencia en el cuidado de PVVH.

El promedio de puntaje a la EASE fue de 77.76 ± 9.93 . En la Tabla 2 se pueden observar los puntajes promedios según el año de estudio.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de puntaje de la EASE, de acuerdo al año de estudio

Curso	N	Media	DE
Segundo año	31	74.99	8.18
Tercer año	105	81.09	8.76
Cuarto año	71	74.96	10.77
Mayor a 4 años	30	75.59	10.24

Con el propósito de identificar la actitud de los alumnos ante cada ítem de la EASE, la Tabla 3 muestra los porcentajes de respuesta a cada uno de ellos. El ítem 2 establece que los fetos contagiados con el virus del VIH/Sida deberían abortarse; por lo anterior, es necesario mencionar que tres personas (1.3%) eligieron la opción "total acuerdo". Algo similar sucedió en el ítem 4, sobre impedir que las mujeres seropositivas queden embarazadas, en el cual, siete personas (3%) respondieron estar en total acuerdo. En el ítem 5, que establece que el Sida es un problema de todos, aunque el mayor porcentaje corresponde a la respuesta total acuerdo (41.4%), un 30% dijo no estar en acuerdo ni en desacuerdo. En el ítem 9, 7.6% estuvieron total acuerdo en aislar a los enfermos de Sida del resto de los pacientes y un porcentaje alto (21.9%) se mostró en una posición neutra ante dicha idea.

Referente al ítem 10, hubo una similitud en las respuestas y este ítem se menciona que se debe identificar al paciente seropositivo como tal; 23.6% está de acuerdo con este enunciado, el 23.2% está en moderado acuerdo y el 28.3% en ni acuerdo ni desacuerdo, es decir, una actitud neutra. En el ítem 12 hubo un porcentaje importante de estudiantes que mostraron una actitud neutra en cuanto a si deberían crearse hospitales específicos para personas enfermas de Sida y un 13.9% estuvo total acuerdo con esta idea. El enunciado 14 establece que el enfermo de Sida debe ser considerado una víctima del sistema social y el mayor porcentaje (32,1%) estuvo en total desacuerdo.

Tabla 3. Porcentaje de respuesta a los ítems de la EASE

	Total acuerdo	Moderado acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Moderado desacuerdo	Total desacuerdo
1. El Sida no afecta a las parejas heterosexuales.	1.3%	2.1%	6.3%	16%	74.3%
2. Los fetos contagiados con el virus del Sida deberían abortarse.	1.3%	2.5%	6.8%	4.6%	84.8%
3. No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del Sida utilicen restaurantes y bares públicos.	77.6%	20.3%	1.3%	0%	0.8%
4. No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas.	3%	5.1%	11.4%	11.8%	68.8%
5. El Sida es un problema de todos.	41.4%	22.8%	30%	2,5%	3.4%
6. La atención continuada a un enfermo de Sida es sinónimo de contagio.	0%	1.3%	4.6%	21.9%	72.2%
7. El portador del virus del Sida tiene derecho a que se guarde el secreto médico de su diagnóstico.	58.2%	29.1%	5.9%	3%	3.8%
8. En las actividades cotidianas no hay ningún riesgo de transmisión del virus del Sida.	57.4%	22.4%	8.4%	8.4%	3.4%
9. Los enfermos de Sida deben ser aislados del resto de enfermos.	7.6%	15.2%	21.9%	19.8%	35.4%
10. El seropositivo debe ser identificado como tal.	23.6%	23.2%	28.3%	12.2%	12.7%
11. Ser portador del virus del Sida no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo.	86.1%	11.8%	0.4%	1.3%	0.4%
12. Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de Sida y portadores.	13.9%	11%	20.3%	19.4%	35.4%
13. El Sida es la mayor plaga de nuestro tiempo.	1.3%	8%	28.7%	20.3%	41.8%
14. El enfermo de Sida debe ser considerado una víctima del sistema social.	8.9%	9.3%	30.8%	19%	32.1%
15. El ser portador del virus del Sida no debe ser impedimento para poder adoptar un niño.	71,3%	10.5%	13.1%	3.4%	1.7%
16. En el hospital, un portador del virus del Sida no debería compartir habitación con una persona no infectada.	3%	11.4%	21.1%	22.8%	41.8%
17. No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del Sida.	3.8%	1.3%	5.1%	15.2%	74.7%
18. Los niños portadores del virus del Sida deberían acudir a clases especiales.	1.3%	1.3%	8.4%	13.5%	75.5%
19. Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de Sida y portadores.	0.4%	1.3%	11.8%	16.5%	70%
20. Siempre que toquemos a un enfermo de Sida debemos utilizar guantes.	6.3%	17.7%	37.1%	16%	22.8%
21. La prueba de Sida debe ser voluntaria y anónima.	54.9%	34.2%	6.8%	2.1%	2.1

Con lo que respecta al ítem 20, establece que siempre que se toque a un enfermo de Sida se deben utilizar guantes, el porcentaje más alto mostró una actitud neutra (37.1%) y en el último ítem, el 54.9% estuvo total acuerdo en que la prueba de detección del virus debe ser voluntaria y anónima.

El análisis de las tres dimensiones que componen la EASE, muestra que existe una actitud más positiva en lo relacionado a las actividades de la vida diaria, ya que se obtuvo una media de 31.30 ± 3.01 . Con respecto a las dos dimensiones restantes, dentro de la dimensión social, se obtuvo una media de 29.03 ± 3.16 y en la dimensión del cuidado se obtuvo una media de 25.99 ± 4.36 . Se llevó a cabo un análisis de las dimensiones según el año de estudio, dichos resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Medias de las dimensiones que constituyen la EASE por año de estudio

	2do año	3er año	4to año	Mayor a 4 años
Dimensión social	29.42 ± 3.65	29.67 ± 2.74	28.11 ± 3.39	28.57 ± 3.01
Dimensión del cuidado	24.06 ± 3.48	27.46 ± 3.57	25.10 ± 5.04	24.97 ± 4.51
Dimensión de actividades de la vida diaria	30.52 ± 2.09	32 ± 2.68	30.76 ± 3.45	30.97 ± 3.42

Se realizaron tablas de contingencia con la finalidad de encontrar una asociación entre la variable principal y las variables sociodemográficas. En el ítem 16 que menciona que todo portador de VIH no debe compartir habitación con personas no infectadas dentro de un hospital, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.04$) entre las personas con y sin creencias religiosas. Al realizar el análisis entre la actitud y el año de estudio se obtuvo que en diferentes ítems hay asociaciones significativas, en las cuales los estudiantes de nivel intermedio mostraron una tendencia a tener actitudes más positivas. En el enunciado 4 donde se menciona que no debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas se obtuvo un valor $p=0.009$ y en la pregunta 7 que establece que el portador del virus del Sida tiene derecho a que se guarde el secreto médico de su condición, se obtuvo un valor $p=0.02$. Dentro del ítem 8 donde hace referencia a que durante las actividades cotidianas no existe un riesgo de transmisión del virus del Sida se obtuvo $p=0.03$. La pregunta 10 que menciona que toda persona seropositiva debe ser identificada como tal se obtuvo un valor $p=0.04$ y adicionalmente, en la pregunta 17 se encontró $p=0.001$ y en este ítem se establece que si resultaría agradable trabajar con una

persona que porta el virus del VIH/Sida. Con respecto a la variable de experiencia en el cuidado de PVVIH, se observaron resultados estadísticamente significativos para dos enunciados al llevar a cabo el análisis. Estas asociaciones significativas se encontraron en el ítem 12, donde los estudiantes sin experiencia tuvieron una actitud más positiva, mientras que en el ítem 20 los estudiantes con experiencia fueron los que tuvieron una tendencia a actitud más positivas, en ambos casos se obtuvieron valores $p=0.03$.

Al comparar al colectivo Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Transgénero y más (LGBT+) y al heterosexual, este último mostró un puntaje menor que el primero (81.42 y 77.60 respectivamente) se encontraron diferencias en el promedio de respuesta a la EASE. En el caso de las dimensiones del instrumento, sobre el cuidado, se observó una breve diferencia ya que el colectivo LGBT+ muestra una actitud más positiva para cuidar a las PVVIH.

Discusión

Los resultados obtenidos de este estudio muestran que los estudiantes de licenciatura en enfermería tienden a presentar una actitud positiva. Se han obtenido resultados similares en diversos estudios (Fernández-Donaire et al., 2006; Akin et al., 2013; Leyva et al., 2016; Pickles et al., 2011; Tomás-Sábado & Aradilla-Herrero, A, 2003), en los cuales la actitud positiva predominó. Empero, al llevar a cabo el análisis de respuesta a cada ítem, se exhibió una actitud negativa ante los elementos del constructo que componen la dimensión social, de alguna manera, los futuros profesionales de la enfermería presentan ideas preconcebidas que coinciden con las recientes publicaciones de la OMS en términos de estigma y discriminación en PVVIH y su influencia a la detección oportuna y al acceso al tratamiento antirretroviral (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

Seguidamente, la dimensión del cuidado de igual forma mostró actitudes negativas en los estudiantes, lo que indica una alerta para generar estrategias en la formación para fortalecer la competencia prestadora de cuidado del futuro profesional de la salud. Este comportamiento se observó también en otros estudios, los cuales, aunque la media de puntaje a la EASE indica una actitud favorable, al realizar la ob-

servación pormenorizada de los ítems se descubren actitudes desfavorables (Leyva et al., 2016; Tomás-Sábado & Aradilla-Herrero, 2003).

Diferentes variables sociodemográficas se trataron de asociar con la tendencia a presentar determinada actitud, de las cuales, solamente la creencia religiosa, el año de estudio y la experiencia en el cuidado de PVVIH obtuvieron una significación estadística. En otros estudios se han asociado variables semejantes con la actitud, en los cuales la edad, el género, el año de estudio, la experiencia previa en el cuidado de PVVIH y la creencia religiosa han mostrado ser determinantes de la actitud del estudiante de enfermería al momento de brindar cuidado a una persona con VIH/Sida (Dharmalingam et al., 2015; Natan et al., 2015; Atav et al., 2015; Özakgöl et al., 2013; Leyva et al., 2016; Lui et al., 2014; Pickles et al., 2011). En este estudio las personas que no tenían creencias religiosas obtuvieron una media más alta en la EASE con respecto a las personas que sí tenían creencias religiosas, dicho resultado es consistente con otro estudio (Leyva et al., 2016) en el cual las actitudes más positivas se encontraron en el personal administrativo y en los estudiantes de enfermería que no profesaban ninguna religión. Una posible explicación de estos resultados es que quienes profesan alguna religión interpretan la pandemia del VIH/Sida como un castigo de Dios derivado de transgresiones a nivel sexual y se transmite por comportamientos contrarios a las normas religiosas (Arévalo, & Ávila, 2012). Asimismo, en este estudio las personas con creencias religiosas mostraron una actitud negativa ante el enunciado que establecía que dentro del hospital, un portador del Sida no debería compartir habitación con una persona no infectada, aunque, se puede plantear el hecho de que la persona con VIH/Sida se encuentra inmunocomprometida, por lo que en ese caso, el no compartir habitación sería una decisión para proteger a la persona seropositiva de adquirir alguna infección cruzada a causa del compartir una habitación.

El colectivo LGBT+ mostró actitudes más positivas para el cuidado de PVVIH, una posible explicación es porque esta población ha sido discriminada y estigmatizada, además de ser identificada como población clave por los profesionales de la salud en términos de prevención de VIH/Sida.

Por todo lo anterior, es importante que las instituciones educativas de nivel superior del área de la salud, y específicamente los programas de enfermería, operen

estrategias docentes más adecuadas que ayuden a modificar las actitudes menos favorables que tienen los estudiantes hacia las PVVIH, lo cual puede fortalecer la práctica profesional de los futuros enfermeros y enfermeras para sumar intervenciones efectivas a la promoción de la salud y prevención de la transmisión del VIH/Sida.

Conclusiones

El presente estudio mostró que los estudiantes de licenciatura en enfermería tienen un mayor porcentaje, tendencia a una actitud positiva, sin embargo, el análisis estadístico de las respuestas a cada ítem hace evidente que existen prejuicios y estigmatización a las PVVIH, lo que origina una actitud negativa tentativa al momento de cuidar a una persona con esta patología. Inclusive, algunos ítems mostraron resultados similares entre sí en cada respuesta posible, es decir, en algunos se identificó una tendencia a una actitud neutra en un número importante de estudiantes.

Una de las limitaciones de este estudio es que la EASE fue diseñada en 1999, y debería ser revisada, actualizada y adaptada de acuerdo con los cambios radicales que ha presentado la epidemia del VIH/Sida para evaluar mejor las actitudes positivas y negativas. Se sugiere para futuros estudios un muestreo aleatorio y que la muestra sea amplíe a otros estudiantes de las ciencias de la salud, con la finalidad de proporcionar mayor evidencia respecto a la actitud frente al panorama del VIH/Sida.

Es necesario explorar otras variables que puedan determinar el comportamiento de los estudiantes de enfermería frente al cuidado de la PVVIH, y para que se creen lazos de ayuda-confianza hacia los pacientes y disminuir actitudes discriminativas y de estigmatización.

Referencias

- Abolfotouh, M. A., Saleh, S. A., Mahfouz, A. A., Abolfotouh, S., & Al Fozan, H. M. (2013). Attitudes of Saudi nursing Students on AIDS and Predictors of Willingness to Provide Care for Patients in Central Saudi Arabia. *SAGE Open*, 3(3), 1-11. <https://doi.org/10.1177%2F2158244013499163>
- Adelekan, B., Andrew, N., Nta, I., Gomwalk, A., Ndembi, N., Mensah, C., Dakum, P., & Aliyu, A. (2019) Social barriers in accessing care by clients who returned to HIV care after transient loss to follow-up. *AIDS Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1186/s12981-019-0231-5>

- Aguilar-Barojas, S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. (2005). *Salud Tab*, 11(2), 333-338. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=34055&id_seccion=265&id_ejemplar=3507&id_revisita=46
- Akin, S., Mendi, B., Mendi, O., & Durna, Z. (2013). Turkish nursing students 'knowledge of and attitudes towards patients with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3361-3371. <https://doi.org/10.1111/jocn.12378>
- Arévalo, L., & Ávila, S. (2012). Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/Sida: revisión literaria. *Rev. Fac. Med.*, 20(1), 52-61.
- Atav, A. S., Sendir, M., Daring, R., & Acaroglu, R. (2015). Turkish and American undergraduate students 'attitudes toward HIV/AIDS patients: a comparative study. *Nursing fórum*, 50(2), 116-124. <https://doi.org/10.1111/nuf.12059>
- Burns, N., & Grove, S.K. (2004). *Investigación en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA). (2014). Documento de posición: cura del VIH. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25748/Doc_Posicion_cura_del_vih.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. 2019. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/488177/RN_2doTrim_2019.pdf
- Dharmalingam, M., Poreddi, V., Gandhi, S., & Chandra, R. (2015). Undergraduate nursing students'knowledge and attitude toward people living with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *International Journal of Advanced Medical and Health Research*, 2(1), 22-27. <https://doi.org/10.4103/2349-4220.159124>
- Diesel, H. J., Taliaferro, D. H., & Ercole, P. M. (2017). Comparison of perceptions of HIV/AIDS between Cameroonian, Honduran and American nursing students after Peer-led Education. *Archives of Nursing Practice and Care*, 3(1). <https://doi.org/10.17352/2581-4265.000027>
- Farley, J. E., Hayat, M. J., Murphy, J., Sheridan-Malone, E., Anderson, J., & Mark, H. (2014). Knowledge, attitudes, and practices of OB/GYN nurses and auxiliary staff in the care of pregnant women living with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(2), 158-167. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2013.04.004>
- Farotimi, A. A., Nwozichi, C. U., & Ojediran, T. D. (2015). Knowledge, attitude, and practices of HIV/AIDS-related stigma and discrimination reduction among nursing students in southwest Nigeria. *Iranian Journal of Nursing Midwifery and Midwifery Research*, 20(6), 705-711. <https://doi.org/10.4103%2F1735-9066.170011>

- Fernández-Donaire, L., Fernández-Narváez, P., & Tomás-Sábado, J. (2006). Modificación de actitudes ante el Sida en estudiantes de enfermería: Resultados de una experiencia pedagógica. *Educación Médica*, 9(2), 84-90.
- Frain, J. Preparing ever nurse to become an HIV nurse. (2017). *Nurse Education Today*, 48, 129-33. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.005>
- Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). Data 2018. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf
- Kok, G., Guvenc, G., & Kaplan, Z. (2018). Nursing students' knowledge, attitudes, and willingness to care toward people with HIV/AIDS. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1697-06.
- Leyva-Moral, J. M., Terradas-Robledo, R., Feijoo-Cid, M., de Dios-Sánchez, R., Mestres-Campos, L., Lluva-Castaño, A., & Comas-Serrano, M. (2016). Attitudes to HIV and AIDS among students and faculty in a school of nursing in Barcelona (Spain): a cross-sectional survey. *Collegian*, 24(6), 593-01. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.10.006>
- Lui, P., Sarangapany, J., Begley, K., Coote, K., & Kishore, K. (2014). Medical and nursing students perceived knowledge, attitudes, and practices concerning Human Immunodeficiency Virus. *ISRN Public Health*, 14. <https://doi.org/10.1155/2014/975875>
- Martensson, G., Jacobsson, J.W., & Engstrom, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9). <https://doi.org/10.1111/jpm.12145>
- Natan, M. B., Dubov, D., & Raychlin, M. (2015). Nursing students' willingness to care for Human Immunodeficiency Virus-Infected patients in the future. *Nurse Educator*, 40(6), 1-5. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000172>
- Oke, O. O., Akinboro, A. O., Olanrewaju, F. O., Oke, O. A., & Omololu, A. S. (2019). Assessment of HIV-related stigma and determinants among people living with HIV/AIDS in Abeokuta, Nigeria: A cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*. <https://doi.org/10.1177/2050312119869109>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Objetivo: cero discriminación en la atención de salud. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/zero-discrimination-day/es/>
- Özakgöl, A. A., Sender, M., Atav, A. S., & Kiziltan, B. (2013). Attitudes towards HIV/AIDS patients and empathic tendencies: A study of Turkish undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 34(6), 929-933. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.018>
- Pickles, D., King, L., & Belan, I. (2011). Undergraduate nursing student's attitudes towards caring for people with HIV/AIDS. *Nurse Education Today*, 32(1), 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.01.008>

- Pickles, D., King, L., & de Lacey, S. (2017). Culturally construed beliefs and perceptions of nursing students and the stigma impacting on people living with AIDS: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 49, 39-4. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.008>
- Reddy, A., Bommireddy, V.S., Pachava, S., Chandu, V.C., Yaddanapalli, S.C., & Lodagala, A. (2018). HIV knowledge, attitude, and practices among nursing students in Guntur city. *J NTR Univ Health Sci*, 7(3), 162-7. https://doi.org/10.4103/JDRNTRUHS.JDRNTRUHS_11_18
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Stringer, K., Turan, B., McCormick, L., Durojaiye, M., Nyblade, L., Kempf, M., Lichtenstein, B., & Turan, J. (2016). HIV-related stigma among healthcare providers in the deep south. *AIDS and behavior*, 20(1), 115-125. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1256-y>
- Suominen, T., Laakkonen, L., Lioznov, D., Polukova, M., Nikolaenko, S., Lipiainen L., Valimäki, M., & Kylmä, J. (2015). Russian nursing students' knowledge level and attitudes in the context of human immunodeficiency virus (HIV): a descriptive study. *BMC Nursing*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0053-7>
- Tomás-Sábado, J. (1999). Actitud de enfermería ante el sida. Construcción de una escala de Likert. *Enfermería Clínica*, 9(6), 233-37.
- Tomás-Sábado, J., & Aradilla-Herrero, A. (2003). Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería: ¿Cuál es el papel de la formación académica? *Educación médica*, 6(2), 31-36.
- Turan, B., Budhwani, P., Fazeli, P., Browning, W., Raper, J., Mugavero, M., & Turan, J. (2017). How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes. *AIDS and behavior*, 21(1), 283-291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>
- World Health Organization. HIV/AIDS. 2018. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>



Factores que se relacionan con la ideación suicida en adolescentes

Silvia Yolanda Chacón Rodríguez*
Lorenzo Armando Valenzuela Padilla
Gisel Acosta Chávez
Gustavo Adolfo Moreno Miranda
Elia del Socorro García Sosa

Introducción

El suicidio en adolescentes es un problema de salud pública y en gran medida prevenible, que ocupa la quinta causa de muerte en el grupo de 15 a 19 años de edad, y el tercero en el grupo de 15-24 años en el mundo (McKinnon, 2016). En México, en 2016, ocurrieron 6 291 suicidios, lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes, sin embargo, Chihuahua y Yucatán duplican la tasa nacional con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100 000 habitantes, respectivamente; ocho de cada diez durante 2016 fueron cometidos por un hombre (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).

En la adolescencia el proceso de crecimiento y desarrollo es acelerado; es la etapa de la tormenta hormonal que lleva aparejada otra: la emocional. Constituye la transición de la niñez a la vida adulta y los diferentes eventos de diferenciación se realizan tan rápidamente que pueden generar una crisis, que, deseablemente, además de ser constructiva y estructurante, cumpliría la importante tarea de lograr la identidad, la adaptación e incorporación a la sociedad. Aunque la crisis puede llevar hacia otra vertiente, pues a los drásticos cambios anatómicos y fisiológicos, y consecuentemente psicológicos de este proceso, se añaden factores externos que pueden

* Autores de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

orillar al adolescente a vivir experiencias para las que no está preparado, como el inicio de la vida sexual, esto sin una educación sexual clara y libre de prejuicios. Los mensajes erróneos de una sociedad que ha extraviado el criterio de distinción entre bienes y valores conducen al adolescente hacia conductas de alto riesgo, como el uso de fármacos adictivos que le permiten vivir en una realidad alterna y ausentarse de quien le niega el disfrute de los bienes ambicionados, porque se ha convencido de que son indispensables para la felicidad. Así se explica su escasa fortaleza frente a la frustración y la cada vez mayor labilidad hacia la ideación suicida. Aprender a vivir es el aprendizaje de mayor jerarquía para el ser humano y es en la etapa de la adolescencia cuando debería iniciar.

El suicidio es un acto que comprende tres componentes: ideación suicida, comportamiento suicida y suicidio completo. Sin embargo, la ideación suicida se relaciona de manera fuerte y prospectiva con los intentos de suicidio y el suicidio mismo (Mars, 2019).

Sánchez (2010) describe que la ideación suicida es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado, donde intervienen factores psicológicos, sociales, contextuales y biológicos. Sin embargo (Bachman, 2018) mencionan determinantes repetidas en los comportamientos suicidas de adolescentes en varios países, donde se incluye la autoestima, el género, funcionalidad familiar, orientación sexual, adicciones y uso de redes sociales.

Entre las variables psicológicas, se ha demostrado que la autoestima es una variable particularmente importante para explicar la ideación suicida. La autoestima según Branden (1995) es “la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad”. Por lo cual, tener una autoestima baja frente a los factores estresantes puede ser un factor de riesgo para la ideación o conductas suicidas.

La adolescencia temprana se considera relevante para la formación de la autoestima, se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos y de su estabilidad emocional. Los jóvenes manifiestan una disminución y variaciones en sus niveles de autoestima, que disminuyen conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta. Estos cambios se encuentran asociados con

experiencias negativas como las dificultades académicas, imagen corporal o situaciones familiares. Los adolescentes con una autoestima inferior son más vulnerables a los acontecimientos cotidianos que quienes presentan una mayor autoestima. Sin embargo, los adolescentes sufrirán más dificultades en su conducta futura cuanto más breves y rápidas sean las variaciones en su autoestima a lo largo del tiempo y esto dependerá en gran medida de la calidad del entorno familiar.

El género ha sido considerado un factor de riesgo durante la etapa adolescente; los hombres y las mujeres se desarrollan de manera diferente, y aunque ambos sexos tienen el mismo objetivo de resolver el problema, a menudo buscarán una solución muy diferente entre sí. Marchand et al. (2017) mencionan que existe una “paradoja de género” en los comportamientos suicidas: las mujeres tienen tasas más altas de intentos de suicidio no fatales, mientras que tasas más altas de intentos fatales son de hombres; dicen que los hombres son más propensos a morir de suicidio, mientras que las mujeres son más propensas a cometer intentos de suicidio. Por lo tanto, considerar el género en los factores asociados con la ideación suicida puede arrojar evidencia en una intervención suicida.

Ibrahim et al. (2017) asumen que la diferencia de género observada en la prevalencia de ideación suicida en su población de estudio es consistente con otros estudios, que informan que las mujeres tienen más probabilidades de informar ideación suicida, que los hombres son más propensos a morir de suicidio, y que las mujeres son más propensas a cometer intentos de suicidio. Además, las adolescentes son más propensas a tener pensamientos e ideas suicidas en comparación con los adolescentes varones.

Zhang et al. (2019) mencionan que en China e India estos factores son diferentes a los que se presentan en Europa a través de una muestra representativa para describir la prevalencia de ideación suicida entre niños y niñas en China. Ahí, las niñas en la escuela secundaria son más propensas que los niños a reportar ideas suicidas.

La familia es un sistema dinámico e interdependiente (Eguiluz, 2014), en el que las acciones de unos influyen en las de los otros, afectando en mayor o menor medida la calidad y estilo de las relaciones domésticas, ya sean relaciones internas de tipo parental, conyugal, o sociales externas, en las que surgen procesos interpsicológicos de tipo afectivo, escolar, entre otros.

La familia esboza estrategias para resolver problemas, establece su clima emocional, su capacidad de equilibrio y de cambio a lo largo de su ciclo de vida; el ambiente familiar negativo que se caracteriza por problemas de comunicación entre padres e hijos, por ejemplo, constituye uno de los factores de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y estrés (Eguiluz, 2014). La forma en que la familia mantiene síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida es a través de su funcionamiento.

El conflicto y la violencia familiar preforman la ideación suicida en adolescentes mexicanos; los problemas del hijo con ambos padres y la discusión por problemas económicos. También, desde el propio dominio familiar, la percepción de violencia doméstica aumenta directamente el pensamiento suicida del adolescente, lo cual coincide con los resultados de autores que destacan el papel estresante de esta variable en las ideas suicidas.

En la adolescencia se experimentan cambios sexuales físicos y se establece la identidad de género; en muchos adolescentes hay confusión, indecisión e incertidumbre sobre si son heterosexuales, bisexuales u homosexuales. En 2015, la identidad sexual se agregó como una variable central a la Encuesta nacional de comportamiento de riesgo juvenil (YRBS), que encontró que la ideación de suicidio era casi tres veces mayor y la prevalencia de intentos de suicidio era más de cuatro veces mayor entre los estudiantes LGB en comparación con los estudiantes heterosexuales, y que los comportamientos suicidas también fueron consistentemente más altos entre los estudiantes que no estaban seguros de su orientación sexual en comparación con aquellos que se autoidentificaron como heterosexuales (Kann, 2016). Las tasas de ideación suicida, planes, intentos e intentos médicamente serios fueron más altos tanto en grupos homosexuales y bisexuales que en grupos heterosexuales (Kwak et al., 2017).

Luo et al. (2017), realizaron una búsqueda sistematizada de información sobre la ideación suicida en hombres que tienen sexo con hombres, encontrando diecinueve estudios elegibles a nivel mundial, donde se encontró una prevalencia de ideación suicida entre los HSH del 34,97% y esto varía de acuerdo a regiones geográficas y consideran que está relacionada con discriminación y estigma derivada de su orien-

tación sexual, y de esta manera subrayan la importancia de realizar evaluaciones tempranas de ideación suicida.

Mars (2019) reportó que la mayoría de los adolescentes que piensan en el suicidio o se autolesionan sin suicidio no intentarán atentar contra su vida, y que algunos factores de riesgo comúnmente citados no se asociaron con la transición al intento de suicidio entre estos grupos de alto riesgo; sus hallazgos sugieren que preguntar sobre el uso de sustancias, la autolesión, el sueño, los rasgos de personalidad y la exposición a la autolesión podrían ayudar a identificar qué adolescentes tienen mayor riesgo de suicidarse en el futuro.

Las redes sociales desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la angustia psicológica y los problemas mentales en los jóvenes (Daniel y Goldston, 2012). Es un hecho conocido que, para los jóvenes, los amigos son una fuente importante de apoyo cuando es necesario. Los jóvenes generalmente están más dispuestos a hablar con amigos que con sus familiares sobre su estado mental y comportamiento sin la preocupación de ser juzgados. También son más propensos a compartir sentimientos y pensamientos personales con sus amigos que con las familias. El apoyo y la comodidad logrados por los amigos de la red podrían ayudarlos a lidiar con situaciones críticas y estresores de manera efectiva y positiva. También hay evidencia convergente que vincula los malos contactos sociales con un mayor riesgo de conductas suicidas, en particular para el desarrollo de ideación suicida y demuestran que el 16.39% de total de estudiantes informaron de la presencia de ideas suicidas en algún momento de su vida y los malos contactos sociales se asociaron significativamente con un mayor riesgo de ideación suicida (Tang et al., 2015).

Con el aumento del uso de las redes sociales en vivo, las personas que contemplan el suicidio han expresado cada vez más su ideación suicida en foros en línea. Hamdan et al. (2018) describieron la asociación entre ideación suicida y la adicción al internet en adolescentes, ya que 22.9% presentó ideación suicida, 30.2% adicción al internet, 42% trastornos del sueño y 26.5% depresión, y su análisis sugiere efectos de los trastornos del sueño sobre la ideación suicida, moderado por el impacto de la adicción a internet y mediado por los efectos del sueño sobre los síntomas depresivos. Estos resultados enfatizan la importancia de abordar los comportamientos de riesgo antes mencionados en los programas curriculares de prevención y que se ne-

cesitan futuros estudios longitudinales para determinar el orden temporal y validar las vías causales.

Bousoño et al. (2017) muestran una prevalencia relativamente alta de consumo de sustancias psicotrópicas, uso desadaptativo o patológico de internet, ideación suicida y síntomas psicopatológicos en una muestra de adolescentes jóvenes. Y que las variables que predicen la ideación suicida con un efecto relevante son: tentativas suicidas previas, presencia de síntomas depresivos, uso desadaptativo o patológico de internet, consumo de alcohol y problemas con los compañeros.

Con respecto al uso de alcohol (Santos, 2017) los estudiantes que mostraron un riesgo alto moderado para este uso tenían el doble de probabilidades de presentar ideación suicida en comparación con los estudiantes de la categoría de bajo riesgo.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo analítico transversal descriptivo, con una población de estudio de 366 estudiantes de nivel medio superior. Se seleccionó una institución de educación profesional técnica, por la ubicación geográfica de los planteles, los cuales están distribuidos en zona norte, sur y zona sur-oriente de la ciudad, previa autorización de autoridades de cada uno de los planteles y previo consentimiento informado de los padres y asentimiento por parte de los alumnos. Las variables utilizadas fueron ideación suicida, autoestima y funcionamiento familiar que fueron medidas con las escalas siguientes: Escala de riesgo suicida de Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Se trata de un cuestionario auto administrado de quince preguntas, con respuesta sí-no. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. En la validación española el punto de corte propuesto son seis puntos. Fiabilidad: La consistencia interna de la escala es de 0,84 (alfa de Cronbach). La escala de autoestima de Rosemberg se trata de un cuestionario para explorar la autoestima personal como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo, que consta de diez ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa *estas puntuables*

entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como autoestima normal. De 26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla. Menos de 25 puntos: Autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima. La consistencia interna se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80. (alfa de Cronbach). Así como la escala de funcionamiento familiar de Raquel Atrí, en la cual los puntajes que obtienen las personas que responden la escala en sus tres dimensiones que proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos. Esta escala es aplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

La muestra se calcula a través del programa Epi-info versión 7, con un nivel de confianza de 95% y un $p=69$, dando un total de 366., y el muestreo fue probabilístico al azar eligiendo a un grupo por semestre (1ro, 3ro y 5to semestre) y en todo momento se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. El análisis de la información fue a través de estadística descriptiva, OR y la prueba de hipótesis de X^2 , la significancia estadística fue dada por un $P=$ o menor a 0.05.

Resultados

Los resultados que caracterizan a la población de estudio son presentados en la Tabla 1 que muestra que el género femenino predominó con 53.1%, los estudiantes que contaban con 16 años representaron 27.8%, el nivel socioeconómico medio fue reportado en 82.9%, la orientación sexual fue heterosexual en 92.4%, y el tabaquismo estuvo presente en 19.1%, alcoholismo 30.9% y consumo de drogas en 11%.

La ideación suicida se presentó en 23.6% de los encuestados, y estuvo ausente en 76.4%, como muestra la Figura 1.

Los resultados dicen que la autoestima baja en los adolescentes se presentó en 29.2%, media en 48.3% y la autoestima alta se encuentra en 22.5% (Figura 2).

Al relacionar la ideación suicida con nivel de autoestima se observó que del total que presentaron autoestima baja, la presencia de ideación suicida se manifestó en

31.3%, y en cuanto a quienes presentaron autoestima alta, 26% tuvo ideación suicida, siendo estos datos estadísticamente significativos con un $p < 0.05$ (Figura 3).

En cuanto a la ideación suicida con la orientación sexual, se encontró un porcentaje alto de presencia de ideación suicida en jóvenes que mencionaron ser bisexuales, con 78.6%, valores diferentes en los homosexuales y heterosexuales con 23.1% y 21.3% respectivamente. Al aplicar OR, se observó que quienes mencionaron ser bisexuales tienen 13 veces más de posibilidades de presentar ideación suicida que quienes tienen otra orientación sexual (Figura 4).

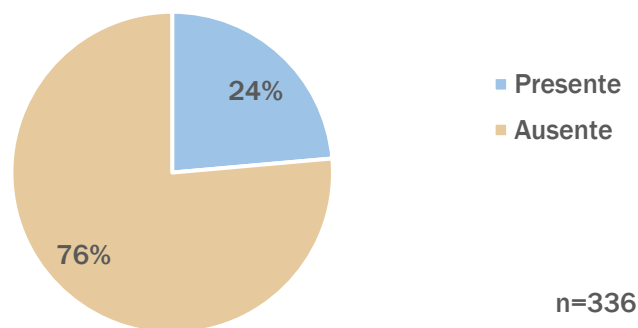
En la ideación suicida relacionada con dificultades en el apoyo familiar se observó que quienes presentaron alto nivel de dificultad en el apoyo familiar la ideación suicida está presente en 39.8% de los chicos, y quienes presentaron baja dificultad solo en 9.3%. Al aplicar OR se encontró que aquellos con alta dificultad en el apoyo familiar tienen 3.7 veces más de posibilidad de ideación suicida que aquellos con nivel medio y baja dificultad de apoyo familiar (Figura 5).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población adolescente

Variables	Porcentaje	
Género	Femenino	53.1%
Edad	16 años	27.8%
Nivel socioeconómico	Medio	82.9%
Orientación sexual	Heterosexual	92.4%
Tabaquismo	Positivo	19.1%
Alcoholismo	Positivo	30.9%
Consumo de drogas	Positivo	11%

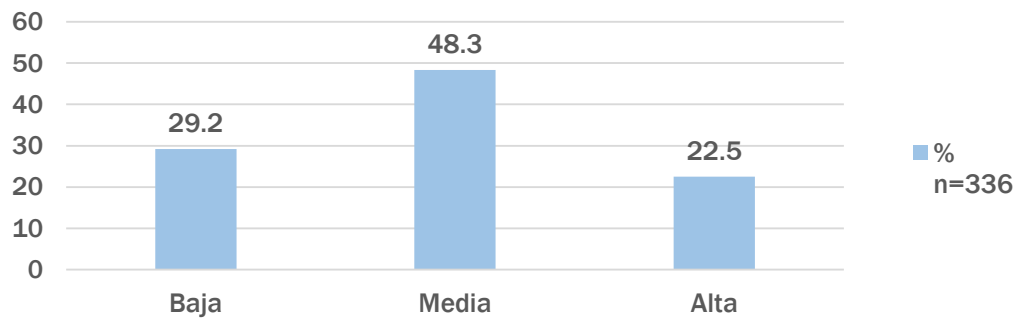
Fuente: Encuestas aplicadas

Fig. 1. Ideación suicida en adolescentes



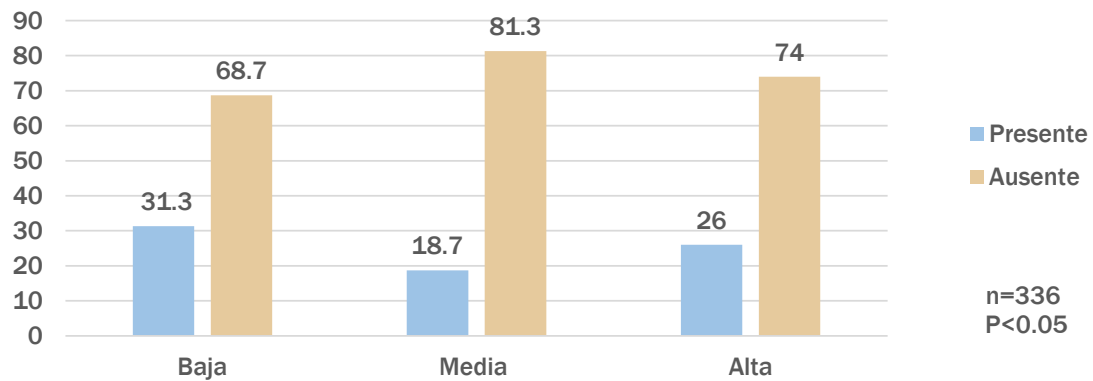
Fuente: encuestas aplicadas

Fig. 2. Autoestima en adolescentes



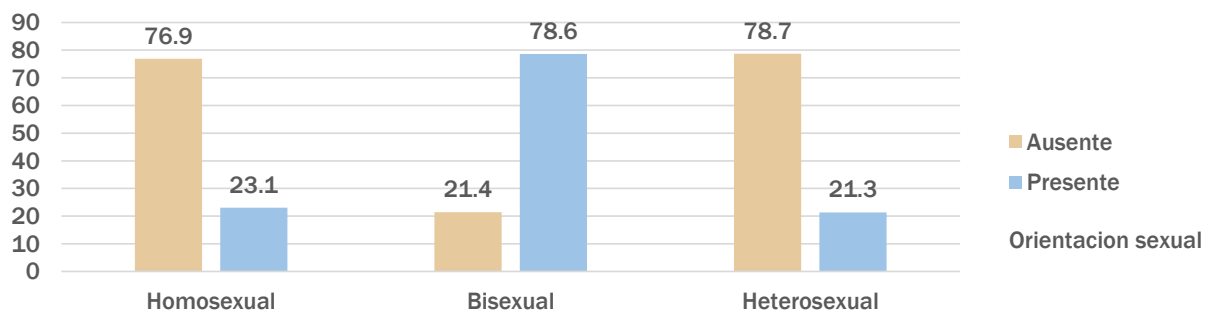
Fuente: encuestas aplicadas

Fig. 3. Relación ideación suicida / Autoestima en adolescentes



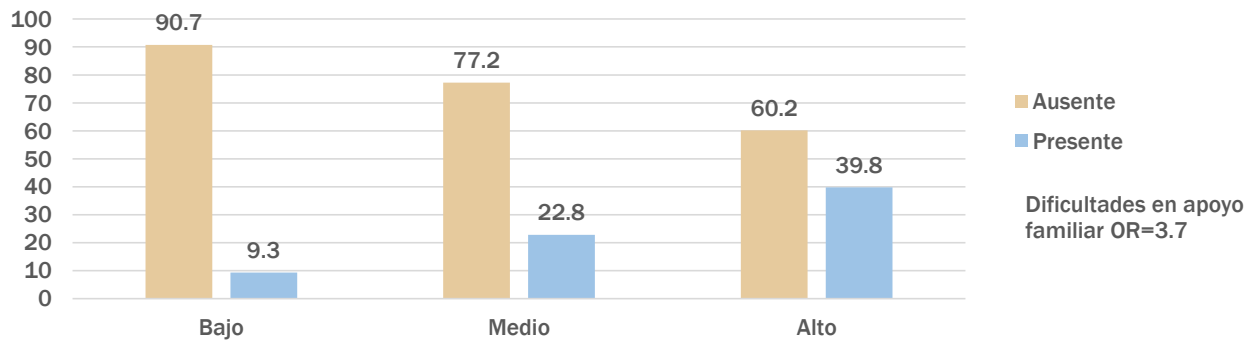
Fuente: encuestas aplicadas

Fig. 4. Relación ideación suicida / Orientación sexual



Fuente: encuestas aplicadas

Fig. 5. Relación ideación suicida / Dificultades en apoyo familiar



Fuente: encuestas aplicadas

Discusión

Los resultados respecto a la ideación suicida fue de 23,6%, datos muy similares a lo reportado por Eguiluz (2014) y Ceballos et al. (2015) donde se puede apreciar en 21.21% y 25%, respectivamente. Sin embargo, Santos et al. (2017) reportan un 9.9%, datos interesantes, aunque pudo haber ocurrido por un diferente tipo de instrumento utilizado. La presencia de autoestima baja fue de 29.2 % datos diferentes a Ceballos et al. (2015) quienes reportan 40% y Chávez (2018) et al. 46.1%.

Estos resultados son comparables a otros que muestran que la baja autoestima se asoció con la ideación suicida, como lo descrito por Nguyen et al. (2019) quienes muestran una relación entre baja autoestima y la ideación suicida con adolescentes vietnamitas, y McGee et al. (2016) asumen que la desventaja socioeconómica pareció ser particularmente importante, ya que predijeron niveles más bajos de autoestima, con evidencias de estudios longitudinales donde la baja autoestima es un predictor de suicidio.

Branden (1995) y Ceballos et al. (2015) consideran que las personas con altos niveles de autoestima son poco propensas a ideas suicidas. Una autoestima baja frente a los factores estresantes del medio social actual pueden ser factores de riesgo para la aparición de la ideación o de conductas suicidas.

En lo referente a orientación sexual, en la bisexualidad se tienen trece veces más posibilidades de tener ideación suicida que quienes tienen sexo con personas de su mismo sexo o heterosexuales, esto coincide con Santos et al. (2017) quienes repor-

tan en un análisis bivariado que los estudiantes homosexuales o bisexuales presentaron más ideación suicida que los que informaron ser heterosexuales. La condición de heterosexualidad, socialmente, se configura como una referencia importante con respecto a los deseos, ideales, principios y valores emergentes, por lo tanto, existe el sentimiento de superioridad en relación con todas las otras diversas expresiones de sexualidad, y causa que aquellos con referencias divergentes se sientan excluidos y diferentes.

Lou et al. (2018) encontraron una prevalencia alta de ideación suicida en hombres que tienen sexo con hombres, esta condición –como la elección de una orientación sexual diferente a la socialmente mayoritaria–, puede tener consecuencias entre los estudiantes universitarios que se autodefinen homosexuales, ya que los prejuicios, estigmas y discriminación provocan un sufrimiento inmenso y una fragilidad emocional que lleva a la ideación suicida.

Kwak et al. (2017) encontró asociaciones fuertes entre homosexualidad con ideación suicida, y con riesgo suicida, en contraste con la bisexualidad, que solo se asoció significativamente con intentos de suicidio.

Las dificultades familiares han sido un factor importante en la presencia de ideación suicida, y en este estudio la presencia de dificultades tiene 3.7 veces más posibilidades de tener ideación suicida que quienes tienen apoyo familiar, y coincide con Ibrahim et al. (2019) quienes encontraron una correlación negativa con la ideación suicida, asumiendo que el apoyo de familiares y amigos también mostró una correlación negativa con la ideación suicida. Santos et al. (2017) muestran que los estudiantes universitarios que informaron casos de intento de suicidio en la familia y entre amigos tenían más probabilidades de tener ideación suicida que aquellos que no informaron el evento, y reportan que del total de jóvenes con ideación suicida 24% tenía antecedentes familiares con intento de suicidio. Wang et al. (2019) asumen que de entre todos los factores de riesgo asociados con la ideación suicida, los factores familiares deberían ser la principal preocupación en la prevención de la ideación suicida, y las intervenciones dirigidas a los síntomas de depresión son clave para reducir la ideación suicida.

Como una alternativa para clarificar la controversia entre autoestima e ideación suicida, proponemos que en futuras investigaciones contemplen dicha relación con-

siderando otras dimensiones de la autoestima como la emocional, física, familiar y educativa.

Conclusión

Este estudio proporciona evidencias de que existe relación entre la autoestima y la ideación suicida, pues la autoestima es parte de la vulnerabilidad que interactúa con el comportamiento suicida. Cuando individuos vulnerables, como los adolescentes, se enfrentan a factores estresantes u otros que implican riesgo, pueden mostrar ideación suicida o comportamiento suicida.

El alcance y el impacto de este problema de salud mental hacen entenderlo como una prioridad de salud pública; corresponde, en parte, al personal profesional de Enfermería, la salud mental del adolescente, enfatizando en las habilidades que posee para el manejo de la presencia de ideas suicidas.

Referencias

- Bachmann S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*, 15(7), 1–23. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Buenos Aires: Paidós.
- Bousoño M., Al-Halabí S., Burón P., Garrido M., Díaz M., Galván G., García L., Carli V., Hoven C., Sarchiapone M., Wasserman D., Bousoño M., García M., Iglesias C. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Rev Adicciones*, 29 (2), 97-104 <https://doi.org/10.20882/adicciones.811>
- Ceballos O., G. A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazari* 12 (1), 15-22. <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/795>
- Chávez Y., Toledo Y. (2018). Adolescentes con ideación suicida en Camaguey. *Rev Hum Med* 18 (2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200273&lng=es&tlng=es
- Daniel S. S, Goldston D. B. (2012). Hopelessness and lack of connectedness to others as risk factors for suicidal behavior across the lifespan: Implications for cognitive-behavioral treatment. *Cogn Behav Pract.*, 19, 288–300. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.05.003>

- Eguiluz R. L., y Ayala M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes *Psicología Iberoamericana*, 22, (2), 72-80. <https://psicologiaiberoamericana.ibero.mx/index.php/psicologia/article/view/71>
- Hamdan S., Levi D., Dahan L., Stukalin E. (2018). The effect of sleep disturbances and internet addiction on suicidal ideation among adolescents in the presence of depressive symptoms. *Psychiatry Research*, 267, 327-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.067>
- Ibrahim N, Amit N., Normah N., Din Ch., Chien H. (2017). Gender differences and psychological factors associated with suicidal ideation among youth in Malaysia. *Psychol Res Behav Manag.*, 10, 129–135. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S125176>
- Ibrahim N., Che Din N., Ahmad M., Amitt N., Ezzat S. et al. (2019). The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia. *BMC Public Health*. 19, 553. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6861-7>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Comunicado de prensa núm. 410/18 7 de septiembre de 2018* página 1/8. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (datos nacionales)
- Kann L, et al. (2016). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-related behaviors among students in grades 9–12 –United States and selected sites, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(9). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/ss/pdfs/ss6509.pdf>
- Kwak Y, Kim J. (2017). Associations between Korean adolescents' sexual orientation and suicidal ideation, plans, attempts, and medically serious attempts. *Iran J Public Health*, 46(4), 475-484.
- Luo Z., Feng T., Yang T. (2017). Lifetime prevalence of suicidal ideation among men who have sex with men: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 17(1), 406. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1575-9>
- Marchand K., Palis H., Fikowski J., Harrison S., Spittal P., Schechter M., Oviedo E. (2017). The role of gender in suicidal ideation among Long-term opioid user. *Can J Psychiatry*, 62(7), 465–472. <https://doi.org/10.1177/0706743717711173>
- Mars B., Heron J., Klonsky ED., Moran P., O'Connor R. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*, 6(4), 327-337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- McGee R. Williams S. Nada-Raja S. (2016). Low Self-Esteem and Hopelessness in Childhood and Suicidal Ideation in Early Adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(4), 281-291. <https://doi.org/10.1023?A:1010353711369>

- Nguyen D., Wright P., Dedding C., Pham T. y Bunders J. (2019) Baja autoestima y su asociación con la ansiedad, la depresión y la ideación suicida en estudiantes de secundaria vietnamitas: un estudio transversal. *Front Psychiatry*, 10, 698. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00698>
- Sánchez S. J. C., (2010) Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *I Psychosocial Intervention* 19 (3), 279-287. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a8>
- Santos H., Reschetti S., Martínez M., Nunes M., Baptista, y Mirianh Cabral P. (2017) Factores asociados con ideación suicida en estudiantes universitarios. *Rev. Lat Am Enfermagem* 25, 28-78 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
- Tang F, Qin P. (2015). Influence of Personal Social Network and Coping Skills on Risk for Suicidal Ideation in Chinese University Students. *PLoS ONE* 10 (3): e0121023. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121023>
- Wang M., Changgui B., Bai W. Yan S., Xinyu L., Weiyang Y., Yuanyuan L., Wanging H., Wenjun L. B. (2019). Prevalencia y correlación entre ideación suicida entre estudiantes universitarios: Encuesta de Salud Mental en Jilin Provincia de China. *Journal of Affective Disorders*. 246 (1), 166-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.055>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*, 1–44. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Zhang Y., Ting Y., Song Y., Lu R., Duan J., Prochaska J. (2019). Gender differences in suicidal ideation and health-risk behaviors among high school students in Beijing, China. *J Glob Health*. 9(1), 010604. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010604>



Conocimientos, actitudes y práctica en el uso de antibióticos en población del estado de Morelos

Abigail Fernández Sánchez*
Ma. del Socorro Fajardo Santana
Edith Ruth Arizmendi Jaime

Introducción

Este estudio responde a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, de realizar investigación en el uso de los antibióticos por profesionales de la salud. A nivel mundial se visualiza el uso de los antibióticos como un grave problema para la salud, pues para el año 2050 en la población se generará un cambio trascendental de resistencia microbiana (Organización Mundial de la Salud, 2019).

A corto plazo, el tema de la resistencia bacteriana ocupará mayores casos en la mortalidad mundial, como en nuestro país. Esperamos que los resultados de este estudio sirvan para entender cuáles son los conocimientos, actitudes y práctica del uso de antibióticos, y las razones de la automedicación con antibióticos, y se propongan acciones educativas, tanto a la población general como a los profesionales, que contribuyan a la contención de la resistencia bacteriana (Organización Mundial de la Salud, 2005). La población juega un papel importante en el proceso de aparición y propagación de la resistencia a los antibióticos, por lo tanto, caracterizar el conocimiento, la actitud y la práctica de los antibióticos ayudará a mitigar el problema.

Los profesionales de salud se enfrentan hoy a la resistencia a los antimicrobianos por su uso desmedido. En México hay poca literatura de divulgación para conocer su función o la acción farmacológica de los antimicrobianos.

* Autoras de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Antecedentes

Desde el descubrimiento de los antibióticos se han utilizado para eliminar epidemias o evitar complicaciones por enfermedades infectocontagiosas. Los avances de la medicina moderna, en conjunto con la disminución de las enfermedades infecciosas, ha sido un parteaguas en México, pero aún no se erradican en su totalidad y en cambio han causado otras enfermedades emergentes.

En las tres últimas décadas se han identificado una serie de enfermedades catalogadas como emergentes. Kershenovich (2007) menciona que la mayoría tienen una etiología infecciosa e incluyen enfermedades bacterianas (enfermedad por legionella, enfermedad de Lyme, campilobacteriosis, helicobacter pylori), virales (HIV, ébola, antirus, virus de las hepatitis B y C), parasitarias (criptosporidiosis, ciclospora) y otras de difícil clasificación como las encefalopatías espongiiformes (Cohen, 1998), incluso muchas de las consecuencias pueden ser inimaginables: enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, haciendo susceptible con compromiso inmune a esta población en su comorbilidad, propiciando enfermedades reemergentes: tuberculosis, paludismo, cólera, fiebre amarilla, difteria, Sida, entre otras (Arredondo, & Amores, 2009).

Los padecimientos infecciosos latentes son tuberculosis, VIH, hepatitis, dengue, infecciones de tracto urinario, gastrointestinal, vías respiratorias, entre otros cuya presencia en algunas ocasiones es de forma mixta con más de una infección portada por la misma persona. Por lo tanto, la administración de antibióticos es en más de un esquema. Por otra parte, no se lleva en toda la población para el diagnóstico estudios de cultivos y el respectivo antibiograma, solamente con los datos clínicos. Ello ocasiona que ante el empeoramiento del cuadro infeccioso se haga cambio de antibióticos en número de días reducidos (Policy Alert, 2019).

Las modificaciones de la resistencia antimicrobiana, además de la administración de antibióticos, sobrevienen también por factores como: determinantes sociales en salud, cambio climático, disposición de agua potable, condiciones de la vivienda y algunos centros de trabajo, lugares cerrados como escuelas, recreación, entre otros.

La resistencia a los antimicrobianos supone una amenaza a la esencia misma de la medicina moderna y a la sostenibilidad de una respuesta de salud pública mundial eficaz ante la amenaza persistente de las enfermedades infecciosas. Los antimicro-

bios eficaces son imprescindibles para las medidas preventivas y curativas, para proteger a los pacientes frente a enfermedades potencialmente mortales y para garantizar que se puedan llevar a cabo procedimientos complejos, como la cirugía y la quimioterapia, con escasos riesgos. Así como un sinnúmero de enfermedades infecciosas cuyos agentes causales son bacterias Gram positivas y Gram negativas (Kuri, Guzmán, De La Paz, Salas, 2015).

A su vez, en el uso de antimicrobianos influye la relación entre conocimientos, expectativas e interacciones entre el proveedor de servicios de salud que prescribe y el paciente, incentivos económicos, características del sistema sanitario y el entorno normativo.

Si bien la mayoría del uso de los antimicrobianos se da en la comunidad, en los hospitales se utilizan con mucho más intensidad, por lo que en esas instituciones revisten una importancia especial para contener la resistencia. En los hospitales es fundamental establecer métodos para mejorar el uso de antimicrobianos, reducir la incidencia y la propagación de infecciones nosocomiales y ligar las decisiones terapéuticas con las relativas al suministro de medicamentos. Con ese fin será necesario capacitar a personas clave y asignar recursos a la vigilancia eficaz en la lucha contra las infecciones y el apoyo terapéutico.

Normas para el uso de antibióticos

El conjunto de normas y estrategias desarrolladas para mejorar y optimizar el empleo de antibióticos se denomina Política de antibióticos, que constituye la base del uso racional de estos antimicrobianos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el uso apropiado o racional de estos fármacos como: “el uso costo-efectivo de los antimicrobianos, minimizando sus efectos adversos o tóxicos y el desarrollo de resistencia”.

El uso inapropiado de los antibióticos conlleva importantes consecuencias, contribuye al desarrollo de resistencia bacteriana, malos resultados terapéuticos, efectos adversos innecesarios y un impacto económico negativo. Este es un problema tanto a nivel extrahospitalario como intrahospitalario. Las principales razones en la comunidad son la indicación de antibióticos en infecciones de etiología viral, especialmente a nivel respiratorio, así como el incumplimiento de las regulaciones en la

venta y la autoprescripción. En el ámbito hospitalario las causas son el uso de esquemas de antibióticos de amplio espectro y la falta de adecuación del tratamiento al microorganismo cuando éste se identifica (Vera, 2012).

En México, los antibióticos para uso humano son un grupo de medicamentos fabricados conforme a la NOM-059-SSA1-2015 de buenas prácticas de fabricación de medicamentos, que cumplen un registro sanitario y estándares de seguridad, calidad y eficacia; para la venta y dispensación de estos insumos se requiere la receta expedida por un médico. En el presente documento se expone cuál es el campo normativo aplicable para asegurar la correcta venta y dispensación, las acciones realizadas de la Cofepris a través de la Comisión de Operación Sanitaria en puntos de venta de estos insumos, así como los errores más comunes en la dispensación de antibióticos y las perspectivas de México para combatir este problema mundial a través del Acuerdo obligatorio de la Estrategia Nacional de Acción contra la Resistencia a los Antimicrobianos, que habla de todos los sectores en los cuales son administrados dichos insumos (Pérez, 2018). Algunas definiciones de utilidad son:

Resistencia a los antimicrobianos: “es la capacidad que tienen los microorganismos (como bacterias, virus y algunos parásitos) de impedir que los antimicrobianos (como antibióticos, antivíricos y antipalúdicos) actúen contra ellos. En consecuencia, los tratamientos habituales se vuelven ineficaces y las infecciones persisten y pueden transmitirse a otras personas” (OMS-2017).

Resistencia bacteriana: fenómeno por el cual las bacterias cambian su configuración genética, lo que provoca que el antibiótico que inicialmente la identificaba como un agente agresor y la destruía, deja de hacerlo.

Conocimiento: El conjunto de verdades o hechos acumulados en el transcurso del tiempo, la suma acumulada de información, su volumen y naturaleza (conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de experiencia de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos). En específico, el conocimiento del paciente sobre sus medicamentos, según Salmerón, Iglesias, García, Mateus, Martínez (2013) “es el conjunto de información adquirida por el paciente sobre su medicamento necesaria para un correcto uso del mismo, que incluye el objetivo terapéutico (indicación y efectividad), el proceso de uso (acción, dosis, duración del tratamiento), la seguridad (efectos adversos, alergias, precauciones, contraindicaciones)”.

Actitud: creencia interna, predisposición adquirida y duradera que influye en los actos personales para comportarse de modo consistente y refleja valores como la generosidad, la honestidad o los hábitos de la vida saludable. Es la disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social (Cantero, León y Cols, 1998).

Práctica: Realización de un acto una o más veces como una exposición reiterada a una situación concreta, con miras a su fijación o mejora; cualquier ejecución de un acto o comportamiento que conduzca al aprendizaje.

En salud, las prácticas se dirigen hacia la ejecución y realización de actividades o aplicación de conocimientos que se ejecutan habitualmente. En el uso de antibióticos es poner en práctica algo que se ha aprendido y experimentado; dicha actividad siempre busca perfeccionar o mejorar un tratamiento para alguna enfermedad viral o bacteriana.

En el trabajo de enfermería y la administración de antibióticos se incurre en un dilema ético profesional, pues se expresan reservas respecto al papel de las enfermeras en la administración de antibióticos. Hallazgos en la literatura señalan que los pacientes bajo su cuidado estaban gravemente enfermos y necesitaban antibióticos, y condicionaban a los familiares y pacientes ambulatorios si tosían o estornudaban a la administración de antibióticos de forma preventiva.

Los participantes cuestionaron la capacidad de las enfermeras para hacer contribuciones valiosas a la administración de antibióticos debido al papel limitado de las enfermeras en la prescripción de antibióticos. En Estados Unidos, los pedidos de antibióticos son investigados por personal múltiple (por ejemplo, prescriptores, farmacéuticos e infecciosos). Eileen et al. (2019) estudiaron el papel de las enfermeras en la administración de antibióticos y el diagnóstico de la enfermedad antes de la administración de antibióticos por parte de las enfermeras.

Abundan en la literatura estudios de conocimiento, actitud y práctica del uso y mal uso de antibióticos, lo que resulta en rasgos de resistencia en poblaciones bacterianas. No es el antibiótico por sí solo lo que mencionan los autores, también el uso excesivo o irracional puede resultar en la aparición de cepas bacterianas resistentes

o en reacciones adversas, y también puede resultar en una carga económica para el sistema nacional de salud (Ammar, Nageeb, Abdelazim, Obaida y Moyad, 2019).

El uso excesivo de antibióticos conduce a la emergencia y expansión de la resistencia, los efectos adversos son inciertos y se declina el éxito de la eficacia. La Organización Mundial de la Salud denominó la semana y día mundial de la salud como “Combatir la resistencia a los antimicrobianos: sin acción hoy, sin cura mañana” (OMS, 2017).

Existen factores como la disponibilidad no regulada de medicamentos, políticas de salud relajadas respecto a las regulaciones sobre el uso de antibióticos, adquisición de antibióticos sin receta, conocimiento y las actitudes de los pacientes hacia el uso de antibióticos, la automedicación, conocimiento y experiencias de los médicos e interacción entre el paciente y el prescriptor, la economía de la población, la atención en consulta externa rebasada, días festivos, distancia en los centros de salud, entre otros.

En un estudio en 1200 estudiantes se obtuvo puntaje alto en actitud 76%, conocimientos 59% y 45% en práctica. Otra encuesta en China en 2500 estudiantes de medicina indicó que los estudiantes de medicina obtuvieron mejores resultados que estudiantes no médicos en términos de conocimientos, actitudes y prácticas de antibióticos; otro estudio similar realizado en Chennai en estudiantes de medicina y paramédicos, y otros estudios en la India informaron poco conocimiento sobre los espectros de antibióticos, indicaciones, efectos secundarios y su uso correcto, además del conocimiento de los estudiantes sobre la resistencia a los antibióticos y la prescripción de antibióticos moderada, así como la actitud hacia la causa de la resistencia.

Otro estudio transversal realizado entre estudiantes universitarios para evaluar su conocimiento y práctica sobre el uso de antibióticos reportó un conocimiento deficiente de las fuentes correctas de antibióticos; la mayoría de ellos usaron los mismos antibióticos que los médicos recetaron previamente para tratar sus infecciones percibidas, mientras que 51.2% mantuvo los antibióticos sobrantes para uso futuro (Ammar, et al. 2019).

En Italia, un estudio realizado en la Universidad de Turín entre estudiantes de profesiones sanitarias también reveló la brecha existente entre el conocimiento y la

práctica: se encontró mejores conocimientos, actitudes y práctica en estudiantes de medicina en relación a otras áreas de la salud (Scaioli, Gualamo, Gili, Masucci, Bert, Siliquini, 2015).

Un estudio de conocimientos de los enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería de un hospital general de Brasil, en cuanto a las causas de multirresistencia bacteriana, los riesgos para el equipo de salud, el modo de transmisión y susceptibilidad de los pacientes a la colonización por bacterias resistentes a múltiples drogas, encontró conocimiento restricto y limitado sobre la temática, restringiendo las causas de la resistencia a la utilización indiscriminada de antibióticos. La mayoría estaba consciente de los riesgos que el portador de la bacteria ofrecía al equipo de salud. Evidenciamos falta de información en cuanto a los mecanismos de transmisión, principales reservorios y los más susceptibles a la colonización (Pinto, de Moura, Gir, 2007).

Objetivo

Determinar los conocimientos relacionados a actitudes y prácticas de antibióticos en la población general de una región de México.

Método

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal con 250 participantes. La población se conformó por familiares de usuarios de hospital de segundo y tercer nivel de atención. En muestreo fue no probabilístico por conveniencia, aleatorio simple. Participaron personas mayores de 18 años; se les invitó a contestar un cuestionario dando a conocer el objetivo del mismo e instrucciones de su participación con previo consentimiento libre e informado. Se incluyeron todos aquellos familiares que aceptaron participar, mayores de edad, sin limitaciones de comunicación y sin alteraciones cognitivas. Fueron excluidas las personas con limitaciones cognitivas, de lenguaje u oído que les impedían responder a los ítems, y se eliminaron los cuestionarios incompletos. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes previa explicación del propósito del estudio y uso de la información.

Instrumento ex profeso validado por la Universidad de Santander, Colombia (Cortes y Montenegro, 2016) con cuatro apartados datos demográficos: ocupación, sexo, nivel de estudios, tipo de atención médica (privada vs. pública), nivel económico, número de hijos, entre otros. Conocimientos (apartado con doce ítems), con opción de respuesta dicotómica sí / no. Actitudes (apartado con ocho ítems) con tres opciones de respuesta: en desacuerdo, no estoy seguro y de acuerdo. En prácticas, apartado con ocho ítems, con tres opciones de respuesta: siempre, algunas veces y casi nunca.

Análisis estadístico. Con el programa SPSS V-21 análisis bivariado (significancia estadística correlación de Pearson $p=0,05$, medidas de tendencia central y porcentajes).

Consideraciones éticas. Esta investigación se basa en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título 2° de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Capítulo 1, artículos del 13 al 27 y en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y en los principios de: autonomía, beneficencia, confidencialidad, justicia y no maleficencia.

Resultados

La población entrevistada n. 250 fue de: hombres 35.3% y mujeres 64.7%. Edad promedio 34.2 de edad, tienen de 1 a 9 hijos, Ocupación: la mayoría empleos diversos 89%, la mayoría se atiende en servicios de salud públicos 92%, mencionan que la atención servicios de salud es buena 62%, recursos económicos medios 48.4%. Mencionan que no padecen frecuentemente enfermedades de vías respiratorias: asma 18.5%, resfriado común (gripe) 32% (véase Tabla 1).

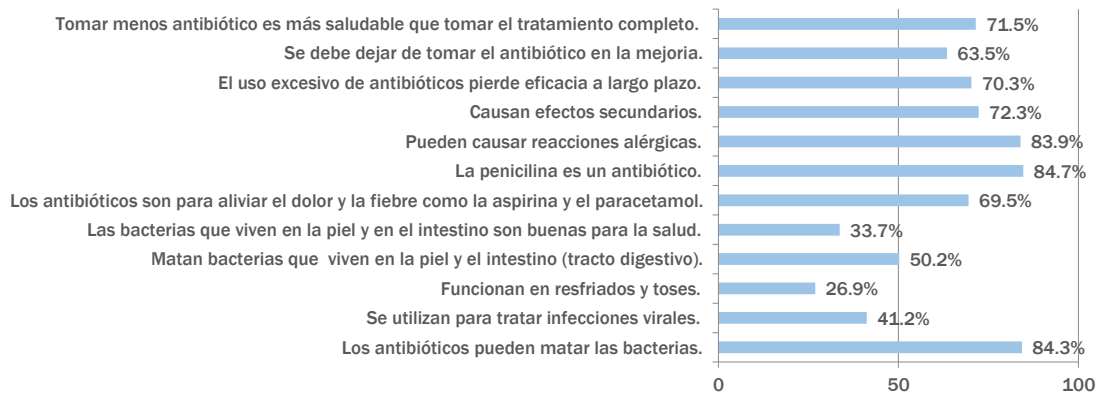
En cuanto al conocimiento (Gráfico 1), los participantes consideran tomar menos antibiótico que el indicado en presencia de mejoría 63.5%, conocen la acción de los antibióticos 60.75%, es común del uso de antibióticos en resfriados y enfermedades inflamatorias 45.6%, llevan a cabo el uso indicado solo el 68%, conocen que los antibióticos tienen reacciones adversas y alergias 78%.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

		Frecuencia	%
Ocupación	Profesionales	76	30.4
	Empleados	89	35.6
	Ama casa	85	34
Sexo	Hombres	88	35.3
	Mujeres	161	64.7
Edad	18-29a	88	34.9
	30-39a	100	40.2
	40-49a	44	17.7
	50 y más	18	7.2
Servicio de salud	Público	230	92
	Privado	12	4.8
	Otros	8	3.2
Nivel educativo	Primaria	46	18.4
	Secundaria	71	28.4
	Técnico/preparatoria	76	30.4
	Licenciatura	57	22.8
Nivel de ingreso	Alto	36	14.4
	Medio	121	48.4
	Bajo	93	37.2
Atención de los servicios de salud	Buena	155	62
	Regular	83	33.2
	Deficiente	12	4.8

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y práctica uso de antibióticos, población Morelos

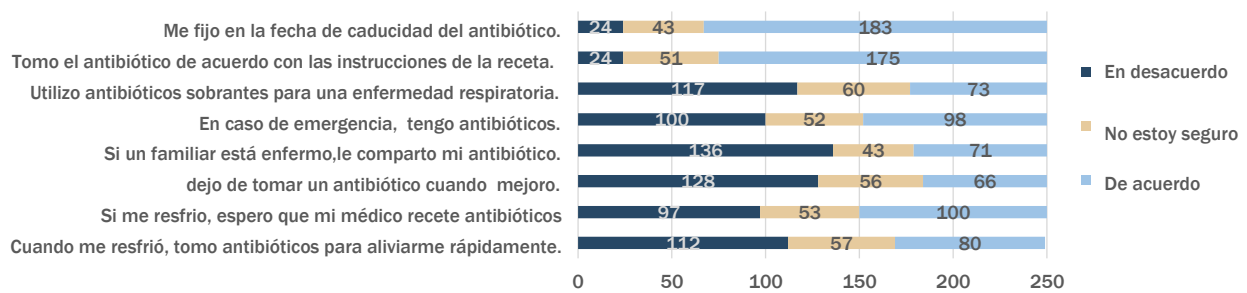
Gráfico 1. Conocimiento de la acción de los antibióticos



Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y práctica uso de antibióticos, población Morelos

En cuanto actitud y expectativa, como se muestra en el Gráfico 2, la práctica adecuada es revisar la caducidad y tomar el antibiótico conforme la prescripción médica 72.5%, por otra parte, la población en general utiliza antibióticos como prevención, resfriados y cuenta con antibióticos sobrantes 32.5%, y los comparten con familiares, entre otros 28.4%. En relación a suspenderlo al presentar mejoría 26.4%, las personas tienen parte de medicamentos, los cuales utilizan posteriormente ante la presencia de síntomas 29.2%.

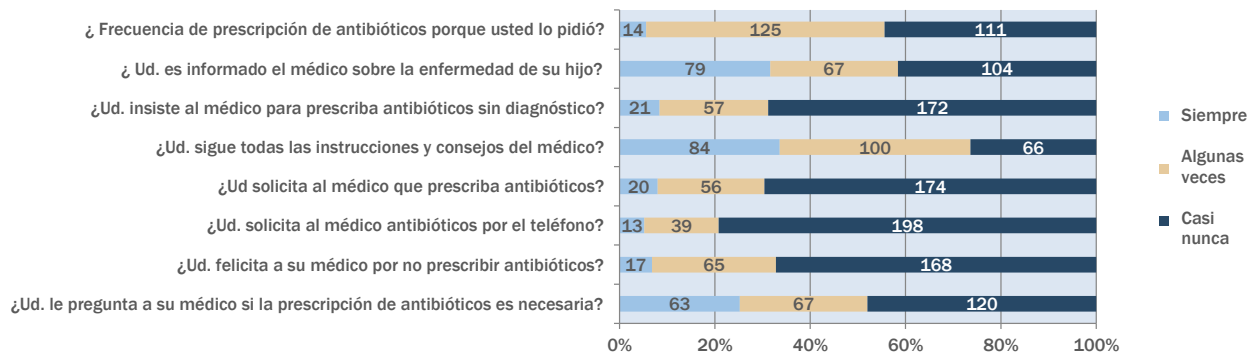
Gráfico 2. Actitud / expectativa al consumo adecuado de los antibióticos y no adecuado



Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y práctica uso de antibióticos, población Morelos

En relación a las prácticas del uso de antibióticos, el Gráfico 3 muestra con qué frecuencia le pregunta a su médico si la prescripción de antibióticos es necesaria, felicita a su médico por no prescribir antibióticos, sigue todas las instrucciones y consejos del médico y le informa su médico sobre la enfermedad de su hijo: siempre 21.2%, algunas veces 26.5% y nunca o casi nunca 52.2%. En la prescripción de antibióticos el médico pocas veces informa de la acción 41.6%.

Gráfico 3. Práctica y frecuencia en el uso de antibióticos



Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y práctica uso de antibióticos, población Morelos

Solicita al médico por el teléfono recomiende antibióticos o le pide directamente que prescriba antibióticos, insiste en que el pediatra prescriba antibióticos como precaución, aunque no se haya confirmado el diagnóstico y prescribe antibióticos porque usted lo pidió siempre 6.8%, algunas veces 27.7% y nunca o casi nunca 65.5%.

En las relaciones entre conocimientos, actitudes y práctica en el uso de antibióticos (Tabla 2) vemos: En relación a conocimientos de la acción del antibiótico Conocimiento / Alergias $p=.000$: destruye elimina bacterias y la flora bacteriana normales piel intestino- efectos secundarios y alergias. En Conocimiento / Práctica $p=.050$: destruye elimina bacterias y la flora bacteriana normales piel intestino- la persona busca le indique tratamiento con antibióticos. En Conocimiento / Actitudes $p=.000$: destruye elimina bacterias y la flora bacteriana normales piel intestino- existe cierta concientización del uso del antibiótico, aun así la persona busca se le indique tratamiento.

En relación Creencias / Alergias $p=.007$ y uso del antibiótico para mejoría rápida, a pesar de efectos secundarios y alergias.

En relación Práctica / Conocimiento $p=.050$ existe relación entre práctica y conocimiento del antibiótico. En relación Práctica / Alergias $p=.012$ y uso del antibiótico para mejoría rápida, a pesar de efectos secundarios y alergias. En relación Práctica / Creencias $p=.001$ la sociedad practica el uso del antibiótico por creencia que puede aliviar resfriados, procesos virales y analgésicos.

En la presencia de algunos síntomas como: resfriado, fiebre, dolor oído, desea que su médico prescriba los antibióticos para su hijo. En relación Síntomas / Práctica $p=.015$. Es significativo el uso de los antibióticos. En Síntomas / Alergias $p=.001$. Los síntomas son un foco de alarma por lo que se recurre aún reconociendo efectos secundarios de antibiótico y Síntomas / Creencias $p=.002$. Los síntomas o datos que el paciente presenta no son reconocidos para otro tipo de tratamiento.

En relación Actitudes / Conocimiento $p=.000$. Es significativo el uso de los antibióticos en cualquier momento tiene a la mano antibióticos, tomando en cuenta el conocimiento la acción de la rápida acción. En Actitudes / Alergias $p=.000$. Es significativo el uso de los antibióticos verifica caducidad y en Actitudes / Creencias $p=.000$. Es significativo el uso de los antibióticos de alguna forma se tiene temor a la

ingesta de tratamiento largos de antibiótico por lo que toman dosis menor y acción del antibiótico

Tabla 2. Correlaciones entre conocimientos, actitudes y práctica en el uso de antibióticos

		Conocimiento	Alergias	Creencia	Práctica	Síntoma	Actitudes
Conocimiento	Correl. Pearson	1					
	Sig. (bilateral)						
Alergias	Correl. Pearson	.305**	1				
	Sig. (bilateral)	.000					
Creencia	Correl. Pearson	.045	-.172**	1			
	Sig. (bilateral)	.475	.007				
Práctica	Correl. Pearson	-.119	-.158*	.203**	1		
	Sig. (bilateral)	.050	.012	.001			
Síntomas	Correl. Pearson	.022	-.204**	.197**	.154*	1	
	Sig. (bilateral)	.730	.001	.002	.015		
Actitudes	Correl. Pearson	.291**	.139*	.389**	.057	.071	1
	Sig. (bilateral)	.000	.028	.000	.372	.264	

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y práctica uso de antibióticos, población Morelos

Discusión

A la luz de estos resultados, Tobón (2002) encontró similitud en el uso inadecuado de antibióticos ante enfermedad de base, uso de padecimientos virales, alergias, entre otros, generando de esta manera la fármaco-resistencia. Los antibióticos son utilizados en infecciones bacterianas por su efecto, que mata o impide el crecimiento/reproducción de bacterias específicas, por ello el uso correcto.

Por otra parte, el uso de antimicrobianos influye la relación entre conocimientos, expectativas e interacciones entre el proveedor de servicios de salud que prescribe y el paciente, incentivos económicos, características del sistema sanitario y el entorno normativo (McDonnell, 2008).

Si bien la mayoría del uso de los antimicrobianos se da en la comunidad, en los hospitales se utilizan con mucho más intensidad, por lo cual esas instituciones revisitan una importancia especial para contener la resistencia (Eileen et al., 2019).

Scaiola, Gualamo, Gili, Masucci, Bert y Siliquini (2015) en la Universidad de Turín en un estudio hecho entre estudiantes de profesiones sanitarias también reveló la brecha existente entre el conocimiento y la práctica; en contraste con el estudio que

se realizó con población usuaria de hospitales, fueron similares los conocimientos, la actitud (expectativa-creencia) y la práctica la personas en función de resultados de experiencias anteriores y las necesidades por los síntomas de alarma que presentan (dolor, fiebre, tos, gripe, entre otros) que atribuyen, y autoadministran sus antibióticos de manera personal. Otra práctica inadecuada es descuidar los días que requiere la administración del antibiótico, dejando posibilidad para la resistencia bacteriana.

En relación a lo mencionado por McDonnell (2008) la actitud de las personas es que en las visitas al médico se indique antibiótico, si el médico rehúsa puede ser demandado por el familiar del paciente por negligencia médica y falta de prescripción que puede ser riesgo y complicación para el paciente, lo que coincide con nuestro estudio y en muchos casos así es. En este mismo sentido, en algunas zonas menos supervisadas se omite al médico y los antibióticos se compran sin receta. El caso de nuestro estudio también las personas tienen formas de conseguir el antibiótico, compartir o utilizar sobrantes de algún tratamiento anterior.

Conclusión

La resistencia a los antibióticos es una amenaza para la salud mundial; los esfuerzos nacionales e internacionales señalan la necesidad de frenar la resistencia a los antimicrobianos. Hay un reconocimiento creciente de la necesidad de asociarse con enfermeras para promover la administración efectiva de antibióticos La Asociación Nacional de Enfermeras Americanas ANA encontró carencia de conocimiento hacia la indicación farmacológica, dosis, y esquema. En la actitud, las personas dirigen la mirada a la recuperación rápida, sin tomar en cuenta la resistencia que el medicamento pueda generar, y en la práctica se enfrenta otra problemática: la legislación exige receta médica para adquirir antibióticos, pero algunos los adquieren de otras formas, al margen del médico.

Es esencial concientizar al profesional de salud en formación, así como programas de educación continua en instituciones de salud hacia médicos y enfermeras que tienen contacto directo y continuo con pacientes, así como familiares.

En otros países se ha propuesto integrar en los programas educativos escolares conocimientos en el uso de agentes microbianos y la resistencia a ellos en los planes de estudio escolares, lo que también fomentará una mejor comprensión y concien-

ciación desde una edad temprana para lograr llegar a la comunidad por medios de comunicación pública o en programas de bienestar, en diversos ámbitos de la salud humana como expendios, farmacias y otros puntos consumidores.

En relación al papel de la enfermera posterior al conocimiento de la resistencia bacteriana y la exposición limitada de las enfermeras a la administración de antibióticos, su actitud cambió y pudieron apreciar su desempeño en la optimización del uso de antibióticos y las responsabilidades de administración percibidas como una extensión de su papel como defensor del paciente.

Si bien la falta de tiempo y el aumento de la carga de trabajo se citan comúnmente como barreras para la integración de la evidencia en la práctica, varios participantes no parecían percibir sus contribuciones a la administración de antibióticos como un trabajo adicional, sino más bien como una oportunidad para mejorar y agregar valor al trabajo que ya realizan. La contribución del aprendizaje disminuye la laguna en el conocimiento, lo que implica directamente en la percepción de susceptibilidad a la contaminación, comprometiendo la adhesión a las medidas preventivas.

El personal de enfermería es clave, y dentro de sus funciones está concientizar a la población sobre el seguimiento correcto de su medicación, en dosis y horarios, así como ayudar a la prevención de la resistencia microbiana y dar las pautas de prevención de contagio de padecimientos infecciosos.

Referencias

- Ammar J., Nageeb H., Abdelazim A., Obaida J., y Moyad S. (2019). Conocimiento, actitud y práctica del uso de antibióticos entre estudiantes universitarios: un estudio transversal en EAU. *BMC Public Health* 19, 518.
- Arredondo, A., & Amores, J. (2009). Enfermedades reemergentes: factores causales y vigilancia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 13(2) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200016&lng=es&tlng=e
- Cantero, León y Cols. (1998). En *Teoría general de las actitudes*; 118
- Cortes, J. A., Montenegro-Morillo L. (2018). Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de antibióticos en médicos colombianos. *Infectio*, 22(2), 94-98. <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v22n2/0123-9392-inf-22-02-00094.pdf>
- Eileen J. Carter E. J., Greendyke, W. G., Furuya, E. Y., Srinivasan, A., Shelley A. N., Bothra, A., Saiman L., Larson E. L. (2019). Explorando el papel de las enfermeras en adminis-

- tración de antibióticos: un estudio cualitativo multisitio de enfermeras y preventivos de infecciones. *Infect Control*, 46 (5), 492–497.
- Kershenobich, D. (2007). Enfermedades emergentes. Ponencia en el seminario El Ejercicio actual de la medicina: México UNAM. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/oct_01_ponencia.html
- Kuri-Morales P. A., Guzmán-Morales E., De La Paz-Nicolau E. y Salas-Fernández A. (2015). Enfermedades emergentes y reemergentes. *Gac Med Mex.*, 151, 674-680.
- McDonnell Norms Group. (2008) Antibiotic overuse: the influence of social norms. *JAMA CollSurg.*, 207 (2), 265-75.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). La contención de la resistencia a los antimicrobianos. Consultado en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s7922s/s7922s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). La resistencia a los antimicrobianos <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Datos recientes revelan los altos niveles de resistencia a los antibióticos en todo el mundo. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/antibiotic-resistance-found/es/>
- Pérez A. I. (2018). Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios Cumplimiento normativo en el control de la venta y la dispensación de antibióticos en farmacias y perspectivas en México en combate a la Resistencia Antimicrobiana (RAM) *Boletín CONAMED*
- Pinto, J., de Moura, Gir G. (2007). Conhecimento dos profissionais de enfermagem referente à resistencia bacteriana a múltiplas drogas. *Basil. Acta Paul Enferm.*, 20(3), 351-356. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026614018>
- Policy Alert (2019). Enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública. *Manual Policy Alert USA* Capítulo 6.
- Salmerón R., J., Iglesias, F. P., García D. P., Mateus S. H., Martínez M. F. (2013). Adaptação intercultural para português europeu do questionário ¿Conocimiento del Paciente sobre sus Medicamentos ¿(CPM-ES-ES). *Ciênc saúde coletiva*, 18(12), 3633-3644
- Scaiola G., Gualano M. R., Gili R., Masucci S., Bert F., Siliquini R. (2015). Antibiotic Use: A Cross-Sectional Survey Assessing the Knowledge, Attitudes and Practices amongst Students of a School of Medicine in Italy. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122476>.
- Tobón F. A. (2002). Estudio sobre automedicación en la universidad de Antioquia, Medellín. *IATREIA*, 15 (4). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/3963>
- Vera C., O. (2012). Normas y estrategias para el uso racional de antibióticos. *Rev. Méd. La Paz*, 18(1), 73-81. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v18n1/v18n1_a12.pdf



Intervenciones de enfermería en una adulta mayor hospitalizada con lesión medular

Karina Isabel Casco Gallardo*
María Eugenia Cervera Baas
Martín Pantoja Herrera
Ana Laura Carrillo Cervantes
María Magdalena Delabra Salinas

Introducción

La lesión medular (LM) se define como todo proceso patológico (conmoción, contusión, laceración, compresión o sección), de cualquier etiología (traumática y no traumática), que afecta la médula espinal, y puede causar alteraciones de la función neurológica por debajo de la lesión: motoras, sensitivas y autonómicas. Es una de las afecciones más graves y discapacitantes por las limitaciones y complicaciones de las actividades de la vida diaria y constituye un serio problema de salud pública (Henaó-Lema y Pérez-Parra, 2010). El portador de una lesión medular presenta pérdida de función motora de diferentes niveles y grados de extensión, disminución o pérdida de sensibilidad, disfunción vesical, intestinal y sexual; así como severas consecuencias psíquicas, sociales y económicas debido a su situación de discapacidad permanente e irreversible (Quintana, Sotomayor, Martínez y García, 2011).

La LM se clasifica mediante la escala internacional American Spinal Injury Association (ASIA). Esta describe el segmento medular más caudal con función neurológica motora y sensitiva preservada, en cada hemicuerpo, respectivamente. Esta escala distingue cinco grados de afectación neurológica, de los que C y D son los dos

* Autores de la Universidad Autónoma de Coahuila y el Instituto Nacional de Rehabilitación.

grados en los que hay una lesión incompleta con preservación sensitiva y también motora (Ortiz, Cano, Ortiz, & Gil, 2015).

Por otra parte, los pacientes que tienen este tipo de lesiones pasan por un periodo de parálisis flácida y pérdida completa de los reflejos por debajo del nivel de la lesión. En consecuencia, se pierden las funciones sensoriales y autónomas. Este periodo transitorio se denomina “shock espinal, neural o arreflexia”. Durante el mismo, los pacientes presentan una inflamación de la médula espinal, produciendo como consecuencia, alteraciones respiratorias (pudiendo necesitar en algunos casos ventilación asistida temporal), cardiológicas, digestivas y evacuatorias, entre otras (García y Cazalilla, 2015) que producen al año miles de víctimas; víctimas que mueren de inmediato, o que con un buen tratamiento en la primera hora tras el accidente pueden volver a casa, y víctimas que aun con estos cuidados mueren. La prevención de estos accidentes es importante, pero también la preparación del personal sanitario para asumir los cuidados que derivan de estos accidentes. El trabajo del personal sanitario móvil es fundamental para la supervivencia del paciente, pero una vez en el hospital, queda en nosotros una gran responsabilidad.

Planteamos aquí un caso clínico de una paciente joven con una fractura cervical a nivel C2 y fractura del fémur izquierdo. Le realizamos una valoración integral basándonos en el modelo de Virginia Henderson y encontramos tres necesidades alteradas: necesidad nutrición por presencia de vómitos, necesidad moverse y mantener la postura por inmovilización completa en cama y necesidad de sueño descanso por el dolor. Una vez encontradas las necesidades alteradas, hemos detectado los siguientes diagnósticos enfermeros nombrados por la taxonomía NANDA: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, y 00132 Dolor agudo. Con la ayuda de la taxonomía NIC y NOC realizamos un completo plan de cuidados. Al evaluar nuestro plan de cuidados, encontramos que hemos alcanzado los objetivos en dos de los tres diagnósticos que planteábamos, y en el otro, aunque no se consiguió el objetivo, se mejoró el estado de la paciente. Hemos decidido realizar este trabajo basándonos en un caso clínico para poder poner un ejemplo claro de cómo se realizan unos cuidados específicos y de una gran complejidad por ser paciente politraumatizado. Este trabajo hace hincapié en la importancia de los cuidados enfermeros y los problemas que pueden

evitarse al realizarlos correctamente (Garnica, & Cazalilla, 2015). Una vez pasado este periodo los músculos se vuelven espásticos y más tarde hiperrefléticos; en este momento se puede realizar una primera valoración del daño sufrido y las expectativas de recuperación. De igual forma, psicológicamente, en este primer momento el paciente se encuentra desorientado debido a la pérdida de la función corporal y a la incertidumbre de cómo puede influir ésta en su estilo de vida (López, 2002).

Desde un punto de vista holístico, la LM precisa de un tratamiento multidisciplinario que consta de prevención, cuidados prehospituarios, rehabilitación y seguimiento médico de por vida.

La adaptación a la discapacidad se convierte en un reto permanente, porque las actividades cotidianas como el baño, vestirse, la eliminación urinaria e intestinal y los traslados posteriores a la lesión requerirán de la ayuda de otras personas, de adaptaciones ambientales y del uso de equipos especiales para realizarlas, por lo cual es necesario que se comprendan las repercusiones de la lesión y desarrollen habilidades para alcanzar la máxima independencia (Sánchez, Hernández, Peralta, Rojano y Castañeda, 2010).

La rehabilitación de los pacientes con lesión medular está centrada en mantener un alto grado de independencia y evitar posibles complicaciones; la enfermera desempeña un papel primordial para el logro de los objetivos a través del fomento de las actividades de autocuidado y la educación del paciente y su familia (Cuapio, Hernández, García y Acosta, 2011), así, la finalidad del estudio fue analizar el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria de los pacientes con lesión medular y su relación con las intervenciones de enfermería. El estudio fue descriptivo, transversal y observacional; la muestra se integró por 28 pacientes con diagnóstico de lesión medular hospitalizados en el Servicio de Rehabilitación Neurológica. Para la recolección de datos se utilizó el Índice de Barthel que mide el nivel de independencia y para identificar las intervenciones de enfermería se revisaron las hojas de registros clínicos de enfermería. El análisis de resultados se realizó con estadística descriptiva. El nivel de independencia que presentaron más de la mitad de los pacientes fue severa, y en menor porcentaje dependencia total y moderada. Las actividades de la vida diaria dependientes fueron: escaleras, trasladarse, usar el retrete, vestirse, evacuación y lavarse; las enfermeras registraron el diagnóstico y las intervenciones

de estas actividades con porcentajes altos. Se observa una congruencia entre las actividades de la vida diaria con dependencia y los diagnósticos e intervenciones de enfermería. Los resultados muestran la relación existente entre la valoración, el diagnóstico y la ejecución como parte del proceso de enfermería. La rehabilitación es un proceso integral que tiene el propósito de capacitar a los individuos, familiares y cuidadores en el ajuste y afrontamiento de los nuevos cambios que se presentan como consecuencia de la discapacidad (física, mental, espiritual, social y económica). Es por ello que el proceso enfermero como método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente es, en este caso, la mejor manera de lograr estos objetivos.

Método

Estudio de caso, cualitativo, y descriptivo, en el que distinguimos las siguientes fases secuenciales:

1. Se realizó una valoración integral de enfermería a través de un interrogatorio utilizando una guía de entrevista que retoma los conceptos de la Teoría General del Déficit de Autocuidado, de Dorothea E. Orem, seguida de una exploración física cefalocaudal, ya que permiten la recogida exhaustiva de datos de las distintas áreas del paciente (biopsicosocial).
2. Revisión bibliográfica exhaustiva y actualizada sobre la taxonomía II de la North American Nurse Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC).
3. Se utilizaron las clases y dominios de la Taxonomía II NANDA, para enlazar los déficit de autocuidados con los diagnósticos de dicha taxonomía.
4. Planificación, ejecución y evaluación del proceso enfermero siguiendo la metodología de la NANDA, NOC y NIC.
5. Se realizó un plan de cuidados sobre los diagnósticos que consideramos más prioritarios en el momento.

Valoración de la paciente

Se presenta el caso de MLAC, una mujer de 80 años de edad, con diagnóstico de lesión medular escala A de ASIA, nivel neurológico T5, secundaria a destrucción vertebral T9, compresión en conducto medular. Postoperada de instrumentación posterior T7-T8, T11-T12 (5.05.2018), vejiga e intestino neurogénico quien acude al hospital por presentar incapacidad para la deambulacion con disminucion de la fuerza y sensibilidad progresiva de miembros pélvicos, iniciando en febrero del 2018, sin antecedente traumático y posterior a realizar flexión de cadera, refiere dolor de tipo punzante con un EVA 10/10, sin irradiación.

La paciente refirió que pudo conservar movilidad, pero al siguiente día al levantarse perdió la movilidad de extremidades inferiores, disminución de sensibilidad y pérdida del control de esfínteres. Acude a valoración médica con tratamiento conservador a base de analgésico y antiinflamatorio. Posteriormente le realizan estudios de radiografías y resonancia magnética donde se refiere destrucción vertebral a nivel de T7. Es intervenida quirúrgicamente PO fijación torácica T7-T12, el 5 mayo 2018 en medio privado por ya encontrarse instaurada la lesión medular desde febrero del 2018.

Es ingresada a la unidad de rehabilitación de un instituto al sur de la Ciudad de México, para un programa intensivo de dos semanas con los objetivos de: prevención y enseñanza a paciente y familiar de complicación de paciente con lesión medular completa torácica alta, potenciar fuerza muscular residual, entrenamiento de equilibrio de tronco, enseñanza de uso de silla de ruedas, enseñanza y manejo de vejiga e intestino neurogénico con valoración multidisciplinaria. Presentaba deficiencias del autocuidado para las actividades básicas de la vida diaria y una actividad física nula por la condición patológica que cursa.

Descripción de los factores condicionantes básicos

Originaria y residente de la Ciudad de México, con estado de desarrollo de adulto mayor, dedicada al hogar, carrera técnica de secretaria, católica, soltera, vive en departamento propio en planta baja, dependiente económicamente de pensión con ingresos mensuales aproximados de MX\$8 000 pesos, actualmente vive con herma-

na en departamento primer piso con dos escaleras con barandal y descanso central, acude al hospital llevada por un familiar en automóvil prestado, con viaje redondo de una hora, y gasto de 100 pesos. Hábitos higiénicos adecuados, hábitos alimenticios dos veces al día.

Antecedentes clínicos

Aparte de la lesión medular, padece hipertensión arterial de quince años de evolución, postoperada abordaje torácico posterior + laminectomía y corpectomía T7 + fijación posterior T7-T12 el día 5 de mayo 2018 y en el 2002 postoperada por un aneurisma cerebral con colocación de clip intracraneal. Como antecedente heredo-familiar la paciente refirió que su madre padecía hipertensión arterial.

Cálculo de la demanda de autocuidado

Requisitos de autocuidados universales:

Provisión de cuidados asociados con un proceso de eliminación urinaria e intestinal: Por la patología agregada (vejiga e intestino neurogénico) la paciente refiere pérdida del control de la vejiga (incontinencia urinaria), incapacidad para vaciar la vejiga y micciones frecuentes, así mismo, refiere estreñimiento (una deposición cada tres días) por lo cual se le indica masaje a marco cólico 20 minutos después de los alimentos en sentido de las manecillas del reloj, durante 10 minutos. Lo anterior se corrobora con los registros de enfermería, menciona sentirse avergonzada por la necesidad de usar pañal “como si fuera bebé”.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: La paciente al no ser capaz de deambular, se le indica alineación de segmentos y movilización en cama cada dos horas, procurar posición semifowler y sedestación, pasar por turno a reposet así mismo, se baja en silla convencional a realizar terapia física y ocupacional. Por las noches refiere mantener horas suficientes de sueño.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: al no deambular por su padecimiento, se encuentra en su unidad, con barandales en alto, se dan visitas frecuentes, se cambia constantemente de posición con apoyo de las enfer-

meras y del camillero. Además, la paciente se encuentra acompañada de un familiar o cuidador las 24 horas del día para vigilancia estrecha. Como medidas preventivas de delirium: mantenimiento de cortina de la habitación abierta y permitir entrada de luz solar, se mantuvo a la paciente despierta y activa durante el día evitando siestas, orientándola en tiempo, lugar y persona.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales: Durante su estancia hospitalaria, interactuó con todo el equipo de salud y con sus familiares o cuidadores, se va de alta a su domicilio para continuar con sus actividades de la manera más independiente posible.

Requisitos de autocuidados de alteración de la salud: Es consciente de su enfermedad y del peligro que conlleva, pero le da miedo afrontar su nueva vida con discapacidad. Esto le genera miedo e inseguridad. Los cambios en su estructura humana y en su vida diaria (hábitos) le provocan cierto grado de pérdida de interés por sí misma.

Este cambio en su estado de salud le conlleva una dependencia total de otros para las necesidades de la vida o bienestar, por lo que quiere aprender a ser lo más independiente posible, pues refiere nunca haber dependido de nadie.

Requisitos de autocuidados del desarrollo: Detención del desarrollo cognitivo, asociado con un cambio brusco en su estado de salud. Las etapas de desarrollo de la edad adulta no han sido adecuadas a su edad y estado de salud al referir hipertensión arterial sistémica de quince años de evolución.

Sistema de enfermería: Al ingreso, la paciente se encuentra en una situación que la hace totalmente dependiente del personal del hospital, así como de sus cuidadores, ya que requiere medidas de autocuidados muy específicas y especializadas, además de presentar un afrontamiento inefectivo ante su nueva vida por lo que el sistema de cuidado enfermero fue compensatorio total combinando el sistema de apoyo educativo. Al alta, el sistema fue parcialmente compensatorio y sistema de apoyo educativo.

Resultados

Una vez detectado y contextualizado el problema se identifican las siguientes etiquetas diagnósticas de acuerdo a la taxonomía de la North American Nursing Association (NANDA):

- 00085. Deterioro de la movilidad física;
- 00235. Estreñimiento funcional crónico,
- 00016. Deterioro de la eliminación urinaria,
- 00069. Afrontamiento ineficaz, y
- 00182. Disposición para mejorar el autocuidado.

En la Tabla 1 del Anexo quedan reflejados los diagnósticos de Enfermería (NANDA) (Herdman, 2017) identificados con sus respectivos resultados e intervenciones siguiendo las taxonomías NOC (Railton, 2014) y NIC (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2013).

Discusión

Una vez realizadas las intervenciones planificadas se resuelven los diagnósticos de:

- 00085. Deterioro de la movilidad física;
- 00235. Estreñimiento funcional crónico,
- 00016. Deterioro de la eliminación urinaria,
- 00069. Afrontamiento ineficaz, y
- 00182. Disposición para mejorar el autocuidado.

La evaluación y seguimiento se observó durante la estancia de la paciente en el hospital; las enfermeras siguieron estrechamente los cambios que se daban con las intervenciones aplicadas en conjunto con el equipo multidisciplinario.

Previo a su egreso, la paciente y su familiar recibieron un plan de alta de enfermería para el cuidado del paciente en el hogar que detalla las acciones de autocuidado que debe realizar en su domicilio, como cuidados a la piel, fomento a la realización de las actividades de la vida diaria, generalidades como los signos de alarma de acuerdo a su patología y las indicaciones específicas (según la patología del paciente) que no se encuentran en los apartados anteriores y que son de suma importancia que el paciente continúe realizando en su domicilio. Al alta de la paciente, se realizó

la evaluación del plan de cuidados mediante los indicadores de resultados, y observamos que éstos han mejorado significativamente.

Conclusión

La rehabilitación del paciente geriátrico con LM empieza desde la etapa aguda y es vista como parte del cuidado profesional de enfermería, la cual debe iniciarse desde el primer contacto que tiene el enfermero con el paciente; sus principios son básicos para el cuidado y la mejora, abordándolos desde una perspectiva preventiva y educativa dirigidos al paciente/cuidador/familia en la planificación e implementación de los cuidados. La aplicación de un plan de cuidados personalizado y con lenguaje estandarizado garantiza unos cuidados de calidad y una continuidad en ellos, mediante un lenguaje estandarizado (NANDA, NOC Y NIC) que ayuda a organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando la recogida de datos y la práctica enfermera con el objetivo de mejorar su autonomía y calidad de vida.

Bibliografía

- Bulechek G. M., Butcher H. K., Dochterman J. M. , W. C. (Ed.). (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* 6 ed. España: Elsevier.
- Cuapio, M. A., Hernández, S., García J., M. A., & Acosta Á., A. (2011). Nivel de independencia del paciente con lesión medular y su relación con las intervenciones de enfermería. *Enf Neurol (Mex)*, 10(2), 77–80.
- Garnica, M., & Casalilla, M. P. (2015). *Atención de enfermería en accidentes de tráfico a propósito de un caso clínico*. Jaén.
- Henao-Lema, C. P., & Pérez-Parra, J. E. (2010). Spinal Cord Injuries and Disabilities: A Review. *Aquichan*, 10(2), 157–172. <https://doi.org/10.5294/aqui.2010.10.2.5>
- Herdman, T. (2017). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. España: Elsevier.
- López, B. (2002). Atención de enfermería al lesionado medular fase aguda. En *Enfermería y lesionado medular. Un texto sencillo para un cuidado complejo* (pp. 55–75). Madrid, España: Servicios Corporativos Asepeyo.
- Ortiz-Zalama, A., Cano-de la Cuerda, R., Ortiz-Zalama, L. I., & Gil-Agudo, A. M. (2015). Nuevas tecnologías en la reeducación de la marcha en pacientes con lesión medu-

lar incompleta. Una revisión sistemática. *Rehabilitación*, 49(2), 90–101. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2014.09.001>

Quintana, A., Sotomayor, R., Martínez, M., & García, C. K. (2011). Lesiones medulares no traumáticas: etiología, demografía y clínica. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 28(4), 9–11. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000400010

Railton, J. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de resultados en salud*. En: S. Moorhead, M. Johnson, M. Maas, & E. Swanson, Eds. 5 ed. España: Elsevier.

Sánchez, P. N., Hernández, J., Peralta, J., Rojano, D., & Castañeda, R. (2010). Evaluación de la actividad y participación del paciente con lesión medular a través de un cuestionario basado en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). *Rev Mex Med Fis Rehab*, 22(4), 113–117.

Anexo

Tabla 1. Diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras
(Fuente: NANDA, NOC, NIC)

Deterioro de la movilidad física	Diagnósticos (NANDA)	<p style="text-align: center;">00085. Deterioro de la movilidad física</p> <p>Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p>–Relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por disminución de amplitud de movimientos e inestabilidad postural.</p>
	Resultados (NOC)	<p style="text-align: center;">1308. Adaptación a la discapacidad física</p> <p>Definición: Acciones personales para adaptarse a un problema funcional importante debido a una discapacidad física.</p> <p>Indicadores:</p> <p>–Se adapta a las limitaciones funcionales. A (1). D (5)</p> <p>–Identifica maneras para aumentar la sensación de control. A (1). D (4).</p> <p>–Identifica el riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad. A (1). D (5).</p> <p style="text-align: center;">0201. Ambular: silla de ruedas</p> <p>Definición: Acciones personales para moverse de un sitio a otro en una silla de ruedas.</p> <p>Indicadores:</p> <p>–020101. Se traslada de y hacia la silla de ruedas. A (1) D (4)</p> <p>–020102. Impulsa la silla de ruedas con seguridad. A (1). D (4).</p>

A: Antes de la intervención; D: después de la intervención.

Deterioro de la movilidad física	Intervenciones (NIC)	<p align="center">1806. Ayuda con el autocuidado: Transferencia</p> <p>Definición: Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar la ubicación del cuerpo</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente. - Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia. - Enseñar al individuo las técnicas de traslado de una zona a otra (p. ej., de la cama a la silla, de la silla de ruedas al vehículo).
		<p align="center">5620. Enseñanza: Habilidad psicomotora</p> <p>Definición: Preparación de un paciente para que practique una técnica psicomotora</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las necesidades de aprendizaje del paciente. - Determinar la disposición del paciente a aprender. - Establecer el nivel de capacidad del paciente a la hora de realizar la técnica. - Ajustar la metodología de enseñanza para adaptarla a la edad y aptitud del paciente, según se precise.
		<p align="center">0970. Transferencia</p> <p>Definición: Traslado de un paciente con limitación del movimiento independiente.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de movilidad y las limitaciones del movimiento. - Determinar el nivel de consciencia y la capacidad de colaborar. - Planear el tipo y método de movimiento. - Determinar la cantidad y tipo de asistencia necesaria. - Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo.
Estreñimiento funcional crónico	Diagnósticos (NANDA)	<p align="center">00235. Estreñimiento funcional crónico</p> <p>Definición: Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionado con lesión de médula espinal manifestado por abdomen distendido y menor a tres evacuaciones por semana.
	Resultados (NOC)	<p align="center">0501. Eliminación intestinal</p> <p>Definición: Formación y evacuación de heces</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 050102. Control de movimientos intestinales. A. (1) D (4) - 050112. Facilidad en la eliminación de las heces. A (1) D (4) - 050121. Eliminación fecal sin ayuda. A (1) D (3) <p align="right">A: Antes de la intervención; D: después de la intervención.</p>

Estreñimiento funcional crónico	Intervenciones (NIC)	<p align="center">0450. Manejo del estreñimiento/Impactación fecal</p> <p align="center">Definición: Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. - Explicar al paciente la etiología del problema y las razones de las actuaciones. - Vigilar la existencia de peristaltismo. - Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo
		<p align="center">0440. Entrenamiento intestinal</p> <p align="center">Definición: Ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas. - Consultar al médico y al paciente respecto al uso de supositorios. - Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. - Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal. - Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
		<p align="center">2304. Administración de medicación: oral</p> <p align="center">Definición: Preparación y administración de medicamentos por la boca</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguir los cinco principios de la administración de medicación. - Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente. - Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente. - Determinar cualquier contraindicación del paciente que recibe medicación oral (p. ej., dificultades para la deglución, náuseas/vómitos, inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente, conectado a aspiración gástrica, dieta absoluta, disminución del nivel de consciencia). - Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones de los fármacos
Deterioro de la eliminación urinaria	Diagnósticos (NANDA)	<p align="center">00016. Deterioro de la eliminación urinaria</p> <p align="center">Definición: Disfunción en la eliminación urinaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionado con deterioro sensitivo/motor manifestado por incontinencia urinaria y micciones frecuentes.
	Resultados (NOC)	<p align="center">0503. Eliminación urinaria</p> <p>Definición: Recogida y eliminación de la orina.</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - 050301. Patrón de eliminación. A (1) D (4). - 050331. Micción frecuente. A (1) D (5). - 050336. Incontinencia funcional. A (1) D (4). <p align="right">A: Antes de la intervención; D: después de la intervención.</p>
	Intervenciones (NIC)	<p align="center">0610 Cuidados de la incontinencia urinaria</p> <p align="center">Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones. - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. - Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia. - Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis y el patrón miccional, según corresponda. - Monitorizar las entradas y salidas. - Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.

		<p style="text-align: center;">0600 Entrenamiento del hábito urinario</p> <p>Definición: Establecer un patrón miccional predecible para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llevar un registro de especificación de continencia durante tres días para establecer el patrón de eliminación urinaria. - Establecer un intervalo inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse). - Establecer un intervalo de tiempo para ir al baño preferiblemente no inferior a dos horas. - Comentar el registro diario de continencia con el personal para dar seguridad y fomentar el cumplimiento con el programa de ir al baño. - Mantener el programa de ir al baño para ayudar a establecer y mantener el hábito miccional. - Realizar una retroalimentación positiva o refuerzo positivo (5 minutos de conversación social) al paciente cuando miccione en los momentos programados y no realizar ningún comentario cuando el paciente presente incontinencia.
Afrontamiento ineficaz	Diagnósticos (NANDA)	<p style="text-align: center;">00069. Afrontamiento ineficaz</p> <p>Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionado con confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación Manifestado por Incapacidad para manejar la situación e incapacidad para satisfacer las necesidades básicas
	Resultados (NOC)	<p style="text-align: center;">1302. Afrontamiento de problemas</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 130203. Verbaliza sensación de control. A (1). D (4) - 130205. Verbaliza aceptación de la situación. A (1). D (5) - 130208. Se adapta a los cambios en desarrollo A (2). D (5). <p style="text-align: right;">A: Antes de la intervención; D: después de la intervención.</p>
Afrontamiento ineficaz	Intervenciones (NIC)	<p style="text-align: center;">5270. Apoyo emocional</p> <p>Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
	Intervenciones (NIC)	<p style="text-align: center;">5230. Mejorar el afrontamiento</p> <p>Definición: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. - Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables. - Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes <p style="text-align: center;">5395. Mejora de la autoconfianza</p>

		<p>Definición: Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los obstáculos al cambio de conducta. - Proporcionar información sobre la conducta deseada. - Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta. - Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción 		
Disposición para mejorar el autocuidado	Intervenciones (NIC)	<p style="text-align: center;">5240. Asesoramiento</p> <p>Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demostrar empatía, calidez y sinceridad. - Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento. - Establecer metas. - Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad. - Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda. - Favorecer la expresión de sentimientos y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales <p style="text-align: center;">5326. Potenciación de las aptitudes para la vida diaria</p> <p>Definición: Desarrollar la capacidad del individuo para afrontar de forma independiente y eficaz las exigencias y dificultades de la vida diaria</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las necesidades de aprendizaje de habilidades para la vida diaria del paciente, familia, grupo o comunidad. - Evaluar el nivel educativo del paciente. - Determinar el nivel de conocimiento de la habilidad para la vida diaria - Ayudar al paciente a resolver los problemas de manera constructiva. - Enseñar al paciente cómo manejar el conflicto, si es necesario. - Enseñar al paciente a establecer prioridades y tomar decisiones. <p style="text-align: center;">5210. Orientación anticipatoria</p> <p>Definición: Preparación del paciente para una futura crisis del desarrollo y/o circunstancial.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis del desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar. - Enseñar acerca del desarrollo y comportamiento normales, según corresponda. - Proporcionar información sobre expectativas realistas relacionadas con el comportamiento del paciente. - Determinar los métodos habituales de solución de problemas del paciente. - Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema. - . 		
		Disposición para mejorar...	Intervenciones (NIC)	<p style="text-align: center;">7370. Planificación para el alta</p> <p>Definición: Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente/familiar/allegados a prepararse para el alta. - Determinar las capacidades del paciente para el alta. - Colaborar con el médico, paciente/familiar/allegado y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. - Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna. - Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. - Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta



Intervención de enfermería sobre capacidades de autocuidado de adultos mayores con diabetes mellitus 2

Luz Elena Rodríguez Mejía*
María Magdalena Delabra Salinas
Alejandro Morales Jinez
Alicia Ugarte Esquivel
Francisco Javier López Rincón

Introducción

Las personas adultas mayores (AM) con Diabetes Mellitus tipo (DM2) deben conocer las características de su enfermedad, así como sus complicaciones y cómo prevenirlas (López, Hernández, Betancourt & Blanco, 2010).

Es importante la participación del personal de enfermería para capacitar a los AM sobre los cuidados necesarios para evitar complicaciones. En enfermería, el concepto de autocuidado fue introducido por la Teoría general de Enfermería, de Dorothea Orem, que enuncia tres teorías: Teoría de sistemas enfermeros, Teoría de déficit de autocuidado y Teoría de autocuidado, dentro de los Sistemas enfermeros básicos comprende el apoyo educativo, en donde señala que enfermería formula el adiestramiento y desarrollo de la acción de autocuidado que cumple el paciente (Marriner & Raile, 2007).

Ávila, Meza, Frías, Sánchez, Vega, y Hernández (2006), mencionan que el apoyo educativo de enfermería se aplica cuando el paciente necesita ayuda en la adquisición de habilidades, promocionando el autocuidado. Los profesionales de enfermería disponen de catálogos codificados de diagnósticos propios de enfermería, que

* Autores de la Universidad Autónoma de Coahuila.

determinan un proceso de toma de decisiones, además de proyectar un resultado deseado y escoger intervenciones para conseguir el resultado esperado en el ámbito del proceso enfermero (Johnson et al., 2007).

Los AM precisan ser concientizados de llevar un autocuidado adecuado para evitar complicaciones tales como pie diabético, alteraciones de la glucosa en sangre y enfermedades de las encías o enfermedad periodontal.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011), la DM2, también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, "es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce".

Es uno de los padecimientos más prevalentes en los AM, debido al incremento de la esperanza de vida de la población general, una mayor sobrevivencia de las personas con diabetes y más ocurrencia de ésta como efecto de cambios en el estilo de vida, afecta a la población mundial y constituye una importante causa de morbilidad, invalidez y mortalidad (Diez, 2006; Sanzana, 2009). En México, en 2006, la prevalencia de la DM2 fue de 46.8 % en AM de 60 a 69 años, y 21 % en mayores de 70 años (Mehta, Moral & Aguilar, 2010).

Según el Programa Nacional de Salud 2007-2012 [PNS] (Secretaría de Salud [SS], 2007) de México, la DM2 es una enfermedad de muy alta prevalencia y es el mayor reto que enfrenta el sistema de salud del país. Gack, Souza y Machado (2009) precisan que el inadecuado control de la enfermedad afecta la calidad de vida de los pacientes pues provoca daños micro y macrovasculares que conducen a disfunción o inutilidad de diversos órganos.

De acuerdo al PNS, la DM2 es causa principal de amputación de miembros inferiores por causa no traumática, como consecuencia del llamado pie diabético (SS, 2007). El pie diabético es considerado como una anomalía clínica de causa neuropática, provocada por la hiperglucemia mantenida, en la que puede aparecer la isquemia y previo a contusión, aparece la lesión o úlcera del pie. El pie diabético afecta la calidad de vida de los AM pues supone una fuente de discapacidad grave, además de un costo económico importante a los sistemas de salud (Martínez & Pascual, 2009). Catalá (2009) determina que la práctica de estrategias educativas dirigidas

al control de los factores de riesgo de esta afección puede prevenirla, y por tanto, reducir los daños causados por ella en la salud de los AM con DM2.

Jurado, Caula, Hernández, Juvinya y Pou (2009), puntualizan que para prevenir complicaciones crónicas en la DM2 es preciso mantener los índices metabólicos en límites normales a lo largo de los años. Un marcador es el automonitoreo utilizado para valorar el control de la glucosa sanguínea en ayuno, la cual puede mostrar la presencia de una hipo o hiperglucemia. El automonitoreo de la glucemia es uno de los parámetros fundamentales en la vigilancia y control metabólico de la DM2 y permite a la persona examinar su glucosa en cualquier momento (Alinest, Gómez & Chacín, 2008).

Estudios sugieren que la enfermedad periodontal asociada con diabetes está relacionada fisiopatológicamente con complicaciones macrovasculares (Hernández, 2011). Existe precisa relación entre la DM2 y la salud bucal. La diabetes no controlada empeora los síntomas de las enfermedades gingivales y periodontales, y éstas a su vez, mal tratadas o sin tratamiento, aumentan los niveles de glucosa (Ministerio de Salud, 2007). Esto debido a la producción de citocinas liberadas por un proceso inflamatorio leve, que hace un efecto nocivo sobre la acción específica de la insulina, y a su vez estas infecciones interfieren en el control metabólico de las personas con DM2 (Linares, González & Rodríguez, 2008).

Estudios demuestran que los pacientes con DM2 tienen peor higiene oral que las personas sin diabetes, por lo que conviene concientizar a los AM de la importancia que tiene la salud bucal en su salud general (Cepero, Pérez, Sánchez & Rodríguez, 2017).

Las capacidades de autocuidado resultan fundamentales en las personas que tienen DM2 para mantener y mejorar su salud, y representan un reto para el individuo que la sobrelleva y también para el profesional de la salud; son los enfermeros, como promotores de la salud, quienes pueden facilitar la adquisición de estas habilidades y contribuir al mantenimiento y mejoría de la salud del individuo (Compeán, Gallegos, González & Gómez, 2010).

Según la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus (NOM-015-SSA2-2010), dentro del plan de manejo no farmacológico de la DM2 incluye la prevención de complicaciones entre las que desta-

can prevención del pie diabético y el automonitoreo de glucemia. La Norma Oficial Mexicana (NOM-013-SSA2-2006), para la prevención y control de enfermedades bucales establece que se debe indicar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo.

En México, la Comisión Permanente de Enfermería o CPE (SS, 2011), desarrolla una propuesta de implementación de Planes de Cuidados de Enfermería «PLACE», descrita como una herramienta que comunica la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación considerando la integración de la North American Nursing Diagnosis Association [NANDA], para la elaboración de etiquetas diagnósticas, Nursing Outcomes Classification [NOC], para la obtención de resultados y evaluación de éstos, y, Nursing Interventions Classification [NIC], para la construcción de intervenciones de enfermería (SS, CPE, 2011).

Para seguir un modelo de cuidados se desarrolló un PLACE conforme al Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería [LGPEPCE] (SS, CPE, 2011) basado en la identificación de respuestas humanas a los problemas de salud de los AM con DM2 referentes a la prevención de pie diabético, prevención de alteraciones en la glucosa y prevención de enfermedades o infecciones en las encías.

Inicialmente y considerando la introducción del AM con DM2 en el grado de responsabilidad respecto a su enfermedad se eligió el diagnóstico enfermero “(00126) conocimientos deficientes”(Diabetes) , y entre los factores relacionados se optó por “Falta de exposición del tema, mala interpretación de la información, falta de interés en el aprendizaje, poca familiaridad con los recursos para obtener información” y entre las características definitorias “Seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamientos inapropiados (p. ej. apatía), verbalización del problema” (NANDA, 2010).

Para la prevención del pie diabético, se seleccionó el diagnóstico enfermero “(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” y como factores relacionados: “Deterioro del estado metabólico (hiperglucemia), deterioro de la circulación, deterioro de la sensibilidad, factores mecánicos (presión, fuerzas de cizallamiento)” (NANDA, 2010).

Para guía de prevención de alteraciones de la glucosa en sangre se escogió el diagnóstico enfermero “(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable” y los factores relacionados “Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes, falta o monitorización inadecuada de la glucemia, falta de adhesión al plan terapéutico” (NANDA, 2010).

Y para la prevención de enfermedades o infecciones en las encías se consideró de la NANDA (2010), el diagnóstico enfermero “(00126) Conocimientos deficientes (Efectos de una enfermedad o infección en las encías en personas con diabetes)” y los factores relacionados “Falta de exposición del tema, mala interpretación de la información, falta de interés en el aprendizaje, poca familiaridad con los recursos para obtener información” las características definitorias “Seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamientos inapropiados (p. ej. apatía), verbalización del problema”.

La prevención o corrección de problemas promoviendo el autocuidado a través de medidas asistenciales, es pieza integral en los servicios de atención de las personas AM con DM2. El presente este estudio busca mejorar las capacidades de autocuidado de las personas AM con DM2, mediante la aplicación de una intervención de enfermería en una comunidad, en la cual ofrece capacitación para un adecuado autocontrol de la diabetes y prácticas preventivas de cuidado de los pies, el automonitoreo por medio del procedimiento correcto de obtención de valores de glicemia capilar con glucómetros digitales, además de una adecuada higiene bucal para la prevención de enfermedades o infecciones en las encías.

Hipótesis

Como hipótesis general se planteó que la intervención de enfermería mejora las capacidades de autocuidado de los AM con DM2 y específicamente:

- Mejora las capacidades de autocuidado sobre conocimiento de la diabetes de los AM con DM2.
- Mejora las capacidades de autocuidado para prevenir pie diabético de los AM con DM2.
- Mejora las capacidades de autocuidado sobre automonitoreo de glicemia capilar con glucómetros digitales de los AM con DM2.

- Mejora las capacidades de autocuidado para prevenir enfermedades o infecciones en las encías de los AM con DM2.

Metodología

El diseño fue cuasiexperimental ya que se manipuló la variable independiente: intervención de enfermería para analizar las consecuencias (Polit & Hungler, 2000) y se formaron dos grupos: uno de control (o de comparación) y otro experimental (o de intervención) de dos comunidades parroquiales, los cuales recibieron diferente tratamiento.

Se estudió una población de comunidades con características similares, conformada por personas AM con DM2 de dos comunidades. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, pues se determinó una muestra de personas con características determinadas: AM con DM2 que asistieron al llamado y cumplieron los criterios de inclusión y que desearon participar en el estudio. La muestra fue de 21 personas AM, ocho en el grupo de control y trece en el grupo experimental.

Los criterios de inclusión establecidos para los participantes del estudio fueron adultos de 60 a 80 años de edad, con Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada por lo menos hace dos años, que sepan leer y escribir, que acepten participar en el estudio y sin deterioro cognitivo Test Minimental State Examination MMSE35 (Llamas, Llorrente, & Bermejo, 2015) mínimo 26 puntos.

Se elaboró una ficha de recogida de datos (FRD) que se divide en dos secciones: la primera registra datos generales: folio, dirección, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad; la segunda sección, el tipo de diabetes 1 o 2 y los años de evolución, tratamiento actual y el registro de la dependencia en la que tiene servicio médico.

Instrumentos de valoración PLACE

Instrumentos Planes de Cuidados de Enfermería «PLACE» creado sobre el LGEPCE (SS, CPE, 2011), que midieron las intervenciones por medio de una escala de Likert guiados por elementos previamente planeados (Tabla 1), denominados para su análisis en: Capacidades de autocuidado sobre conocimiento de diabetes (“Conocimientos

deficientes sobre la enfermedad” (DM2); Capacidades de autocuidado para la prevención de pie diabético (“Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (pie diabético)”); Capacidades de autocuidado para automonitoreo de la glucemia (“Riesgo de nivel de glucemia inestable”) y; Capacidades de autocuidado en la prevención de enfermedades o infecciones en las encías (“Conocimientos deficientes de los efectos de una enfermedad o infección de las encías en personas con diabetes”).

Tabla 1. Elementos PLACE

Diagnóstico de Enfermería NANDA	Intervenciones NIC	Resultado NOC	Indicadores NOC	Puntuación Diana NOC (mín-máx)
Conocimientos deficientes sobre enfermedad (DM2)	1	1	2	2-10
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	3	2	3	3-15
Riesgo de nivel de glucemia inestable	1	1	1	1-5
Conocimientos deficientes de los efectos de una enfermedad o infección de las encías	1	2	5	5-25
Total	6	6	11	11-55

Nota: NANDA = North American Nursing Diagnosis Association; NIC = Nursing Interventions Classification; NOC = Nursing Outcomes Classification. Hecho con base al Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (la puntuación Diana es la suma de puntos evaluados en las escalas de medición que determinan el resultado esperado, siendo el objetivo mantenerla e idealmente aumentarla (SS, CPE, 2011).

Capacidades de autocuidado sobre conocimiento de diabetes

Para medir capacidades de autocuidado sobre conocimientos de la diabetes, se utilizó un instrumento diseñado para este estudio que comprendió el diagnóstico de enfermería “Conocimientos deficientes sobre la diabetes”, con el resultado “Desarrolla conocimiento para el control de la diabetes” y los indicadores “Conoce las causas y factores contribuyentes para el desarrollo de la diabetes y complicaciones” y “Reconoce los beneficios de mantener el control de la diabetes”. Cada indicador tiene una escala de medición de resultados: 1. Ningún conocimiento, 2. Conocimiento escaso, 3. Conocimiento moderado, 4. Conocimiento sustancial, y 5. Conocimiento extenso, implicando una puntuación Diana mínima 2 y máxima 10.

Capacidades de autocuidado para la prevención de pie diabético

Para medir capacidades de autocuidado para prevenir pie diabético se utilizó un instrumento que contiene el Diagnóstico de Enfermería “Riesgo de deterioro de integridad cutánea” con el siguiente resultado: “Detección del riesgo de pie diabético” Los indicadores son: “Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos” e “Identifica los posibles riesgos para la salud”. Otro resultado esperado es “Demuestra autocontrol de la diabetes en el cuidado de los pies” y el indicador es “Sigue prácticas preventivas de cuidado de los pies. La escala de medición de cada indicador es: 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, y 5. Siempre demostrado, lo que equivale a una puntuación Diana máxima de 15 y mínima de 3.

Capacidades de autocuidado para automonitoreo de la glucemia capilar.

Para las capacidades de autocuidado sobre automonitoreo de la glicemia capilar se manejó el instrumento que contiene el Diagnóstico de Enfermería: “Riesgo de nivel de glucemia inestable” empleando como resultado esperado: “Asimila autocontrol de diabetes en la monitorización de la glucemia”. Los indicadores son: “Demuestra el procedimiento correcto para el control de glucosa en sangre” La escala de medición es: 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, y 5. Siempre demostrado, cuya puntuación Diana corresponde máximo 5 y mínimo 1.

Capacidades de autocuidado en la prevención de enfermedades o infecciones en las encías

Para medir las capacidades de autocuidado para prevenir enfermedades o infecciones en las encías se aplicó un instrumento que contiene el diagnóstico de enfermería: “Conocimientos deficientes de los efectos de una enfermedad o infección de las encías en personas con diabetes” recurriendo al resultado esperado: “Adquiere conocimientos para el control de la diabetes de los efectos de una enfermedad o infección en las encías en las personas con diabetes” con el siguiente indicador: “Advierte el impacto de una enfermedad o infección aguda de las encías sobre la glu-

cemia” con la escala de medición: 1. Ningún conocimiento, 2. Conocimiento escaso, 3. Conocimiento moderado, 4. Conocimiento sustancial, y 5. Conocimiento extenso, con una puntuación Diana máxima de 5 y mínima de 1. Otro resultado es “Autocuidados: higiene bucal”, con los siguientes indicadores: Se cepilla los dientes, Utiliza seda dental, Se lava la boca, las encías y la lengua, Limpia la dentadura postiza o las prótesis dentales, y Acude al dentista regularmente, y la escala de medición de cada indicador se clasifica en: 1. gravemente comprometido, 2. sustancialmente comprometido, 3. moderadamente comprometido, 4. levemente comprometido, y 5. no comprometido, sumando un total de puntuación Diana de 25 puntos máximo y 5 puntos mínimo.

Características de la intervención

En este estudio, los dos grupos participantes se sometieron a las mismas condiciones de forma, los dos grupos asistieron a seis sesiones educativas una vez por semana, en un mismo horario, el mismo tiempo de duración (noventa minutos), y se proporcionó al grupo experimental productos básicos para cuidado personal alusivos al tema expuesto (sustitutos de azúcar, crema para pies, espejos con aumento, limas de cartón para uñas, toallas para pies, cepillo de dientes e hilo dental). Al grupo de control para igualar condiciones se les proporcionó: sustituto de azúcar, crema lubricante corporal, calcetines y medias, y alimentos permitidos.

En el grupo de control se trataron temas sobre la diabetes con folletos de información pública, utilizando técnica de lectura comentada y diálogo simultáneo entre los participantes, además se realizaron procedimientos de toma de glucemia capilar y toma de presión arterial.

En la primera sesión se aplicaron instrumentos de valoración y se trató el primer tema: “Alimentación en la DM2”; en la segunda sesión se continuó con el tema de “Alimentos sugeridos en la DM2”; en la tercera sesión se trató el tema “Signos y síntomas de hipoglucemia” y se repartió un folleto a cada uno de los participantes; la cuarta sesión estudió la “Actividad física en las personas con DM2” obtenida de un folleto de instituciones públicas; la quinta sesión se habló de la “Depresión en AM que viven con DM” y en la sexta sesión se realizó un repaso de lo visto en todas las

sesiones, se realizó la segunda aplicación de instrumentos de medición. Después de sesenta días se realizó una tercera y última aplicación de instrumentos.

Para el grupo experimental se preparó un plan con base a la intervenciones de enfermería NIC (Bulechek, Butcher & McCloskey, 2010) trazadas en el PLACE elaborado para este fin. Las estrategias educativas comprendieron: exposiciones, diálogo simultáneo, mesa redonda, técnicas demostrativas y tareas cada semana recomendadas y programadas en un manual previamente diseñado para el participante. Cada sesión incluyó objetivos, estrategias y métodos, contenido y actividades para los AM. Previo al inicio de programa se realizó la primera aplicación de instrumentos y después se les proporcionó un manual del participante para revisar los temas y llevar tarea a casa. Los temas teórico-prácticos basados en el NIC (Bulechet, Butcher & McCloskey, 2010) fueron en la primera sesión: “Qué es la DM?, y “¿quiénes pueden tener DM2?” (5602 Enseñanza proceso enfermedad); en la segunda sesión: “¿Qué tanto sabes del pie diabético?” (6610 Identificación de riesgos), “¿se puede prevenir el pie diabético?” (5603 Enseñanza cuidados de los pies); en la tercera sesión se estudió: “Cuida tus pies” (1660 Cuidados de los pies); en la cuarta sesión se habló de: “¿Cómo checar tu azúcar en sangre? (5618 enseñanza: procedimiento); en la quinta sesión se trató el tema “La diabetes y la salud bucal” “(5602 Enseñanza proceso enfermedad), y “¿cómo puedo prevenir las enfermedades de mis dientes y mis encías?” (1720 Fomentar la salud bucal); en la sexta y última sesión se realizó la segunda aplicación de instrumentos y en una segunda parte se retroalimentó con un repaso de todos los temas vistos. Sesenta días después se realizó la última medición. Cabe destacar que se realizó a manera de táctica para que los AM practicara el procedimiento de automonitoreo de la glucemia capilar, dejando tres glucómetros en puntos estratégicos, cerca de domicilios, para los AM que no contaban con glucómetro en su casa.

Análisis de datos

Se efectuó estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes; medidas de tendencia central: media, mediana y medidas de dispersión: desviación estándar. Para las variables que demandaron sumatoria se convirtieron en índices para homologar las escalas entre valores que oscilan de 0 a 100 y para efecto de comparación entre los grupos, en tablas.

Para probar hipótesis se realizó estadística inferencial utilizando las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney para dos muestras independientes (intergrupales) ya que se compararon las diferencias entre los grupos de control y experimental y la prueba de Wilcoxon para contrastar las diferencias entre las tres muestras de datos medidas: basal, final, y de seguimiento (intragrupal) (Pardo & Ruíz, 2002).

Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS (Software Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows.

Resultados

De los participantes iniciales, desertaron cuatro del grupo experimental, por lo que al final la muestra fue de 17 AM, divididos en dos grupos, de control (8) y experimental (9). La Tabla 2 muestra las características sociodemográficas de los participantes de ambos grupos de estudio.

Tabla 2. Características sociodemográficas

Variables		G. Control		G. Exp.		Total	
Variable cuantitativa		\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE (Min-Max)
Edad		66.0	7.38	69.4	3.0	67.8	5.6 60-80
Variables	Categoría	f	%	f	%	f	%
Sexo	Femenino	7	87.5	7	77.8	14	87.4
	Masculino	1	12.5	2	22.2	3	17.6
Estado civil	Casado	3	37.5	5	55.6	8	47.1
	Viudo	3	37.5	3	33.3	6	35.3
	Separado	1	12.5	1	11.1	2	11.8
	Soltero	1	12.5	-	-	1	5.9
Ocupación	Ama de casa	4	50	7	77.8	11	64.7
	Empleado	3	37.5	-	-	3	17.6
	Jubilado	1	12.5	2	22.2	3	17.6
Escolaridad	Primaria incompleta	4	50	3	33.3	7	41.2
	Primaria completa	1	12.5	4	44.4	5	29.4
	Secundaria	1	12.5	2	22.2	3	17.6
	Preparatoria	1	12.5	-	-	1	5.9
	Universidad	1	12.5	-	-	1	5.9

Nota: \bar{X} = media; DE = desviación estándar; f = frecuencia; % = porcentaje

La puntuación de la prueba del estado mental (rango de puntuación 0-35 puntos) en el grupo de control obtuvo un promedio de 31.13 ± 2.29 y en el experimental de 31.78 ± 1.39 , que determinó el criterio de inclusión al estudio de los AM con DM2, pues obtuvieron puntuación mayor de 24 (punto de corte).

Al analizar los resultados de ambos grupos se observó que el promedio de edad fue de 67.8 ± 5.6 , predominó el sexo femenino (87.4%). Con respecto al estado civil prevaleció el ser casado (47.1%); en cuanto a la ocupación sobresalió ser ama de casa (70.6%) y en la escolaridad destacó la primaria incompleta (41.2%).

Se evaluaron algunas variables clínicas de la enfermedad como el tiempo de evolución de la diabetes y tratamiento utilizado, así como la apreciación del estado cognitivo, que fue criterio de inclusión para el estudio.

En los años de evolución de la diabetes, en el grupo de control se encontró un valor mínimo de dos años y un máximo de veinte años, con una media de 9.88 ± 6.28 y en el grupo experimental, un mínimo de dos años y máximo 22 años, media de 10.44 ± 7.90 .

En el tratamiento utilizado para la diabetes se apreció predominio en el consumo de antidiabéticos orales en ambos grupos, en cambio, sólo el grupo experimental manejó la aplicación de insulina. En los dos grupos participaron AM con tratamiento no farmacológico, es decir, tratamiento a base de dieta y actividad física (Tabla 3).

Tabla 3. Tratamiento utilizado por los AM con DM2

Tratamiento	G. control		G.experimental	
	f	%	f	%
Insulina	-	-	2	22.2
Antidiabéticos orales	7	87.5	6	66.7
No farmacológico	1	12.5	1	11.1
Total	8	100.0	9	100.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje. Tomado de FRD.

El servicio médico es otorgado al 100% de los participantes, que son atendidos en instituciones públicas de salud.

Estadística inferencial

Para saber si la intervención de enfermería mejora las capacidades de autocuidado sobre conocimiento de la diabetes de los AM con DM2, se compararon los índices de las puntuaciones Dianas provenientes de las mediciones basal, final y de seguimiento de los resultados de las intervenciones para el diagnóstico de enfermería “Conocimiento deficiente sobre la diabetes” de los grupos de control y experimental, evidenciando diferencias significativas en las mediciones basal y final (Tabla 4). Se

observó un aumento en el desarrollo de conocimiento de la diabetes en el grupo experimental a partir de haber recibido la información sobre el tema y se mantiene hasta la medición de seguimiento.

En la comparación intragrupal el grupo de control (Tabla 5) y el grupo experimental, no se encontraron diferencias entre las mediciones del grupo de control. En el grupo experimental se observan diferencias entre las mediciones basal y final, entre la final y de seguimiento, y basal y de seguimiento, lo que admite que hubo mejoría en las capacidades de autocuidado sobre el conocimiento de la diabetes.

Tabla 4. Contraste entre grupos de control y experimental en las capacidades de autocuidado sobre conocimiento de la diabetes

Variable	Medición	Contraste	\bar{X}	Mdn	DE	RP	U	p
Conocimientos deficientes sobre la diabetes	1	Control	34.37	43.75	23.85	8.13	29.00	.493
		Experimental	47.22	37.50	28.48	9.78		
	2	Control	42.18	50.00	16.28	5.56	8.50	.007
		Experimental	72.22	75.00	18.51	12.06		
	3	Control	53.12	56.25	27.34	5.38	7.00	.004
		Experimental	93.05	100.0	11.02	12.22		

Nota: RP= Rango Promedio; U = Mann-Whitney; p = Nivel de significancia 1 = Medición basal, 2 = Medición final, 3 = Medición Seguimiento. Tomado de resultados de EECAAD2

Tabla 5. Comparación intragrupal en las capacidades de autocuidado sobre conocimiento de la diabetes

Grupo control Variable	Basal			Final			Seguimiento			Wilcoxon	
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	Z	p
Conocimientos deficientes sobre la diabetes	34.37	43.75	23.85	42.18	50.00	16.28				-0.64	.518
				42.18	50.00	16.28	53.12	56.25	27.34	-0.73	.461
	34.37	43.75	23.85				53.12	56.25	27.34	-1.5	.121

Nota: Tomado de resultados de CACD.

Grupo experimental Variable	Basal			Final			Seguimiento			Wilcoxon	
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	Z	p
Conocimientos deficientes sobre la diabetes	47.22	37.50	28.48	72.22	75.00	18.51				-2.2	.024
				72.22	75.00	18.51	93.05	100.0	11.02	-2.2	.026
	47.22	37.50	28.48				93.05	100.0	11.02	-2.5	.012

En las capacidades de autocuidado para prevenir pie diabético de los adultos mayores con DM2 se examinaron los resultados de la intervención para el diagnós-

tico de enfermería “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” (Tabla 6) mediante la prueba U de Mann-Whitney entre los grupos de control y experimental encontrando diferencias en las mediciones basal y de seguimiento, por lo que se determina aumento en la mejora de capacidades específicas en este aspecto en el grupo experimental.

Tabla 6. Contraste entre grupos en las capacidades de autocuidado para prevenir pie diabético

Variable	Medición	Contraste	\bar{X}	Mdn	DE	RP	U	P
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1	Control	44.79	50.00	16.62	7.75	26.00	.323
		Experimental	47.22	37.50	14.43	10.11		
	2	Control	50.00	54.16	14.08	4.81	2.50	.001
		Experimental	79.62	83.33	10.30	12.72		
	3	Control	50.00	50.00	8.90	4.50	.000	.000
		Experimental	87.03	91.66	6.05	13.00		

Nota: Nota: RP: Rango Promedio; U = Mann-Whitney; p = Nivel de significancia 1 = Medición basal, 2 = Medición final, 3 = Medición Seguimiento. Tomado de CAPPE.

El análisis de los resultados intragrupalmente (Tabla 7) muestra que en el grupo de control no se encuentran cambios significativos entre una medición y otra. En cambio en el grupo experimental determinó diferencias significativas entre las mediciones basal y final, lo que revela el aumento de capacidades; en la medición final y de seguimiento no hay diferencias, lo que indica que no hubo cambios después de la intervención y el seguimiento; pero entre la medición basal y de seguimiento tuvo diferencia significativa lo que apoya la hipótesis puesto que sí hubo mejoría en las capacidades aprendidas.

En las capacidades de autocuidado sobre automonitoreo de glucemia capilar con glucómetros digitales de los adultos mayores con DM2, la comparación de grupos de control y experimental muestra diferencias significativas a partir de la segunda medición del grupo experimental (Tabla 8) situación que no ocurrió en el grupo de control.

En la exploración de resultados entre las mediciones del grupo de control (Tabla 9) se observó que no hubo diferencias significativas, lo que determina que no mejoraron sus capacidades, en cambio en el grupo experimental se notaron diferencias significativas a partir de recibir la intervención de enfermería (medición basal y final y dos; entre las mediciones final y de seguimiento no hubo cambios; pero entre la

primera medición y la última se observan diferencias significativas lo que apoyan la aceptación de la hipótesis y lo que demuestra que mejoraron las capacidades asimiladas.

Tabla 7. Comparación intragrupal en capacidades de autocuidado para prevenir pie diabético

Grupo control Variable	Medición 1			Medición2			Medición 3			Wilcoxon	
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	Z	p
Riesgo de deterioro de la integración cutánea (pie diabético)	44.7	50.0	16.62	50.0	54.16	14.08				-1.48	.137
				50.0	54.16	14.08	50.0	50.0	8.90	.000	1.00
	44.7	50.0	16.62				50.0	50.0	8.90	-1.035	.301

Nota: Medición 1 = basal; medición 2 = final; medición 3= de seguimiento. Nota: Tomado de CAAGC

G. Experimental Variable	Medición 1			Medición2			Medición 3			Wilcoxon	
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	Z	p
Riesgo de deterioro de la integración cutánea	52.77	50.00	14.43	79.62	83.33	10.30				-2.52	.012
				79.62	83.33	10.30	87.0	91.66	6.05	-1.63	.102
	52.77	50.00	14.43				87.0	91.66	6.05	-2.67	.008

Tabla 8. Contraste en las capacidades de autocuidado para prevenir las alteraciones en la glucemia

Variable	Medición	Contraste	\bar{X}	Mdn	DE	RP	U	p
Riesgo de nivel de glucemia inestable	1	Control	.00	.00	.00	7.50	24.00	.082
		Experimental	22.22	.00	36.32	10.33		
	2	Control	.00	8.83	.00	4.50	.000	.000
		Experimental	83.33	100.0	27.95	13.00		
	3	Control	3.12	.00	8.83	4.50	.000	.000
		Experimental	97.22	100.0	8.33	13.00		

Nota: Nota: RP: Rango Promedio; U = Mann-Whitney; p = Nivel de significancia 1 = Medición basal, 2 = Medición final, 3 = Medición seguimiento. Tomada de resultados de CAPAG

Tabla 9. Comparación intragrupal en las capacidades para prevenir alteraciones en la glucemia

G. control Variable	Medición 1			Medición2			Medición 3			Wilcoxon	
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	Z	p
Riesgo de nivel de glucemia inestable	.000	.000	.000	.000	.000	.000				.00	1.00
				.000	.000	.000	3.12	.000	8.83	-1.0	.317
	.000	.000	.000				3.12	.000	8.83	-1.0	.317
G. Experimental Variable	Medición 1			Medición2			Medición 3			Wilcoxon	
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	Z	p
Riesgo de nivel de glucemia inestable	22.22	.000	36.32	83.33	100.0	36.32				-2.54	.011
				83.33	100.0	36.32	97.2	100.0	8.33	-1.63	.102
	22.22	.000	36.32				97.2	100.0	8.33	-2.58	.010

Nota: Medición 1 = basal; medición 2 = final; medición 3= de seguimiento. Nota: Tomado de CAAGC

En cuanto a las capacidades de autocuidado para prevenir enfermedades o infecciones en las encías de los AM con DM2 al examinarse los índices obtenidos de las puntuaciones Diana de los resultados de las intervenciones para el diagnóstico de enfermería “Conocimientos deficientes del efecto de una enfermedad o infección de las encías personas con diabetes” de los grupos de control y experimental, muestra cambios significativos a partir de la segunda medición (Tabla 10), lo cual indica que aumentó el conocimiento de la prevención de enfermedades en las encías de los adultos mayores del grupo experimental a diferencia del grupo de control.

Se observó que el grupo de control (Tabla 11) no presenta diferencias significativas entre sus mediciones, lo que indica que no hubo cambios en las capacidades referidas. El grupo experimental muestra diferencias significativas entre las mediciones basal y final; sin haber cambios entre la medición basal y de seguimiento, entre la medición basal y de seguimiento presentó diferencias.

Tabla 10. Contraste de los grupos en las capacidades de autocuidado para prevenir enfermedades o infecciones en las encías

Variable	Medición	Contraste	\bar{X}	Mdn	DE	RP	U	p
Conocimientos deficientes del efecto de una enfermedad o infección de las encías en AM con diabetes	1	Control	23.12	22.50	16.88	7.56	24.50	.263
		Experimental	36.11	30.00	36.11	10.28		
	2	Control	22.5	20.00	16.69	4.50	.000	.001
		Experimental	80.00	75.00	12.99	13.00		
	3	Control	20.62	22.50	11.16	4.50	.000	.000
		Experimental	84.44	85.00	12.10	13.00		

Nota: RP: Rango Promedio; U = Mann-Whitney; p = Nivel de significancia; 1 = Medición basal, 2 = Medición final, 3 = Medición Seguimiento. Tomado de resultados de CAPEIE

Tabla 11. Comparación intragrupal en capacidades de autocuidado para la prevenir enfermedades o infecciones en las encías

Grupo control Variable	Medición 1			Medición 2			Medición 3			Wilcoxon		
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	Z	p	
Conocimientos deficientes del efecto de una enfermedad o infección en las encías en AM con DM	23.12	22.5	16.88	22.5	20.0	16.69				-0.577	.564	
				22.5	20.0	16.69	20.62	22.50	11.16		-0.707	.480
	23.12	22.5	16.88				20.62	22.50	11.16		-0.877	.380

Nota: Medición 1 = basal; medición 2 = final; medición 3 = de seguimiento. Nota: Tomado de CAPEIE

Grupo experimental Variable	Medición 1			Medición 2			Medición 3			Wilcoxon		
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE	Z	p	
Conocimientos deficientes del efecto de una enfermedad o infección en las encías en AM con DM	36.11	330.0	222.8	80.0	775.0	112.9				-2.6	.008	
				80.0	775.0	112.9	84.44	85.00	12.10		-1.0	.306
	36.11	330.0	222.8				84.44	85.00	12.10		-2.6	.007

Discusión

La investigación confirma que las intervenciones educativas son clave en el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones (Muñoz et al., 2010). En el presente estudio se compararon las capacidades de autocuidado de AM con DM2 de dos grupos sometidos a las mismas condiciones de estudio, ambos recibieron un tratamiento de enfermería aunque en diferentes perspectivas y en ambos se incrementaron las capacidades de autocuidado grupal e intragrupal, contrario al estudio de Maya, Hernández y Luna (2008), donde sólo se incrementaron las capacidades en el grupo experimental que fue sometido a un programa educativo, mientras que el grupo de control no recibió ningún tipo de información.

Ante esta situación, se confirma el compromiso del personal de enfermería de aplicar intervenciones ante las necesidades de capacitación en estos pacientes, tal como lo demuestran Baca et al. (2008), quienes encontraron que el nivel de conocimientos sobre autocuidado en estos pacientes es imprescindible en un estudio realizado en usuarios con DM2, pues el nivel de conocimientos sobre su autocuidado fue insuficiente.

Las actividades o acciones específicas dirigidas previamente por un plan de cuidado enfermero consolidado (PLACE) en criterios de atención que ayudan a las personas a alcanzar un efecto esperado se traduce en una acción independiente basada en fundamentos científicos; en este estudio se observó una mejoría en las capacidades concernientes al conocimiento sobre la diabetes y los beneficios de su control en el grupo experimental, como lo demostrado por López, Hernández, Betancourt y Blanco (2010) en el cual aumentó el nivel de conocimientos en la mayoría de los participantes después de una intervención educativa planeada, posterior a la identificación de necesidades de aprendizaje de los sujetos de estudio.

Lo anterior comprueba la esencial responsabilidad del profesional de enfermería o multidisciplinario en la trasmisión de información dispuesta para estos pacientes, como lo encontrado en Baca et al. (2008) en personas con DM2 que asistieron a sesiones educativas y en la cual se observó un nivel de conocimientos bueno y aceptable en la mayoría de los participantes.

La participación del personal de enfermería como miembro del equipo de salud precisa la ejecución de actividades de prevención realizando práctica educativa que

comprenda técnicas de exposición demostrativa para el logro del efecto deseado, las capacidades de autocuidado sobre el reconocimiento e identificación de signos y síntomas de autocuidado para prevenir pie diabético se incrementaron en el grupo experimental resultado coincidente con lo encontrado en el estudio de Ramón, Fernández, Forcada y Pera (2008), en el cual mejoraron las habilidades de autocuidado de los pies en pacientes con DM2, mediante prácticas detalladas implementadas en un taller de educación grupal, condiciones similares a las del grupo experimental de este estudio.

Ante estas circunstancias, apremia instaurar coactivamente intervenciones de enfermería ante la exigencia de incrementar estas capacidades de autocuidado en los AM con DM2 puesto que en estudios como el señalado por Baca et. al (2008), se encontró que un nivel de conocimiento insuficiente aumenta el riesgo de complicaciones.

Cuando los AM con DM2, efectúan un adecuado automonitoreo de la glucemia es posible detectar alteraciones como hipo e hiperglucemia que contribuye a realizar ajustes en el tratamiento, y por ende, prevenir complicaciones, por lo que es considerado pieza clave para un adecuado control de la DM2. El conocimiento del automonitoreo de la glucemia capilar mejoró considerablemente en el grupo experimental y coincide con el estudio de Miyar, Lúcia y Daguano (2008), que incluyeron dentro de un programa educativo enseñar esta técnica de autoanálisis.

El automonitoreo de la glucemia capilar es una parte esencial del tratamiento de la DM2, ya que permite vigilar y valorar la eficacia del tratamiento y evitar complicaciones. Los AM con DM2, deben ser concientizados de la importancia de esta práctica para el autocontrol de la DM 2. En su estudio, Alinest, Gómez y Chacín (2008) encontraron que gran parte de los pacientes no tenían la información de la importancia del automonitoreo.

En los AM con DM2 es importante mantener las encías sanas, debido a que si la diabetes no está bajo control, la posibilidad de tener problemas en la boca aumenta. En este estudio los AM con DM2 reconocieron la importancia de mantener salud bucal e incrementaron las capacidades de autocuidado sobre el conocimiento para prevenir enfermedades en las encías, como sucedió en el estudio de Horta, Fleitas, Rodríguez, Herrera y Coste (2009), en el que aumentaron el nivel de conocimiento

sobre salud bucal después de haber desarrollado un programa educativo y en el estudio de Duarte, Contreras, Delis y Jimenez (2008), quienes encontraron diferencias muy altamente significativas entre la cantidad de pacientes que conocían, antes y después de la intervención educativa, sobre los distintos aspectos que relacionan la diabetes con las enfermedades bucales.

Se observó en este estudio falta de apego a la técnica del uso del hilo dental, a pesar de que se proporcionó material para realizar el autocuidado, por lo que se señala la importancia de la elección de material suave (hilo dental con cera) pues los AM manifestaron dificultad al intentar usarlo, por lo que posteriormente no realizaron esta acción.

Conclusiones

Las capacidades de autocuidado de los AM con DM2 en el nivel de conocimiento sobre la diabetes mejoraron mediante una intervención de enfermería específica guiada por una línea metodológica (PLACE), basada en el Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (CPE, SS, 2011).

Con respecto a la prevención de pie diabético los resultados evidenciaron que la intervención de enfermería teniendo como objeto un resultado esperado, incrementó las capacidades de autocuidado de los AM con DM2 en el desarrollo de habilidades para el cuidado de los pies.

En cuanto a el automonitoreo de la glucemia capilar, las capacidades de autocuidado de los AM con DM2 mejoraron notablemente con la intervención de enfermería practicada. Cabe destacar la importancia de la obtención de los AM de monitores de glucemia en sus hogares, pues se observó que asimilaron el procedimiento por la facilidad de contar con el material necesario en puntos específicos cercanos al hogar para la realización de esta práctica.

Dentro de los resultados correspondientes a la intervención de enfermería para la prevención de enfermedades o infecciones en las encías, los AM con DM2 mejoraron las capacidades de autocuidado en este rubro; sin embargo, es importante considerar los materiales de higiene bucal, que sean los idóneos para ser utilizados por el AM.

Limitaciones y recomendaciones

- Se limitó a solo AM que supieran leer y escribir y sin complicaciones de la DM2.
- Se recomienda extender el Plan de Cuidados de Enfermería, incluyendo dimensiones como alimentación y actividad física, piezas fundamentales en tratamiento y prevención de complicaciones de la DM2 en los AM.
- Replicar o reproducir este estudio en otras poblaciones similares.
- Replicar el estudio y adecuarlo a AM con DM2 que no sepan leer y escribir buscando estrategias de aprendizaje como el uso de auxiliares visuales y exposiciones demostrativas.

Referencias

- Alinest, A., Gómez, F. & Chacín, L. (2008). Conocimiento de un grupo de diabéticos venezolanos acerca de la hemoglobina glicosilada y la autovigilancia glicémica. *Medicina Interna*, 24(4), 205-215. <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/311>
- Ávila, H., Meza, S., Frías, B., Sánchez, E., Vega, C. & Hernández, M. A. (2006). Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Cultura de los cuidados*, 20, 141-146. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.20>
- Baca, B., Bastidas, M. J., Aguilar, M. R., De la Cruz, M. J., González, M., Uriarte, S. & Flores, P. (2008). Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado. *Enfermería Global*, 13, 1-12. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/14691>
- Bulechek, G., Butcher, H. & McCloskey, J. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 5 ed. España: Elsevier.
- Catalá, E. (2009), Educación diabetológica y cuidados de los pies en pacientes adultos mayores diabéticos tipo 2 con riesgo de pie diabético. Colón 2007-2008. *Biblioteca Lascasas*, 2009, 6(2). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0535.pdf>
- Cepero, A., Pérez, A., Sánchez, O. & Rodríguez, R. (2017). Estado de salud bucal y diabetes mellitus asociada en adultos mayores. *Medimay*, 24(2), 112-124 <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1095/1471>
- Compeán, L. G., Gallegos, E. C., González, J. G. & Gómez, M. V. (2010). Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2 *Enfermagem* 18(4). http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf

- Díez, B. L. (2006). Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2. *Invest. Educ. enferm.*, 24(1). http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0120-53072006000100001&script=sci_arttext&tlng=es
- Gack, G., Souza, M., Machado, T. (2009). Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. *Enfermería Global*, 17. <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/751111/72871>
- Hernández, C. (2011). Interrelación entre diabetes, obesidad y enfermedad periodontal. *Revista mexicana de periodontología*, 2(1) <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2011/mp111d.pdf>
- Horta, D. M., Fleitas, E., Rodríguez, M. M., Herrera, G. L. & Coste, J. (2009). Intervención educativa en salud buco-dental a pacientes diabéticos. *Rev. Ciencias Médicas*, 13(2), 53-61. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200007
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas M., Moorhead, S. & Swanson, E. (2007). *Interrelaciones Nanda, Noc y Nic: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2 ed. Madrid: Elsevier.
- Jurado, J., Caula, J.A., Hernández, J.M., Juvinya, D., & Pou, J. M. (2009). Supresión de la educación especializada empeora el control metabólico en diabetes tipo 2. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 41(12), 681-687. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3087550>
- López, S. O., Hernández, O., Betancourt, L., & Blanco, B. (2010). Educación diabetológica realizada por el servicio de enfermería para el autocuidado del anciano diabético. *Medicentro*, 14(3). <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/138>
- Linares, C., González, M. B. & Rodríguez, L. E. (2008). Necesidad de tratamiento periodontal en diabetes tipo 2 *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 47(2), 129-134. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35604>
- Llamas, S., Llorente, I. C. & Bermejo, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista de neurología* 61(8), 363-371.
- Maas, M. L., Bulechek, G. L., McCloskey J., Moorhead, S., Swanson, E., & Butcher H. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC, Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2 ed. España: Elsevier.
- Marriney, T. A., Raile, A. M. (2007). *Modelos y teorías de Enfermería*. España: Elsevier.
- Martínez, A., Pascual, M. F. (2009). Valoración del riesgo de pie diabético en el paciente anciano en una consulta de enfermería. *Gerokomos*, 20 (2), 73-77. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000200004

- Maya, A., Hernández, J. & Luna, J. A. (2008). Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Conamed*, 13, suplemento 2, 30-36 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80786>
- Mehta, R., Moral, M. E. & Aguilar, C. A. (2010). Epidemiología de la diabetes en el anciano. *Revista de Investigación clínica*, 62(4), 305-311. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn104e.pdf>
- Ministerio de Salud (2007). *Guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años*. Santiago: Minsal. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>
- Miyar, M., Lúcia, M.L., & Daguano, M. (2008). El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. *Enfermagem*, 16(2) http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_10.pdf
- Moorhead, S., Johnson M., Maas M. & Swanson E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4a ed. Elsevier España.
- Moré, A. A., Contreras, J. M., Delis, R. & Jimenez, Y. (2008). Intervención educativa sobre salud bucodental en pacientes diabéticos. *Clínica estomatológica docente de especialidades. Santa Clara*.
- Muñoz, A., Sánchez, V., Puchades, A., Piquer, C., Ferrer, E., Martínez, A. & Marco, A. (2010). Revisiones sistemáticas de las intervenciones de enfermería en el ámbito de la diabetes, 1998-2008. *Enfermería Integral*, 90, 11-15. <https://www.enfervalencia.org/ei/90/ENF-INTEG-90.pdf>
- Nanda Internacional (2010). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011*. Ed. T. Heather Herdman. España: Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Diabetes*. Nota descriptiva N. 312 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Pardo, M. & Ruíz, D. (2002). *SPSS 11 Guía para análisis de datos*. España: McGraw Hill.
- Polít, D., Beck, Ch. (2008). Translating Research Evidence into Nursing Practice. En *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (pp. 31) 8 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Ramón, J., Fernández, M., Forcada, C. & Pera, G. (2008) Efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. *Enferm Clin.*, 18(6), 302-308. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-efectividad-medio-plazo-una-intervencion-13130379>

- Sanzana, G. (2009) Tratamiento de la diabetes en el paciente mayor *Rev. Med. Clin. Condes.*, 20(5), 635–638. https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20médica/2009/5%20sept/09_Dra_Sanzana-9.pdf
- Secretaría de Salud (2006). *Norma Oficial Mexicana (NOM-013-SSA2-2006)*, para la prevención y control de enfermedades bucales. Recuperado de: <https://www.amicdental.com.mx/descargas/NORMA013.pdf>
- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012* <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
- Secretaría de Salud (2010). *Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2010)* “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.” Recuperado de: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>
- Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería (2011). *Lineamiento general para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería*. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf



Clima y calidad de vida laboral en personal de enfermería de un hospital de segundo nivel

Adriana Mayela Cárdenas Cortés*
José Luis Hernández Torres
Luz Elena Rodríguez Mejía
Alma Rosa Quiroz Guerra
Roxana Martínez Cervantes

Introducción

La *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* señala en el artículo 123 que toda persona tiene derecho a un trabajo digno y socialmente útil, así como el cumplimiento de las obligaciones de los empleadores en materia de seguridad e higiene en el trabajo (DOF, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 2019). El *Reglamento Federal de Seguridad e Higiene en el Trabajo* (1997) define trabajo como la actividad humana, intelectual o material que constituye una parte esencial en la vida de las personas y forma parte de la realización e identidad personal (DOF, *Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 1997).

Como derecho y deber social, debe realizarse en condiciones que aseguren la salud del trabajador y su familia, así como la producción de bienes y servicios que contribuyan al desarrollo económico del país (DOF, *Ley Federal del Trabajo*, 2019). En México, la Norma Oficial Mexicana, NOM-031-STPS-2011, *Construcción-Condiciones de seguridad y salud en el trabajo* señala que se deben analizar los riesgos que representen un peligro o repercutan negativamente en la seguridad de los lugares de trabajo y en la salud de los trabajadores (DOF, NOM-031-STPS-2011, 2011).

* Autores de la Universidad Autónoma de Coahuila.

La NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención, define como entorno laboral favorable a aquel en donde se promueve el sentido de pertenencia, la capacitación, adiestramiento y la participación en la toma de decisiones, donde se delimitan claramente los objetivos organizacionales, la distribución de actividades, horarios, así como el reconocimiento de las tareas, conforme a la Ley Federal del Trabajo (DOF, NOM-035-STPS-2018, 2018).

Esta descripción abarca la percepción que el trabajador tiene respecto al ambiente donde se desenvuelve como resultado de las actividades que desempeña, y esto es el clima laboral u organizacional (Squires, Fletcher, Castañeda, & Nigenda, 2018). En este pueden influir el diseño de su lugar de trabajo, la seguridad e higiene, la experiencia profesional, las relaciones interpersonales, la duración de la jornada, el sistema jerárquico e incluso las expectativas económicas con las que puede o no sentirse satisfecho.

En México ocurre que los prestadores de servicios de salud no trabajan en las mejores condiciones, tienen deficiente cantidad y calidad de insumos, y hay un ambiente poco propicio y ocasionalmente conflictivo (Carballo, Priego, & Ávalos, 2015). La enfermería es una profesión de alto riesgo que se encuentra expuesta a agentes físicos, biológicos, sociales, ergonómicos, entre otros, y en el contexto hospitalario suelen no reunirse los requerimientos por las organizaciones que regulan la salud ocupacional (Sinche, 2018).

Ser empleado en instituciones sanitarias involucra realizar actividades que demandan esfuerzo físico, mental y social al enfrentarse a cargas excesivas, realizar tareas que no son de su competencia académica, así como el duelo ante pacientes en estado terminal o la muerte, insatisfacción de los usuarios relacionado con el trato, inestabilidad jurídica y económica, desacuerdos con el salario y prestaciones económicas, sistemas estrictos de supervisión y gestión, falta de capacitación o apoyo, y falta de tiempo para la vida personal (Quintana & Paravic, 2014).

Entre las condiciones ambientales, personales y sociales que perturban al personal de enfermería asistencial se encuentran la tensión y estrés de trabajar con pacientes críticos, oncológicos o en estado terminal que demandan vivir una sobrecarga de emociones cotidianas frente a sus cuidados, asimismo, relaciones interpersonales conflictivas entre compañeros o directivos, como el hostigamiento, el

poco o nulo reconocimiento social y profesional, jornadas extenuantes y por ende agotamiento físico y mental.

Las situaciones anteriores pueden repercutir en riesgos, accidentes o enfermedades de trabajo dentro de los hospitales, que afectan la calidad de vida del trabajador, concepto que según la Organización Mundial de la Salud hace referencia a la percepción que el individuo tiene respecto al bienestar físico, mental y social en determinado contexto sociocultural. Al ser el trabajo parte esencial de la existencia de las personas, resulta ser también un componente de salud, demostrándose el deterioro directo de ésta.

Las enfermedades relacionadas a la labor del personal de enfermería se han reportado por Tamayo, Estévez, Basset, Pérez y Ávila (2018), quienes señalaron que 40% de la población de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital mexicano padece estrés laboral. También, Sánchez, Martínez y Zamora (2017) encontraron la presencia de estrés en 46%, 37% ansiedad y 18% depresión relacionados al trabajo nocturno (45%), supervisión estricta (35%), recibir órdenes poco claras (54%), percibir que se realiza un trabajo peligroso y que este puede generar algún daño a la salud (50%), permanecer en un lugar fijo (45%), realizar un trabajo pesado (41%) y adoptar posiciones incómodas o forzadas (32%).

Así como la presencia de ansiedad en personal interino (65%) derivada de cambios bruscos de temperatura en 45%, exigencias potenciales de riesgo como la comunicación interpersonal en 51%, recibir órdenes poco claras de los jefes en 66% y métodos de supervisión estricta en 65%, y finalmente, la depresión fue causa de estar sin comunicación con los compañeros y recibir órdenes poco claras de sus supervisores en n: 33 y n: 30 del personal respectivamente (Sánchez, Martínez, & Zamora, 2017).

Otra investigación realizada por Brito-Ortíz, Juárez, Nava, Castillo y Brito (2019) en la ciudad de Morelos, México, evidenció un promedio de 2.8 (DE=.59) en estrés psicológico, así como en las dimensiones de burnout; desgaste psíquico 1.37 (DE=.83), indolencia .56 (DE=.49), culpa 1.01 (DE=.72), y finalmente, en relación a los factores laborales que determinaron su presencia reportaron demanda psicológica (29.86 ± 6.09), control laboral (77.45 ± 11.33) y apoyo social (23.86 ± 4.46) (Brito, Juárez, Nava, Castillo, & Brito, 2019).

Así mismo, Rodarte, Araujo, Trejo, González y Tovar (2016) refirieron que en un hospital público de Zacatecas, México, se encontraron problemas musculoesqueléticos relacionados a riesgos de trabajo, reportándose la media para la presencia de lesiones de 50,10 (DE= 26,69) y sobresalieron las regiones de cuello, columna lumbar y rodillas con un 42,1% para cada uno y señalaron que la calidad de vida laboral disminuyó ante la presencia de problemas en la región lumbar (-0,188, $p \leq 0,050$), dorsal (-0,206, $p \leq 0,050$), cuello (-0,175, $p \leq 0,050$) y rodillas (-0,220, $p \leq 0,010$), y el promedio de la misma fue de 55,62 (DE= 13,57) (Rodarte, Araujo, Trejo, & González, 2016).

Rivera et al. (2015) señalaron que 81.9% del personal de enfermería, paramédicos y camilleros de una muestra de tres hospitales públicos en la ciudad de Torreón, Coahuila, México, no utiliza equipo de protección personal contra lesiones musculoesqueléticas y que 8% del personal no ha recibido capacitación previa para desarrollar actividades de cargas, además, 12% refirió utilizar algún equipo de protección personal para realizar cargas, utilizado por decisión personal y no por sugerencia del hospital, que no les proporciona este tipo de equipos.

Respecto a los accidentes de trabajo de trayecto, en México en 2017 fueron censados 198 720, de los cuales 67 536 ocurrieron en personal que iba en camino a su trabajo, datos que representan una tasa de riesgo de trabajo de 1.4 y de accidentes de 3.6. Según la Secretaría del Trabajo y Previsión Social con información de la Coordinación de Salud en el Trabajo y la Consulta Dinámica (CUBOS) entre las consecuencias, 70-80% son fallas humanas (Campuzano, Salazar, & Ríos, 2019).

Lo anterior pone de manifiesto que la mala organización, los sistemas estrictos de supervisión y liderazgo, la sobrecarga de trabajo, los factores ambientales, así como las condiciones ergonómicas inadecuadas, repercuten en la salud de los trabajadores a nivel físico, emocional, psicosocial y organizacional, por ello es de importancia considerar acciones de prevención y adoptar métodos de colaboración con los directivos en beneficio de la salud del trabajador (Rivera et al., 2015).

Es de interés que las actividades se efectúen en mejores condiciones, no solo de productividad, sino de satisfacción, motivación, expectativas personales, seguridad e higiene, ya que así los hospitales asegurarán el bienestar laboral, el cumplimiento de estándares y objetivos organizacionales, y por ende, la calidad y calidez que demanda el cuidado de las personas a su servicio (Quintana & Paravic, 2014).

Por lo que el presente estudio tiene como objetivos identificar la percepción de clima y calidad de vida laboral en personal de enfermería a fin de responder cuál es su relación estadística, proponiéndose que será positiva moderada.

Método

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional, el universo de trabajo se integró por personal de enfermería del Hospital General “Luz González Cosío” de la ciudad de Zacatecas, Zacatecas, obteniéndose una muestra no probabilística de 58 personas, seleccionadas por criterio, estableciéndose que fueran profesionales o no, de todos los turnos, de edad, sexo y categoría indistinta, que aceptaran participar voluntariamente y con consentimiento informado.

Para medir la variable clima laboral se utilizó la Escala de clima laboral de José Muñiz Fernández y Eduardo García Cueto, de 25 ítems, de escala de medición ordinal, con una puntuación de muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), indiferente (3), de acuerdo (4) y totalmente de acuerdo (5), con un estándar final de 0 a 80 (percepción mala), 81- 100 (regular) y mayor a 101 (buena). Además, los ítems 12 y del 15 a 25 refieren una forma más detallada de satisfacción con los jefes, por lo que para su análisis se subdivide (Vizcarra, Llaja, & Talavera, 2015).

El Alfa de Cronbach del instrumento es de .94. La técnica fue autoadministrada, otorgándose un tiempo de quince minutos. La variable calidad de vida laboral se midió mediante el cuestionario “Calidad de vida profesional (CVP-35)” validada por Dulce Adelaida Rivera Ávila, Julio César Rivera Hermosillo y Cuitláhuac González Galindo, con un total de 35 preguntas de nivel ordinal en donde la respuesta de 1 indica sin afectación y un puntaje de 5 la máxima afectación, en la que superponen las categorías “algo” (valores 1-2), “bastante” (valores 3) y “mucho” (valores 4-5).

El estándar final es de 35 a 70 (muy buena calidad de vida), 71 a 105 (buena) y 106-175 (baja calidad de vida). Respecto a las dimensiones, se consideró la carga de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo, y finalmente las preguntas aisladas de calidad de vida percibida y desconexión al terminar la jornada que no se agrupa en ninguna dimensión. El Alfa de Cronbach es de .94 y la técnica fue autoadministrada, otorgándose un tiempo de quince minutos (Rivera, Rivera, & González, 2016).

Para recabar la información fue necesario la autorización de directivos, programar visitas para hacer entrega de los formatos de consentimiento informado e instrumentos a cada participante, así como para recolectarlos, misma que se realizó respetando la individualidad e integridad del participante. El plan de análisis de datos fue mediante el programa estadístico SPSS V 23 obteniéndose estadística descriptiva e inferencial, (frecuencias, proporciones, tendencia central, variabilidad y coeficiente de correlación de Spearman).

Resultados

Del total de participantes (n: 58) 15.5% se encontró en los servicios de hospitalización de pediatría y traumatología, seguido de medicina interna (12.1%), quirófano (10.3%), el 8.6% en CEyE y UCIA, urgencias en 6.9%, 5.2% en consulta externa, quimioterapia e inhaloterapia y en menor proporción en cirugía ambulatoria y clínica de heridas (3.4%). Respecto al turno, la mayor parte fue del turno matutino (41.4%), continuo de vespertino en 27.6% y en igual porcentaje en los turnos nocturno y jornada acumulada (15.5%).

En relación al sexo, la mayor parte fueron mujeres en 75.9% (n: 44) vs 24.1% hombres, la edad de los participantes osciló entre los 36 y 46 años de edad (50%), de 25 a 35 años en 36.2%, el resto fueron mayores de 47 años (13.7%). Además, el estado civil fue casado en 72.4% vs 27.6% soltero, en el nivel de estudios la mayoría fueron profesionales licenciados (74.1%), especialistas (13.8%) y maestros en enfermería (5.2%) mientras que en igual proporción fueron no profesionales auxiliares y técnicos en enfermería en 3.4%. Respecto a la antigüedad, se encontró de 0 a 10 años el 51.7% vs 48.3% con más de 11 años.

Respecto a la percepción de clima laboral, en la subdivisión de la escala de satisfacción con los supervisores o jefes se encontró en su mayoría satisfecho (47%), seguido de indiferente (33.5%) y en menor proporción insatisfecho (19.5%) (Tabla 1). La mayor parte del personal refirió que puede comunicar su pensar de la actividad que desempeña (41.4%), 32.8% se mostró indiferente y el resto muy en desacuerdo o en desacuerdo 25.8%, así mismo que las relaciones son buenas en 44.9%, 32.8% y 22.3% respectivamente.

Tabla 1. Satisfacción del personal con sus jefes

Categoría	Frecuencia	%
Muy en desacuerdo	2	2.9
En desacuerdo	10	16.6
Indiferente	19	33.5
De acuerdo	22	38.5
Totalmente de acuerdo	5	8.5
Total	58	100

Fuente: Escala de clima laboral, 2019

Al indagar acerca de la motivación y liderazgo, se encontró que la mayor parte del personal muestra indiferencia (50%), 38% satisfacción vs 12% insatisfacción, además que la mayoría se sienten apoyados por sus superiores (48.3%), 31% se percibe indiferente y el resto se encuentra insatisfecho (20.7%). En relación, el 46.6% señaló que los jefes se interesan por sus problemas, 34.5% refieren apatía y 18.9% se percibe insatisfecho. En general, el personal se encuentra satisfecho (48.3%), 32.8% indiferente y 18.9% insatisfecho.

Sobre las competencias de sus superiores, a 53.4% opina que sus jefes conocen la forma de resolver problemas, que tienen el suficiente nivel de capacidad y que transmiten a los subordinados en la misma proporción (48.3%). En la variable de clima laboral, se evaluó si el trabajo les resulta estimulante, donde la mayor parte se muestra satisfecho (63.8%), así como con el éxito y el funcionamiento del servicio (46.6%). En relación, el 56.9% se percibe valorado, con autoconfianza (55.2%), tomados en cuenta (52.8%), con autonomía (51.7%) y reconocidos por las actividades que desempeñan (34.5 %).

Sin embargo, a la mayor parte les resulta indiferente el puesto que ocupan (43.1%) y los objetivos de la organización (37.9%). En general, se evidenció que 48.9% se encuentra satisfecho con el ambiente laboral, 28.7% indiferente y 22.4% insatisfecho (Tabla 2). Finalmente, en la Tabla 3 se muestra el estándar final de la percepción del personal de enfermería, misma que se valoró como buena (69%).

En la variable de calidad de vida laboral se evidenció que la mayor parte está bastante satisfecha (36.3%), seguido de algo satisfechos (29.3%), muy satisfecho (24.2%) y nada satisfechos (10.2%) (Tabla 4).

Tabla 2. Satisfacción de clima general

Categoría	Frec.	%
Muy en desacuerdo	2	4.1
En desacuerdo	11	18.3
Indiferente	17	28.7
De acuerdo	20	34.6
Totalmente de acuerdo	8	14.3
Total	58	100

Fuente: Escala de clima laboral, 2019

Tabla 3. Clima laboral

Categoría	Frec.	%
Bueno	40	69
Regular	13	22.4
Malo	5	8.6
Total	58	100

Fuente: Escala de clima laboral, 2019

Tabla 4. Carga de trabajo

Categoría	Frec.	%
Nada	6	10.2
Algo	17	29.3
Bastante	21	36.3
Mucho	14	24.2
Total	58	100

Fuente: CVP-35, 2019

Tabla 5. Motivación intrínseca

Categoría	Frec.	%
Nada	2	3.5
Algo	8	13.8
Bastante	25	43.1
Mucho	23	39.6
Total	58	100

Fuente: CVP-35, 2019

Tabla 6. Apoyo directivos

Categoría	Frec.	%
Nada	4	6.9
Algo	15	25.9
Bastante	23	39.6
Mucho	16	27.6
Total	58	100

Fuente: CVP-35, 2019

Tabla 7. Calidad de vida

Categoría	Frec.	%
Muy buena	9	15.5
Buena	44	75.8
Baja	5	8.7
Total	58	100

Fuente: CVP-35, 2019

Tabla 8. Relación entre clima y calidad de vida laboral

Correlación Spearman	Calidad de vida laboral
Clima laboral	.5

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01.

Fuente: Escala de clima laboral y CVP-35, 2019

En relación a la dimensión de carga de trabajo, 84.5% perciben exceso de trabajo y 76.6% de responsabilidad, además, 72.4% siente presión para mantener la calidad de sus actividades, 53.1% refiere falta de tiempo para cuestiones personales, 86.2% experimenta estrés y en la misma proporción que tiene consecuencias negativas para sus salud.

En relación a la motivación intrínseca, se encontró que el personal está bastante satisfecho (43.1%), mucho (39.6%), algo (13.8%) y nada satisfechos (4%) (Tabla 5). En relación, refirieron tener ganas de esforzarse en 81% y en la misma medida de ser creativos, 67% se perciben competentes para realizar sus tareas, 84.5% se sienten apoyados por sus compañeros, 87.9% se identifican como un servicio importante para la sociedad, 82.6% tienen claros sus objetivos y 86.2% se sienten orgullosos de su quehacer.

Respecto al apoyo directivo se encontraron bastante satisfechos en 39.6%, muy satisfechos en 27.6%, algo en 25.9% y nada satisfechos en 6.9% (Tabla 6). Por ítem, en la cuestión de satisfacción con el tipo de trabajo, el 82.7% señala que está bastante o muy satisfecho, 15.6% algo y 1.7% nada satisfecho, con el salario, 56.6%, 24.5% algo y 8.6% nada satisfechos. Cabe señalar que 94.7% se siente apoyado por sus jefes, 76.9% recibe información de los resultados de su trabajo y 96.4% expresan lo que piensan y necesitan, además, perciben que la empresa trata de mejorar la calidad de vida de su puesto (88%).

En las preguntas aisladas de desconexión al terminar la jornada laboral, la mayoría refiere sentirse bastante satisfechos (39.6%), seguido de muy satisfechos (27.6%), algo (25.9%) y nada en 6.9%, y en cuanto a la de calidad de vida en el trabajo se encontró bastante en 49.9%, muy satisfecho en 25.9% y algo en 24.1%. Finalmente, la percepción global de calidad de vida laboral se evaluó muy buena en 15.5%, buena en 75.8% y con baja calidad en 8.7%. (Tabla 7).

En el análisis inferencial de las correlaciones entre clima laboral y las dimensiones de la calidad de vida profesional se evidenció que fueron significativas para carga de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo en $r: .98, .99$ y $.1$ respectivamente ($P= **.05$). Por último, la relación entre la percepción global de clima y calidad de vida en personal de enfermería fue de $r: .5$ con significancia bilateral ($P= **.01$), sin causalidad entre las mismas, resultados que permiten deducir que la calidad de vida

profesional aumenta en medida que mejora la percepción de clima laboral, rechazándose hipótesis nula (Tabla 8).

Discusión

Los resultados evidencian que la percepción de clima laboral fue señalada por la mayoría de los participantes como buena (69%), en 22.4% como regular y en 8.6% como mala, asimismo, entre las variables que influyeron de forma negativa fueron la indiferencia con el puesto que ocupan (43.1%), con el cumplimiento de los objetivos de la organización (37.9%) y con variables de motivación y liderazgo (50%), diferente de Carballo, Priego, & Ávalos (2015) quienes reportaron que 76% del personal entrevistado se encontró satisfecho con el clima organizacional, considerando importante que nadie se mostró insatisfecho.

Respecto a las variables que evidenciaron como parcial o regularmente satisfecho, se señalaron la identidad, el reconocimiento, remuneración económica, integración, calidad laboral, desarrollo y ambiente interno de trabajo (42%), contrario a lo reportado por Santes et al. (2017), quienes señalaron que 57% de su muestra percibe un clima laboral malo, relacionado a que 36% tiene falta de autonomía, 39% de cohesión, 50% falta de confianza, 57% presión por los supervisores, 64% por falta de apoyo y 57% por falta de reconocimiento.

La variable calidad de vida laboral percibida por la mayor parte del personal de enfermería en la presente investigación fue buena (75.8%), muy buena en 15.5% y regular en 8.7%, encontrándose algo o nada satisfecho con la dimensión de carga de trabajo en 39.5%, asimismo con la motivación intrínseca en 17.3% y con el apoyo directivo en 32.8%. En este estudio se comprobó asociación entre clima y calidad de vida laboral ($rS: .5$) rechazándose la hipótesis nula.

Conclusiones

Se concluye que la variable clima laboral se asocia con la calidad de vida de los profesionales de enfermería, específicamente en el grado de satisfacción con los jefes y el apoyo directivo, lo que supone que a mayor cohesión mejora la sensación de bienestar personal y social del personal, identificándose, además, resultados favo-

rables en la satisfacción intrínseca, por el contrario, disminuye o se ve afectado, en la insatisfacción o indiferencia con el puesto que ocupa, excesiva carga de trabajo, la motivación extrínseca y poca o nula claridad de los objetivos de la organización.

La percepción satisfactoria de estas variables constituye un importante factor en el estudio de la actividad laboral y en el estado de salud de los profesionales de la salud, y por lo tanto en el mejoramiento de las condiciones de seguridad e higiene y ambientes de trabajo, en específico en los trabajadores de enfermería en área asistencial, en quienes se ha demostrado la prevalencia de riesgos, accidentes y enfermedades de trabajo relacionados a imperativos económicos, organización de las tareas, medio ambiente, expectativas personales, relaciones de trabajo, duración y situación jurídica, entre otros.

Por otra parte, se evidencia la necesidad de indagar en las variables de identidad, implicación con el éxito y funcionamiento del servicio, motivación, liderazgo, reconocimiento, autonomía para la toma de decisiones, evaluación de carga de trabajo y experiencia de estrés, ya que al atenderse por directivos o jefes se mejorarán las condiciones de trabajo, se logrará un equilibrio hacia el logro de objetivos organizacionales y por ende en el prestigio de los hospitales, lugar donde la enfermería es pieza fundamental en la prestación de calidad de los derechohabientes o usuarios.

Referencias

- Brito-O., J., Juárez, A., Nava-G., M., Castillo P., J., & Brito N., E. (2019). Factores psicosociales, estrés psicológico y burnout en enfermería: un modelo de trayectorias. *Enfermería Universitaria*, 16(2). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.634>
- Campuzano A. M.I., Salazar C. A, Ríos C. H. H. (2019). Enfermedades y lesiones por accidente de trabajo: una perspectiva psicológica de la salud ocupacional en México. *JONNPR.*, 4(7), 720-32. <https://www.jonnpr.com/PDF/2957.pdf>
- Carballo, Á., Priego, H., & Ávalos, M. (2015). Clima organizacional y satisfacción laboral en el personal operativo federal del programa caravanas de la salud en Tabasco, México. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 21 (59), 43-52. <http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/1833/1/1011-876-A.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (1997). *Reglamentos y Leyes*. <http://ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/pdf/R182.pdf>

- Diario Oficial de la Federación. (2011). *Normas Oficiales Mexicanas*. <http://stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/normatividad/normas/Nom-031.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (2018). *Normas Oficiales Mexicanas*. Recuperado de: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018
- Diario Oficial de la Federación. (2019). <http://www.diputados.gob.mx>
- Diario Oficial de la Federación. (2019). *Cámara de Diputados*. <http://www.diputados.gob.mx>
- Quintana, M., & Paravic, T. (2014). Calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermería *Rev Bras Enferm.*, 67(2) <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140041>
- Rivera, D., Rivera, J., & González, C. (2016). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación en Educación Médica*. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010>
- Rivera, M., Sanmiguel, M., Serrano, L., Nava, M., Moran, J., Figuerola, L., García, J. (2015). Factores asociados a lesiones músculo-esqueléticas por carga en trabajadores hospitalarios de la ciudad de Torreón, Coahuila, México. *Ciencia & trabajo*, 17(53), 144-149. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000200008>
- Rodarte, L., Araujo, R., Trejo, P., & González, J. (2016). Calidad de vida profesional y trastornos musculoesqueléticos en profesionales de Enfermería. *Enfermería clínica*, 26(6) <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5742629>
- Sánchez, M., Martínez, S., & Zamora, M. (2017). Riesgos y exigencias laborales y sus consecuencias en la salud del personal de enfermería de un hospital público en la Ciudad de México, 2017. *Prevención Integral*. <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2017/riesgos-exigencias-laborales-sus-consecuencias-en-salud-personal-enfermeria-hospital-publico-en>
- Santes, M., Del Ángel, E., Cruz, M., Fernández, H., & García, B. (2017). *Congreso Prevenir 2017*. Recuperado de: <http://www.congreso.prevencionar.com>
- Sinche, R., C. (2018). Calidad de vida de los profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Una revisión integrativa. *Revista Venezolana de Enfermería*, 5 (1), 33-56. http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_venf/article/view/16524/144814483029
- Squires, A., Fletcher, J., Castañeda, H., & Nigenda, G. (2018). Un estudio piloto del clima laboral de las enfermeras mexicanas. *Hispanic Health Care International* 16(3), 145-157. <https://doi.org/10.1177/1540415318804481>
- Tamayo, Estévez, Basset, Pérez y Ávila (2018). Riesgo cardiovascular en profesionales de enfermería adscritos a una unidad de cuidados intensivos. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud: RICS*, 7(14) doi:10.23913/rics.v7i14.69

Vizcarra, M., Llaja, V., & Talavera, J. (2015). Clima laboral, burnout y perfil de personalidad: un estudio en personal asistencial de un hospital público en Lima. *Informes Psicológicos*, 15(2), 111- 126. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv15n2a06>



Asociación de la resiliencia y calidad de sueño en adultos mayores

Alejandro Morales Jinez*
Alicia Ugarte Esquivel,
Francisco Javier López Rincón
Luz Elena Rodríguez Mejía

Introducción

El mundo se encuentra ante un notable cambio demográfico caracterizado por el incremento de personas mayores de 60 años. Esto se vio de forma paulatina en países desarrollados, sin embargo, en los países considerados en vías de desarrollo, como México, el incremento de la población adulta mayor ocurrió súbitamente. Para algunos autores podría verse como un triunfo derivado de los programas de control natal, preparación del personal de salud, inclusión de la tecnología y avances científicos al cuidado, pero sobre todo se considera un reto para el sistema de salud (Aranco, Stampini, Ibararán, & Medellín, 2017; HelpAge International, 2015).

Unido al cambio demográfico, se ha dado paso a una transición epidemiológica, por lo tanto, las necesidades de salud son diferentes a las de hace algunos años. Actualmente se han incrementado las enfermedades crónico degenerativas, resultado de estilos de vida poco saludables, altos niveles de estrés, incremento en el sobrepeso, obesidad o consumo excesivo de tabaco y alcohol (Aranco, Stampini, Ibararán, & Medellín, 2017). De forma reciente se observa un incremento en los trastornos del sueño que afecta a las personas mayores de 60 años, ya que se reporta que 50% de los adultos mayores que viven en su domicilio tienen 50% de problemas del sueño y este porcentaje se incrementa al 60% cuando ingresan a alguna institución de

* Autores de la Universidad Autónoma de Coahuila.

atención a la salud (D'Hyver, 2018; Téllez, Juárez, Jaime, & García, 2016; Rodríguez & Muñoz, 2016).

El sueño como proceso fisiológico tiene funciones biológicas importantes en la vida de todos los seres humanos: a) Preservación de la energía, b) Regulación de la función metabólica-hormonal, c) Reforzamiento de la memoria, d) Eliminación de sustancias tóxicas para el organismo, e) Estimulación del sistema inmunológico, f) Cambios en la temperatura corporal para mantenimiento del equilibrio físico y psíquico del individuo, entre otros (Carrillo, Barajas, Sánchez & Rangel, 2018; Rodríguez & Muñoz, 2016); dormir un promedio de ocho horas diarias, sobre todo en la etapa de vida como adulto mayor, mejora de forma significativa la calidad de vida (Durán, Mattar, Bravo, Moreno, & Reyes, 2014).

El sueño, a pesar de ser un estado fisiológico difícil de definir conceptualmente, tiene características que sencillas de comprender, entre estas (Carrillo, Barajas, Sánchez y Rangel, 2018):

1. Reducción de la conciencia y reacción corporal a los estímulos externos.
2. Es un proceso que se puede revertir de forma sencilla (lo cual se puede diferenciar de procesos patológicos como el estupor y el coma).
3. Está ligado a la quietud y relajación muscular.
4. Se presenta de forma habitual, en otras palabras, tiene un ciclo circadiano (diario), vinculado con los ciclos de luz y oscuridad, debido a la rotación de la tierra.
5. Durante el ciclo del sueño, las personas presentan una posición y apariencia estandarizada.
6. La falta o privación de sueño, causa modificaciones en la conducta, cambios psicológicos y fisiológicos e incluso fragilidad en el adulto mayor (Moreno, Ramírez & Sánchez, 2017), asimismo, genera la necesidad física para dormir o recuperar el tiempo de sueño, en otras palabras, lo que se llama rebote de sueño.

De acuerdo a D'Hyver (2018), el sueño en el ser humano, de manera normal, pasa por diversas fases, las cuales se alternan en periodos de 90 a 110 minutos de duración. De forma habitual el ser humano completa al menos cuatro ciclos durante

una noche para garantizar el descanso del individuo. Las fases a las que se refiere son las siguientes:

- a. El sueño de movimientos oculares rápidos (o también llamado sueño MOR). Representa del 20 al 25% del total de sueño; se caracteriza porque la persona tiene sueños vívidos o reales, se incrementa la actividad cerebral, el pulso y las respiraciones, además se inhibe la función de los músculos voluntarios.
- b. El sueño no MOR (NMOR). El cual se divide en tres estadios:
 - Etapa 1. Estado de transición, sueño ligero o letargo, en donde existe actividad reducida de las ondas cerebrales con movimientos oculares lentos.
 - Etapa 2. Relajación muscular, acompañado de disminución de la temperatura corporal y del pulso, espigas del sueño y presencia de complejos K en el electroencefalograma.
 - Etapa 3. Sueño profundo, con presencia de ondas cerebrales de alto voltaje y baja frecuencia; es la etapa de sueño restaurador.

Tratar el tema del sueño es difícil, ya que involucra aspectos de tipo fisiológicos, pero también implica aspectos sobre la calidad del dormir, siendo ésta última una dimensión amplia y compleja. El constructo de calidad del sueño, involucra una combinación de enfoques de tipo cuantitativo y subjetivos de bienestar, así como de funcionamiento diurno. Para valorar la calidad del sueño se tiene que obtener datos sobre la duración, la continuidad y la profundidad. Es decir, si el tiempo dedicado a dormir puede ser o no suficiente para sentirse descansado al día siguiente, si existen interrupciones en el ciclo de sueño, o si el sueño no es lo suficientemente profundo para considerarlo como restaurador (Jiménez, Monteverde, Nenclares, Esquivel & De la Vega, 2008).

Las fases del sueño en el adulto mayor presentan cambios importantes, entre las más destacables son el adelanto de la fase circadiana del sueño y la dificultad para mantener el sueño de manera continua, dicho de otra forma, disminuye el sueño profundo y reparador, aumento del tiempo de permanencia en cama, se incrementan el número y duración de interrupciones del sueño durante el sueño y por lo tanto, de la eficiencia del sueño. Cuando ocurren alguna o un conjunto de estas alteraciones, es común que los adultos mayores valoren de forma negativa la calidad del sueño (Cruz, Hernández, Morera, Fernández, & Rodríguez, 2008).

En el entorno donde se desenvuelven los adultos mayores existen factores que pueden llegar a afectar la salud, el bienestar e incluso el ciclo normal o la calidad del sueño, entre ellos: el maltrato físico, psicológico, económico, social, problemas con la familia, poca o nula retribución económica y pérdida o disminución del estado de salud o bienestar (Uriarte, 2014), el predominio del género femenino (Phillips, Auais, Belanger, Alvarado, & Zunzunegui, 2016). Como se puede observar, la causa de las alteraciones del sueño en el adulto mayor es multifactorial, muchas personas mayores presentan problemas para dormir en relación con una dificultad para ajustar su vida a nuevos cambios como la jubilación, cambio de domicilio, pérdidas de familiares, enfermedades físicas y aquellas que están ligadas a una mala higiene del sueño, como son: irregularidades en los horarios para dormir, acostarse demasiado temprano, trabajo o actividades que requieren alta estimulación mental y que son realizadas durante la noche, ingestión de bebidas o sustancias estimulantes (café, té, alcohol) cerca de la hora de acostarse, presencia de ruidos fuertes, calor o frío excesivos, cambios de horario, entre otros (Cruz, Hernández, Morera, Fernández, & Rodríguez, 2008).

Al realizar encuestas de salud y bienestar, se observa que un porcentaje considerable de personas mayores tienen un alto nivel de funcionalidad, a pesar de vivir bajo las circunstancias difíciles que describe la literatura. Este afrontamiento efectivo de los adultos mayores es explicado por el concepto de resiliencia. La resiliencia se ha identificado como uno de los diversos factores que contribuyen al envejecimiento exitoso y se refiere a cómo los adultos mayores logran y mantienen una sensación de bienestar a pesar de los desafíos relacionados con la edad. Examinar el papel de la resiliencia entre los adultos mayores puede ayudarnos a entender cómo lograr una mejor salud mental y física (Schure, Odden & Goins, 2013).

La resiliencia se define como la capacidad de las personas para afrontar y recuperarse de forma exitosa cuando se presentan situaciones adversas en la vida, logrando mantener una estabilidad en la salud física, psicológica y espiritual (Arrogante, 2015; Cabanyes, 2010; García, DiNapoli, García, Jakubowsky, & O'Flaherty, 2013; Phillips, Auais, Belanger, Alvarado, & Zunzunegui, 2016; Uriarte, 2014). Se ha propuesto incluso un nuevo concepto de resiliencia aplicado al ciclo de vida de la vejez, y se define como un proceso multidimensional de adaptación positiva ante las

adversidades, aunque se encuentren presentes algunas limitaciones y dificultades propias del envejecimiento (Arrogante, 2015; Cabanyes, 2010; García, DiNapoli, García, Jakubowsky, & O'Flaherty, 2013; Phillips, Auais, Belanger, Alvarado, & Zunzune-gui, 2016; Uriarte, 2014; Van Kessel, 2013; Von Humboldt, & Leal, 2014).

La investigación muestra que los adultos mayores resilientes presentan efectos positivos en la salud. Los resultados indican que a mayor nivel de resiliencia existe menor nivel de depresión, mejor percepción en el nivel de salud, fortalecimiento del envejecimiento exitoso, aumento de la longevidad (MacLeod, Musich, Hawkins, Alsgaard, & Wicker, 2016), menor percepción en el nivel de dolor crónico, mejor nivel de salud mental y física (Schure, Odden, & Goins, 2013), disminución de los efectos negativos del cortisol (Gaffety, Bergeman, Clark & Wirth, 2016) y por lo tanto, incremento en la calidad de vida de la persona mayor (Amar, Martínez, & Utria, 2013). Sin embargo, no existen estudios sobre la relación o el efecto de que existe entre la resiliencia y la calidad de sueño, sobre todo en el adulto mayor, como una población con alta prevalencia en desórdenes del sueño. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es explorar la asociación entre la resiliencia y la calidad de sueño en la población adulta mayor.

Método

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativo, bajo un diseño descriptivo, comparativo, correlacional, prospectivo y de corte transversal. La población del estudio se conformó por los adultos mayores de la zona metropolitana de la Región Lagunera, al norte de México. La muestra fue de 133 adultos mayores, la cual se calculó con el programa estadístico Epidat v. 4.1 con los siguientes parámetros: un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia y los participantes se seleccionaron con base en los siguientes criterios: adultos mayores de 60 años y más, orientados en tiempo y espacio, que participaran de forma voluntaria. Se excluyeron aquellos adultos mayores que no completaron las encuestas y que decidieron ya no participar una vez iniciada la colecta de datos.

Se aplicó una cédula con datos sociodemográficos con datos como: edad, género, estado civil, escolaridad y religión de los participantes. Para medición de la resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), la cual

consta de 25 ítems, utiliza una escala de 0-4, donde 0= En absoluto, 1=Rara vez, 2=A veces, 3=A menudo y 4=Casi siempre, y el adulto mayor indica hasta qué punto cada una de las afirmaciones ha sido verdadera, en su caso, durante el último mes. Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 100; a mayores puntuaciones, mayor resiliencia. La versión original mostró una confiabilidad medida por el alfa de Cronbach de 0.89 en estadounidenses y 0.86 en población española. Se divide en cinco dimensiones: locus de control y compromiso (LCC); desafío de conducta orientada a la acción (DCOA); autoeficacia y resistencia al malestar (ARM); optimismo y adaptación a situaciones estresantes (OASE) y espiritualidad (ES). De acuerdo a García, González, Robles, Padilla y Peralta (2019), para cada dimensión se establece el sumatorio de los siguientes ítems:

1. Locus de control y compromiso: ítems 21, 4, 19, 22, 17.
2. Desafío de conducta orientada a la acción: ítems 2, 13.
3. Autoeficacia y resistencia al malestar: ítems 7, 10, 16, 24, 23, 11, 5, 15, 18, 25.
4. Optimismo y adaptación a situaciones estresantes: ítems 1, 6, 8, 12, 14.
5. Espiritualidad: ítems 3, 9, 20.

La calidad del sueño en el adulto mayor se midió a través del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh que proporciona una puntuación global de su calidad con un rango entre 0 (ninguna dificultad) y 21 puntos (dificultades en todas las áreas), y puntuaciones parciales en siete componentes distintos (calidad subjetiva del sueño, latencia, duración del dormir, eficiencia del sueño habitual, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna) que oscilan entre 0 (no existe dificultad) y 3 puntos (grave dificultad). Es considerado un cuestionario breve, sencillo y bien aceptado (Luna, Robles & Agüero, 2015).

A continuación se muestra cómo valorar los siete componentes parciales del índice de calidad del sueño de Pittsburgh, de acuerdo a Jiménez, Monteverde, Nenclares, Esquivel y De la Vega (2008):

- Componente 1: Calidad subjetiva del sueño. Asignamos a la pregunta 6 una puntuación de 0 a 3.
- Componente 2: Latencia de sueño. Primero se examina la pregunta 2 y se le asigna la puntuación correspondiente (una puntuación menor a 15 minutos representa la normalidad, es decir, aquellos que tarden menos de 15 minutos en

- dormirse no presentan alteración en este componente = 0, Una puntuación entre 16-30 minutos nos indica dificultad leve = 1, entre 31-60 minutos, dificultad moderada = 2 y una puntuación superior a 60, denota una dificultad grave en este aspecto =3. En segundo lugar, se examina la pregunta 5a y se le asigna una puntuación de 0 a 3. En tercer lugar, sumamos las puntuaciones obtenidas de las preguntas 2 y 5a. Por último, asignamos la puntuación del componente 2 como sigue: (si 0= 0; 1-2=1; 3-4=2; 5-6=3).
- Componente 3: Duración del sueño. Observamos la pregunta 4 y le asignamos las puntuaciones correspondientes: mayor a 7 horas de sueño = 0, entre 6 y 7 horas = 1, de 5 a 6 horas = 2 y menos de 5 horas = 3.
 - Componente 4: Eficiencia de sueño habitual. Primero, observar la cantidad de horas dormidas (pregunta 4). Después calcular el número de horas permanecidas en la cama teniendo en cuenta la hora de acostarse (pregunta 1) y la de levantarse (pregunta 3). En tercer lugar, calcular la eficiencia habitual del sueño como sigue: $[(\text{Núm de horas dormidas} / \text{Núm. de horas permanecidas en la cama}) \times 100 = \text{Eficiencia habitual de sueño} \times 100 = (\%)]$. Finalmente se asigna la puntuación del componente 4 como sigue: Mayor a 85% = 0, de 75 a 84% = 1, de 65 a 74% = 2 y menor a 65% = 3.
 - Componente 5: Alteraciones del sueño. En primer lugar se suman los ítems del 5b al 5j. En segundo lugar, asignar la puntuación del componente 5 como sigue: 0 = 0; 1-9 = 1; 10-18 = 2 y de 19-27 = 3.
 - Componente 6: Uso de medicamentos para dormir. A la pregunta 7 se le otorgará la siguiente puntuación: 0 = Ninguna vez en el último mes, 1 = Menos de una vez a la semana, 2 = Una o dos veces a la semana, 3 = Tres o más veces a la semana.
 - Componente 7: Disfunción diurna: Primero se suman las preguntas 8 y 9. Después se le asignará la puntuación del componente 7 como sigue: 0 = 0; 1-2 = 1; 3-4 = 2; 5-6 = 3.

La interpretación del instrumento es que a mayor puntaje menor calidad del sueño, además, se proponen los siguientes puntos de corte para clasificar la calidad del sueño: De 0 a 4 puntos = Sin problemas de sueño, de 5 a 7 puntos = Merece atención médica, de 8 a 14 puntos = Merece atención médica y tratamiento y mayor

a 15 puntos = Problema de sueño grave. En cuanto a las características de su validez presentó un Alfa de Cronbach de 0.83 (Luna, Robles & Agüero, 2015).

Para la colecta de datos se utilizó la técnica de entrevista a los adultos mayores, la cual se realizó en un espacio tranquilo y libre de distracciones para entablar una conversación sin interrupciones por parte del equipo de encuestadores. Previo a la colecta de datos, se realizó una capacitación por parte del grupo de investigación, hacia las personas que apoyarían con la recolección de la información sobre el llenado de instrumentos, correcta formulación de las preguntas, información que pudieran dar a los sujetos y el registro de las respuestas, con el fin de mantener el control en la investigación y evitar sesgos. El proyecto se sometió a evaluación y obtuvo la aprobación del comité de ética e investigación de la institución correspondiente con registro 2018/ELEUAC/001.

Una vez aprobado el proyecto se procedió a tramitar el permiso con las autoridades correspondientes para aplicar la cédula de datos sociodemográficos y cuestionarios antes especificados. A todos los participantes se les explicó de forma verbal de que trataba el estudio, la importancia de su participación, y una vez que aceptaron de forma voluntaria se le dio a firmar el consentimiento informado y se les ofreció un aperitivo al término de la entrevista.

Una vez colectada la información se creó una base de datos en el programa SPSS v.25 para Mac. Se realizaron diversos tipos de análisis estadísticos, en primer lugar se aplicó estadística descriptiva como medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, frecuencias relativas para variables cualitativas. Después se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para probar la normalidad de los datos. Enseguida, para el análisis de confiabilidad de los instrumentos se aplicó el Alfa de Cronbach y finalmente, para comparar los grupos se utilizó el análisis de Kruskal-Wallis para muestras independientes y el coeficiente de correlación de Spearman para asociar el nivel de resiliencia con los puntajes por componentes de la calidad de sueño. Se fijó un nivel del 95% de confianza, considerando significativo cuando $p < 0.05$.

Resultados

Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra

La muestra estudiada estuvo compuesta por 133 adultos mayores, de los cuales 102 eran mujeres (77%) y 31 eran hombres (23%). Respecto al estado civil se observa que 57 personas mayores reportaron vivir en pareja (43%) y 76 vivían solos (57%). La religión que se observa con mayor frecuencia fue la católica, ya que 104 personas refirieron esta creencia (78%), seguido de 24 adultos mayores que indicaron ser cristianos (18%) y las cinco personas restantes mencionaron pertenecer a otras religiones (4%). Otras características sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores que participaron en el estudio se observan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS	Rango	Mínimo	Máximo	Media	DE	Varianza
Edad cumplida en años	30	60	90	68.890	6.503	42.283
Años de estudio	25	0	25	7.070	4.337	18.806
Puntaje total de la escala de resiliencia	92	8	100	78.260	17.126	293.286
Frecuencia semanal de asistencia a eventos religiosos	7	0	7	1.560	1.373	1.885
Peso del participante (kg)	70.400	40.000	110.400	71.162	13.502	182.290
Medición de la cintura del participante (cm)	55.000	76.000	131.000	100.586	11.1518	124.362
Índice de Masa Corporal	25.490	16.200	41.690	29.531	4.858	23.602
Promedio de la presión arterial sistólica	152.670	86.670	239.330	141.130	27.343	747.651
Promedio de la presión arterial diastólica	87.000	35.330	122.330	76.506	13.752	189.115
Índice Cintura-Cadera	.62	.81	1.44	.945	.075	.006

Fuente: Ficha sociodemográfica y clínica n=133

Análisis descriptivo de resiliencia y calidad del sueño

En cuanto al puntaje de la resiliencia, se observa que los adultos mayores tenían un promedio de 78.26 ± 17.13 , con un puntaje mínimo de 8 y máximo de 100, un rango de

92 y una varianza de 293.29, observando una buena variabilidad en el nivel de resiliencia de la muestra estudiada.

Al realizar el análisis descriptivo de la calidad del sueño en los adultos mayores estudiados, se observa que la calidad del sueño subjetiva reportada fue bastante buena en 25 sujetos (18.9%), buena en 78 (58.6%), mala en 26 (19.5%) y bastante mala en 4 (3.0%) personas mayores. En cuanto al tiempo que tardan en dormir, la categorización se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia absoluta, relativa y relativa acumulada del tiempo que tardan en dormir los adultos mayores de la muestra

Tarda en dormir	Frecuencia absoluta	%	% acumulado
Menos de 15 minutos	54	40.5	40.5
De 16 a 30 minutos	36	27.1	67.6
De 31 a 60 minutos	28	21.1	88.7
Mayor a 60 minutos	15	11.3	100.0
Total	133	100.0	

Fuente: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh n=133

En el reporte de problemas para poder conciliar el sueño durante el último mes dentro de los primeros 30 minutos después de acostarse, se observa que 54 (40.6%) personas mayores no tuvieron problema, 16 (12%) menos de una vez a la semana, 24 (18%) una o dos veces por semana y 39 (29.4%) presentaron problemas tres o cuatro veces a la semana.

Respecto al número de horas que cree haber dormido cada noche verdaderamente el adulto mayor, se reporta que 72 (54.1%) durmieron más de 7 horas, 35 (26.3%) entre 6 y 7 horas, 12 (9%) entre 5 y 6 horas, finalmente, 14 (10.6%) menos de 5 horas. Al realizar el cálculo de la eficiencia del sueño habitual se encontró que la mayoría 60 (45.1%) presentaban una eficiencia mayor al 85%, 34 (25.6%) entre 75-84%, 17 (12.8%) entre 65-74% y 22 (16.5%) una eficiencia menor al 65%, siendo éste último dato alarmante para el adulto mayor, ya que sienten que no es un sueño reparador.

En cuanto a la toma de medicación para dormir, señalan los adultos mayores de la muestra que 102 (76.7%) no consumieron ningún fármaco, 6 (4.5%) lo realizaron menos de una vez a la semana, 6 (4.5%) una o dos veces por semana y 19 (4.3%) tres o más veces a la semana. Finalmente, al realizar la categorización global de la calidad

del sueño se observa que 35 (26.4%) no tienen problemas de sueño, 41 (30.8%) requieren atención médica, 49 (36.8%) necesitan atención médica con tratamiento y 8 (6%) presentan problemas graves del sueño.

Resultados de la prueba de Kolmogorv-Smirnov

Al aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para normalidad de los datos, los datos nos presentan distribución normal, como se observa en la Tabla 3, por lo tanto, esto da pauta para que se apliquen pruebas no paramétricas en el análisis estadístico inferencial de los datos.

Tabla 3. Prueba de kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para resiliencia y componentes de la calidad del sueño

	Media	DE	Absoluto	Positivo	Negativo	Estadístico	p
Resiliencia	78.26	17.13	.102	.102	-.089	.102	.002
Calidad del sueño subjetiva	1.07	.709	.312	.312	-.274	.312	.000
Latencia del sueño	1.38	1.119	.188	.188	-.155	.188	.000
Duración del dormir	.76	1.001	.317	.317	-.224	.317	.000
Eficiencia del sueño	1.01	1.118	.267	.267	-.184	.267	.000
Alteraciones del sueño	1.50	.703	.274	.274	-.249	.274	.000
Uso de medicamentos para dormir	.56	1.097	.463	.463	-.304	.463	.000
Disfunción diurna	1.05	.948	.229	.229	-.147	.229	.000

Fuente: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y escala CD-RISC n=133

Análisis de confiabilidad de los instrumentos

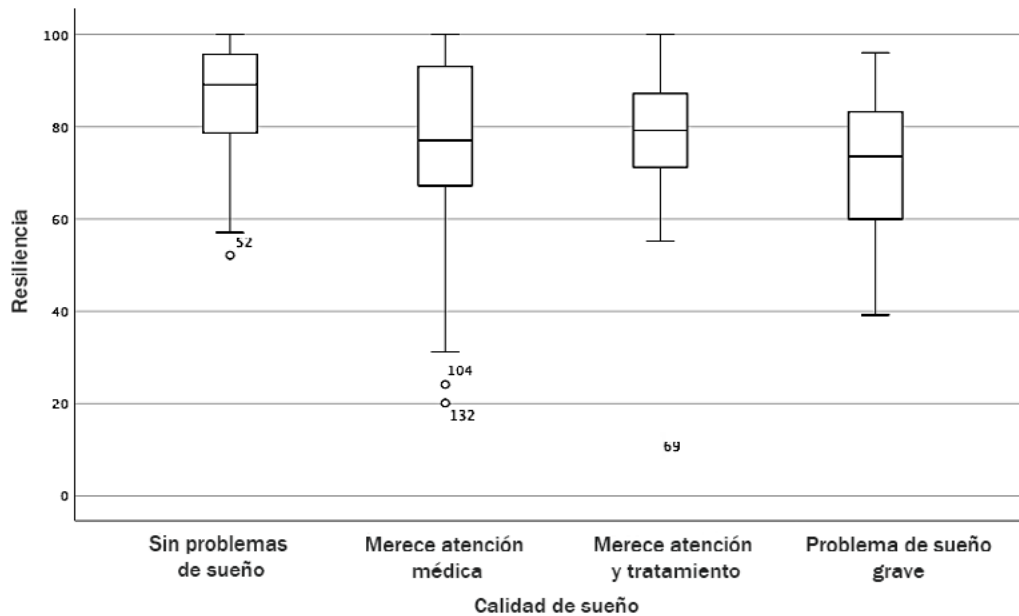
Al aplicar la prueba del Alpha de Cronbach al índice de calidad de sueño de Pittsburgh arrojó un total de .809 y para la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) se obtuvo un total de .940, demostrando aceptable y buena fiabilidad, respectivamente.

Análisis inferencial de los datos

La prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes, en donde se compararon el puntaje de la resiliencia en los cuatro grupos de adultos mayores: 1) Sin proble-

mas de sueño, 2) Merece atención médica, 3) Merece atención médica y tratamiento, y 4) Problema de sueño grave, se observó diferencia significativa (Kruskal-Wallis = 8.987, $gl=3$, $p=.029$) como se observa en la Figura 1.

Figura 1. Comparación de la resiliencia con la agrupación de la calidad del sueño



Al realizar la comparación por parejas se observa que la diferencia significativa se encuentra entre el grupo que no tiene problemas de sueño con el grupo que merece atención y tratamiento ($p= .008$) y con el grupo que presenta problemas de sueño grave ($p= .031$).

Al aplicar el coeficiente de correlación de Spearman entre el puntaje de resiliencia y el puntaje de los componentes de la calidad de sueño, se observa que existe correlación negativa entre la resiliencia con la calidad de sueño subjetiva, la latencia del sueño, las alteraciones del sueño y la disfunción diurna, permitiendo argumentar que a mayor resiliencia existe mejor percepción de la calidad subjetiva del sueño, las personas duermen en menos de 15 minutos al acostarse, concilian el sueño dentro de la primera media hora después de acostarse, no presentan alteraciones del sueño y no presentan problemas para desarrollar sus actividades durante el día, como se puede observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Coeficiente de correlación de Spearman entre la resiliencia y componentes de calidad del sueño

Componente del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh	Resiliencia	
1. Calidad de sueño subjetiva	Coeficiente de correlación	-.276**
	Sig. (bilateral)	.001
	N	133
2. Latencia de sueño	Coeficiente de correlación	-.235**
	Sig. (bilateral)	.007
	N	133
3. Duración del dormir	Coeficiente de correlación	-.137
	Sig. (bilateral)	.116
	N	133
4. Eficiencia del sueño habitual	Coeficiente de correlación	-.041
	Sig. (bilateral)	.643
	N	133
5. Alteraciones del sueño	Coeficiente de correlación	-.233**
	Sig. (bilateral)	.007
	N	133
6. Uso de medicamentos para dormir	Coeficiente de correlación	-.116
	Sig. (bilateral)	.185
	N	133
7. Disfuncion diurna	Coeficiente de correlación	-.184*
	Sig. (bilateral)	.034
	N	133
Sumatoria global del Índice	Coeficiente de correlación	-.266**
	Sig. (bilateral)	.002
	N	133

Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)

Discusión

Al realizar el análisis de la confiabilidad de índice de calidad del sueño de Pittsburgh, en este estudio se obtuvo un Alfa de Cronbach de .809, resultados que fueron muy similares a los reportados Luna, Robles y Agüero (2015) quienes indican un alfa de 0.83, por el contrario, el resultado de la escala de resiliencia de Connor-Davidson fue superior a lo que muestra García, González, Robles, Padilla y Peralta (2019) en su estudio con un total de .89 y en esta investigación fue de .940, mostrando mejor precisión en la población mexicana adulta mayor.

Superior a las estadísticas presentadas a nivel internacional, donde se indica que 50% de las personas que no están institucionalizadas sufren algún trastorno del sueño (D'Hyver, 2018; Téllez, Juárez, Jaime & García, 2016; Rodríguez & Muñoz, 2016), en este trabajo de investigación se observa que más de 70% de los adultos mayores encuestados presentan algún problema del sueño, a pesar que eran personas que se encontraban viviendo en sus domicilios. Esta estadística muestra la existencia de un importante problema de salud en el adulto mayor, que requiere planeación de estrategias de cuidado por el grupo multidisciplinario para coadyuvar a mejorar el patrón de sueño.

Los puntajes de resiliencia reportados por Phillips, Auais, Belanger, Alvarado y Zunzunegui (2016) fueron en promedio de 80.8 con una desviación estándar de 11.4, similares a los encontrados en la muestra de adultos mayores del presente estudio, donde se encontró una media de 78.26 y una desviación de estándar de 17.13, sólo con un poco más de dispersión a lo reportado en otros estudios.

A diferencia de otros autores como Martínez, Correa y Gutiérrez (2014) la calidad subjetiva del sueño en adultos mayores que reportan fue positiva en un 46.75%, en este estudio se encontró una calidad subjetiva positiva más elevada, ya que el 77.5% de los adultos mayores indicaron tener un sueño bastante bueno y bueno, sin embargo, es algo subjetivo y se tendría que valorar con la totalidad de la escala.

Navarro, Guevara, Serratos y Pérez (2015), en su estudio de investigación reportan que los adultos mayores tardan en promedio 30 minutos para dormir una vez que están en cama, caso contrario a la muestra estudiada en donde 40.5% de los mayores dicen dormir dentro de los primeros quince minutos después de acostarse. Esta diferencia pudiera deberse a que la muestra estudiada por Navarro, Guevara, Serratos y Pérez (2015) incluye adultos mayores con dolores musculoesqueléticos, variable que en esta caso no se reportó y pudiera influir sobre el tiempo para lograr conciliar el sueño.

Contrario a los resultados de Martínez, Correa y Gutiérrez (2014), que muestran que 49% de la muestra declaró usar algún medicamento para dormir al menos una vez a la semana, en este estudio se observa que 76.7% de las personas mayores nunca han consumido algún fármaco que les ayude para lograr conciliar el sueño.

En cuanto a la eficiencia del sueño, los resultados obtenidos en esta investigación son muy similares a lo reportado por autores como Moreno, Ramírez y Sánchez en el 2017, ya que indican que 18.9% de la muestra estudiada dormía sin sentir un verdadero descanso al despertar; en este estudio se obtuvo una frecuencia relativa de 16.5% que manifestó una eficiencia de sueño muy baja.

Finalmente, el análisis inferencial muestra que la resiliencia se encuentra asociada con la calidad del sueño en el adulto mayor, congruente con lo que la literatura expresa acerca de que la resiliencia impacta de forma positiva en la salud, ya que mantiene una estabilidad en el aspecto físico, emocional y espiritual (Arrogante, 2015; Cabanyes, 2010; García, DiNapoli, García, Jakubowsky & O'Flaherty, 2013; Phillips, Auais, Belanger, Alvarado & Zunzunegui, 2016; Uriarte, 2014).

Conclusiones

Los componentes de la calidad del sueño que se encuentran relacionados al nivel de resiliencia son: la mejora en la calidad subjetiva del sueño, la latencia del sueño o la facilidad para poder conciliar el sueño en el menor tiempo posible al momento de acostarse, disminución en las alteraciones del sueño (insomnio, ronquidos, pesadillas, tener frío o calor excesivos, dolores, dificultades para respirar, etc.) y decremento de la dificultad para poder realizar las actividades durante un día normal.

Desde hace tiempo la tendencia hacia el cuidado de la salud es cambiar el enfoque de riesgo por uno que genere salud, es por ello que la resiliencia gana cada vez más terreno dentro del ámbito de la salud, ya que puede constituirse con un factor salutogénico, debido al desarrollo de las capacidades de bienestar y afrontamiento ante la enfermedad que puede generar en las personas, sobre todo en las adultas mayores.

La medición de la calidad del sueño es una variable importante para el bienestar de las personas mayores, ya que se pueden generar alteraciones de tipo cognitivo, funcional, inmunológico, metabólico y emocional tal como la depresión, ansiedad o tristeza. Es importante que como profesionales de Enfermería logremos establecer y probar nuevas intervenciones que ayuden a incrementar la resiliencia y mejorar la calidad del sueño en el adulto mayor.

Como se ha observado, los adultos mayores con mayor nivel de resiliencia tienden a presentar mejor calidad del sueño, y eso se ve reflejado en la salud. Si realmente queremos tener adultos mayores saludables y funcionales es necesario crear condiciones positivas y fomentar la salud en la población.

Finalmente, es necesario, como profesionales de la enfermería, ser pioneros en la creación de estrategias que fomenten la resiliencia desde edades tempranas del ciclo vital, para ello sería importante generar evidencia científica y establecer bases sólidas para lograr impactar la salud y el bienestar de forma positiva.

Referencias

- Amar, J., Martínez, M. & Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud Uninorte*, 29(1), 124-133. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81728689014>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. & Medellín, N. (2017). *Panorama de envejecimiento y dependencia en America Latina y el Caribe*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Arrogante, O. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*, 24(4), 232-235. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151.
- Carrillo, P., Barajas, K.G., Sánchez, I. & Rangel, M.F. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 61(1), 6-20. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181b.pdf>
- Cruz, E., Hernández, Y., Morera, B.P., Fernández, Z. & Rodríguez, J.C. (2008). Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. *Revista de Ciencias Médicas*, 12(2). <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v12n2/rpr13208.pdf>
- D'Hyver, C. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 61(1), 33-45. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
- Durán, S., Mattar, P., Bravo, N., Moreno, C. & Reyes, S. (2014). Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la región metropolitana y región

- de Valparaíso, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142, 1371-1376. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n11/art02.pdf>
- Gaffety, A.E., Bergeman, C.S., Clark, L.A. & Wirth, M.M. (2016). Aging and the HPA axis: stress and resilience in older adults. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 928-945. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27377692>
- García, M.A., González, A., Robles, H., Padilla, J.L. & Peralta, M.I. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española. *Anales de psicología*, 35(1), 33-40. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/314111/255281>
- García, M.J., DiNapoli, J.M., García, L., Jakubowsky, R. & O'Flaherty, D. (2013). Concept Analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 264-270. [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(13\)00092-7/pdf](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(13)00092-7/pdf)
- HelpAge International. (2015). Global Age Watch. Índice global de envejecimiento. Resumen ejecutivo. Recuperado de: <http://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>
- Jiménez, A., Monteverde, E., Nenclares, A., Esquivel, G. & De la Vega, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 144(6), 491-496. https://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n6/27_vol_144_n6.pdf
- Luna, Y., Robles, Y. & Agüero, Y. (2015). Validación del índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*, 31(2), 23-30. <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/15/14>
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K. & Wicker, E.R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27055911>
- Martínez, J. M., Correa, M. & Gutiérrez, J. A. (2014). Satisfacción subjetiva del sueño, insomnio y empleo de ayuda para dormir en la población anciana. *Nure Investigación*, (73), 1-12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6260180>
- Moreno, K., Ramírez, E. & Sánchez, S. (2017). Las dificultades del sueño se asocian con fragilidad en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56 (Supl 1), 38-44. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/ims181f.pdf>
- Navarro, N., Guevara, U., Serratos, M.C. & Pérez, J.M. (2015). Prevalencia en alteraciones de la calidad del sueño en adultos mayores con dolor crónico musculoesquelético. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38(2), 79-84. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma152b.pdf>
- Phillips, S.P., Auais, M., Belanger, E., Alvarado, B. & Zunzunegui, M.V. (2016). Life-Course social and economic circumstances, gender, and resilience in older adults: The Lon-

- itudinal International Mobility in Aging Study (IMIAs). *SSM Population Health*, 2: 708-717. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29349182>
- Rodríguez, M. & Muñoz, R. (2016). Calidad subjetiva del sueño en ancianos institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Jaén. *Gerokomos*, 27(2), 53-57. http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n2/04_originales_03.pdf
- Schure, M.B., Odden, M. & Goins, R.T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The native elder care study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20(2), 27-41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23824641>
- Uriarte, J.D. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67-77. <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/72/59>
- Téllez, A., Juárez, D.M., Jaime, L. & García, C. (2016). Prevalencia de trastornos de sueño en relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 95-106. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/47859>
- Van Kessel, G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34(2), 122-127. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23332474>
- Von Humboldt, S. & Leal, I. (2014). Adjustment to aging in late adulthood: A systematic review. *International Journal of Gerontology*, 8(3), 108-113. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959814000581>



Validación del inventario de autocuidado para las personas que viven con diabetes

Alma Rosa Quiroz Guerra*
Manuel Morales Salazar
Leyla Aguilera Téllez
Adriana Mayela Cárdenas Cortés
Samuel Castruita Domínguez

Introducción

La diabetes es considerada una pandemia; su prevalencia va en aumento, existe además un número considerable de personas que la padecen y no están diagnosticadas, y otras tantas que tiene alteración o deterioro de la tolerancia a la glucosa, lo que implica que en cualquier momento desarrollarán la enfermedad incrementando así la prevalencia.

La Federación Internacional de Diabetes (2017a) reporta que en América del Norte y el Caribe la prevalencia es de 14.8%, la alteración de tolerancia a la glucosa se encuentra en 14.9% e implica un gasto sanitario de 52%. En México la prevalencia tiene un incremento de 3.8%, con una proyección al 2045 del 18.9% (Federación Internacional de Diabetes, 2015). En nuestro país, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, la prevalencia de diabetes por diagnóstico es de 9.4% de los cuales 87.7% reciben tratamiento, 46.4% no realizan medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones (Federación Mexicana de Diabetes, 2018).

En el informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud (2018), se establece que los prestadores de servicio en salud son corresponsables

* Autores de la Universidad Autónoma de Coahuila.

con la persona, la familia y la comunidad en propiciar el empoderamiento de la persona en su autocuidado para la modificación de los estilos de vida. La OMS (2018), establece que una dieta adecuada, evitar el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, mantener o reducir el peso corporal, la actividad física moderada, son estilos de vida saludable que favorecen el control de la diabetes y evitan o postergan la aparición de complicaciones.

Mercado (2017) refiere que la incertidumbre manifestada por ansiedad, desesperación y depresión es un factor estresante por la no aceptación de la enfermedad, obstaculiza la toma de decisiones por la carencia de información, la ausencia de referentes previos o bien el nivel de cognición, ante esto, el personal de salud tiene una participación trascendente apoyando a la persona con la interpretación de la información que permita transitar de la negación a la aceptación asumiendo la participación activa, responsable de la gestión del cuidado y de la atención en salud.

La diabetes es una enfermedad crónica no trasmisible que al no estar controlada afecta a diversos órganos y sistemas; provoca situaciones graves como úlceras en los pies, que pueden terminar en amputación de las extremidades inferiores, alteración en las estructuras oculares, desencadenando pérdida de la visión e incluso ceguera e insuficiencia renal, condicionando a la persona a depender de una terapia sustitutiva permanentemente.

De acuerdo con el Diario Oficial de la Federación (2018) esta enfermedad tiene un alto costo económico por su cronicidad, pero además es un gasto social, ambos repercuten de forma importante en la dinámica familiar, sociedad e incluso del país, elevando el costo ante la presencia de las complicaciones, las cuales limitan o propician la pérdida de la autonomía y afectan el estado emocional que conlleva a la comorbilidad. Por otra parte, el personal de salud, a pesar de las diversas actividades de control de la enfermedad y promoción de la salud, no se hace presente, tal pareciera que los avances del conocimiento se aplican de manera aislada, por otra parte, la especialización no favorece el manejo integral de la persona.

Es prioritario retomar la calidez y calidad de trato al otorgar el servicio con un interés genuino, interiorizar en la persona, en su dinámica de vida, involucrarlo y hacerlo partícipe de su atención, para establecer la mejor estrategia que propicie los cambios conductuales, siendo claro en la responsabilidad que ambas partes tienen

en la relación entre usuario y prestador de servicio; al personal de salud le compete empoderar a la persona para su autocuidado, pues de ello depende la salud y el bienestar de la persona.

La Cumbre de Desarrollo Sostenible nos insta a disminuir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y promoción a la salud (Organización Mundial de la Salud, 2015), además de considerar la prevención de las complicaciones de la diabetes, como el infarto al miocardio, el accidente cerebrovascular, las neuropatías de los pies que pueden terminar en amputaciones, la insuficiencia renal y la retinopatía como precursor importante de ceguera, entre otras (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Hay que tener en cuenta la perspectiva de las personas que viven con diabetes en relación al segundo curso de acción recomendado de educación en diabetes, al promover el cuidado de su persona de manera imperativa al ser diagnosticado y durante su vida (Federación Internacional de Diabetes, 2017b) para la realización de acciones de adhesión al tratamiento, identificación temprana de complicaciones y cuidados podológicos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La OMS (2018) define a la diabetes como una “enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce”, y Alonso et al. (2015) como “un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia debida a defectos en la secreción o acción de la insulina” (p. 2), la diabetes se clasifica en diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos específicos por enfermedad del páncreas, alteraciones genéticas, por exposición farmacológica entre otras, sus complicaciones pueden ser agudas, en las que se encuentra la hipoglucemia, hiperglucemias aisladas, estado hiperosmolar hiperglucémico y la cetoacidosis diabética, y las complicaciones crónicas macrovasculares, como cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad arterial periférica, y las complicaciones crónicas microvasculares, como retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica y pie diabético. (Alonso et al., 2015).

Otro aspectos son el deterioro o alteración de la tolerancia a la glucosa que predispone al desarrollo de diabetes tipo 2, fomentar el autocuidado en relación a reducir el peso corporal o mantenerlo en los límites de la normalidad; en cuanto a

la actividad física, realizar por lo menos treinta minutos de actividad moderada de forma regular si no a diario, sí la mayor parte de los días de la semana. En relación con la dieta, disminuir el consumo de grasas y evitar el consumo de azúcar; en relación con el consumo de bebidas alcohólicas y consumo de tabaco, evitarlos, pues son medidas sencillas de estilo de vida saludable que pueden ser suficientes para retrasar la aparición de la diabetes tipo 2 o incluso prevenir su aparición (Organización Mundial de la salud, 2018).

La teoría general del déficit de autocuidado, de Dorothea Elizabeth Orem, dice que la persona tiene la capacidad de autocuidado y autoconocimiento, es pensante, reflexivo y racional, integrado en un todo dinámico que percibe de forma única la salud como bienestar físico funcional y estructural, que a partir de los estímulos requeridos y otorgados por los profesionales de la salud de enfermería, la persona evoluciona a niveles más altos de autoconocimiento y autocuidado que permiten mejorar su estado de salud (Prado et al., 2014).

Merle H. Mishel, en su Teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, expresa que la persona es un sistema individual, biopsicosocial habitualmente alejado del estado de equilibrio, que de forma innata es receptivo al cambio, por su habilidad cognitiva que le permite procesar información ante las situaciones de desequilibrio, disminuye la incertidumbre, favorece la adaptación por el proceso de afrontamiento ante nuevas perspectivas de vida, y con apoyo de los profesionales de salud de enfermería entiende e interpreta las situaciones carentes de previsibilidad y certeza que detonan la incertidumbre (Mercado, 2017; Johnson y Hurtado, 2017).

Kenneth D. Phillips (ver Marriner y Raile, 2017) en el Modelo de adaptación de Sor Callista Roy, dice que la persona está integrada como un todo de forma compleja en donde, como una unidad, sus pensamientos y sensaciones le permiten ajustarse a los cambios del entorno; este proceso de interacción de los contextos y circunstancias internas y externas entre la persona, la familia y la comunidad ante los estímulos focales, contextuales y residuales favorece el bienestar fisiológico, psicológico y social, hasta el logro de la adaptación. Los profesionales de la salud de enfermería intervienen ante los estímulos del entorno interno y externo en favor del logro de la salud fortaleciendo la adaptación, la persona es influida por el entorno externo, y a su vez, la persona influye en el entorno detonando el cambio.

Para Myra Estrin Levine, en su Modelo de conservación, la persona está integrada por sistemas organizados que responden de forma única con libertad de decidir en relación a su identidad y autovaloración determinada por sus creencias étnicas y culturales, capaz de lograr su integridad, actuando de forma razonable, siendo ello un proceso vital, que surge al adaptarse para lograr la conservación con sus propios recursos internos y externos. Los profesionales de la salud de enfermería interactúan de forma razonada a partir de los principios de conservación de la energía y la integridad estructural, personal y social para modificar la realidad interna y externa alcanzando la conservación.

De acuerdo al sustento teórico, la persona cuenta con sus propios recursos internos e innatos, es receptiva a las sensaciones, con capacidad cognitiva que le permite ser reflexiva y racional, con respuestas únicas, libertad de decisión en relación a su persona y su autovaloración; es susceptible de adaptarse hasta lograr la conservación a través de un proceso de cambio como estrategia vital al procesar la información interna y externa, asumiéndola como autoconocimiento para su propia gestión de autocuidado ante los estímulos del entorno interno y externo, o bien, de requerirlo, gestiona la atención por los profesionales de la salud. Al controlar la incertidumbre por estos mecanismos se propicia el logro de la adaptación y conservación del estado de salud y el bienestar.

En el presente estudio se elabora y valida un instrumento que pueda ser utilizado como guía para las personas que viven con diabetes para una autovaloración, además de orientarlo para la gestión del autocuidado o bien para la gestión de atención por el personal de salud ante la presencia de resultados de alarma, favoreciendo el control de la enfermedad, prevención oportuna de las complicaciones y toma de decisiones inherentes a su estado de salud y el mejoramiento de su calidad de vida.

La confiabilidad de un instrumento se determina por la similitud de respuestas en relación de lo que se requiere medir, nivel de coherencia o consistencia; en apego al rigor científico se debe realizar la evaluación de la confiabilidad interna y externa.

La consistencia externa, o validez de contenido determina si la muestra es adecuada de la infinidad de posibles conductas, en relación con lo que se requiere medir, de acuerdo a Tristán (2008), a partir del modelo alternativo de Lawshe, considera como aceptable las variables en la que la Razón de Validez de Contenido [CVR'] sea

igual o superior a 0.58. Las variables no aceptadas se ajustan y se deben someter a una nueva valoración por los expertos.

La consistencia interna, que hace referencia al grado de medición de la correlación o congruencia interna de las variables cuantitativas que miden una misma característica y de acuerdo con Mateus y Céspedes (2016), refiriendo los criterios de Valderas et al. propone que los estándares mínimos requeridos del valor de la prueba de fiabilidad del coeficiente de alfa de Cronbach deben estar comprendido entre 0.70 a 0.90.

Método

Validación externa, estudio cualitativo por panel de expertos, integrado por invitación a participar a personal del área de la salud con experiencia en la coordinación o atención de las personas que viven con diabetes en el área asistencial o educativa, a la cual atendieron nueve expertos, quienes sometieron a valoración vía electrónica cada una de las variables en cuatro criterios; coherencia, relevancia, claridad del constructo y suficiencia, con cuatro categorías por asignar a cada variable; 1 no cumple con el criterio, 2 nivel bajo, 3 nivel moderado y 4 nivel alto. Para la validez interna, estudio cuantitativo con una muestra por conveniencia por invitación de 120 participantes que se conocen como diabéticos, mayores de edad, que aceptaron participar previa firma del consentimiento informado, la muestra fue reclutada en la población urbana del centro y colonias del oriente y poniente de la ciudad de Torreón, Coahuila.

Desarrollo

En el siguiente apartado se realiza la descripción de cómo se diseñó y estructuró el instrumento, la asignación de las escalas de medición, la conformación de las bases de datos para la obtención de los resultados, la metodología de la reclusión para la integración del panel de expertos, y de los participantes en el estudio, así como la estrategia de recolección de la información en la muestra estudiada.

Se elaboró el instrumento a partir del contexto de antecedentes conceptuales y teóricos (Tabla 1. Descripción de ejes y variables) integrándose en cuatro ejes: socio-

demográficos clínicos físicos, manifestación de la diabetes, autocuidado y cuidado de los pies, con ocho variables complejas: sociodemográfica, clínico física, diabetes, manifestaciones de alerta, autogestión del cuidado, manejo de la incertidumbre, corresponsabilidad y cuidado de los pies con un total de 124 variables simples inicialmente, posterior a la validación externa se agregan dos variables quedando un total de 126 variables simples. Al instrumento se le nombró “Inventario para el autocuidado para las personas que viven con diabetes”.

Tabla 1. Descripción de ejes y variables

Ejes	Variables complejas	Variables simples
Sociodemográfico clínico físico	Sociodemográfico	9
	Clínico físico	13*
Manifestaciones de la diabetes	Diabetes	3
	Manifestaciones de alerta	30
Autocuidado	Autogestión del cuidado	23*
	Manejo de la incertidumbre	7
	Corresponsabilidad	13
Cuidado de los pies	Cuidado de los pies	28
Total cuatro ejes	Total ocho variables complejas	De 124 a 126 variables simples

Nota: * Se sumó una variable al instrumento original atendiendo las observaciones del panel de expertos

Tabla 2. Descripción de escalas de medición por variables

Variables complejas	Cualitativas			Cuantitativas		Lectura de resultado
	Total	Nominal	Ordinal	Intervalo	Razón*	
Sociodemográfico	9	7	1	1	-	De manera independiente para cada variable
Clínico físico	13	5	-	8	-	
Diabetes	3	-	-	-	3	A mayor puntuación mayor presencia de manifestaciones de alarma
Manifestaciones de alerta	30	-	-	-	30	
Autogestión del cuidado	23	-	-	-	23	A mayor puntuación mejor manejo de la diabetes
Manejo de la incertidumbre	7	-	-	-	7	
Corresponsabilidad	13	-	-	-	13	
Cuidado de los pies	28	-	-	-	28	
Total	126	12	1	9	104	

Nota: * La puntuación es de 0 a 10, en donde 0 indica que no se presentan las manifestaciones o no se realizan las actividades y 10 la mayor frecuencia en que se presentan las manifestaciones o se realizan las actividades

Las variables de acuerdo a Villasís y Mireles (2016), son aquellas características atribuibles al fenómeno de estudio factibles de recolectar y medir a partir de cuatro escalas de medición: cualitativas nominales y ordinales, y cuantitativas de intervalo y de razón. La asignación de la escala de medición para las variables se pueden observar en la Tabla 2 (Distribución de escala de medición por variables). Las variables a partir del segundo eje son cuantitativas de razón con una escala de medición de 0 a 10, se incluye una escala de equivalencia tipo Likert con seis opciones de respuesta para aquellas personas que se les dificulte responder con la escala de 0 a 10. La recolección de la evidencia empírica se inició con la pregunta: ¿con qué frecuencia? para cada una de las variables, el instrumento es autoadministrado, con la factibilidad de documentarse con apoyo de los colaboradores, de así requerirse por parte de los participantes.

Tratamiento estadístico, para la validación por expertos, se elaboró un archivo en Excel por cada experto, que contiene carta invitación, indicaciones generales, introducción, descripción general del estudio, datos generales del experto, matriz independiente de evaluación para los criterios de coherencia, relevancia, claridad y suficiencia, además una matriz de concentración para los dictámenes por los expertos con la aplicación de la fórmula para determinar el valor de CVR':

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}} \quad CVR' = \frac{CVR+1}{2}$$

para cada una de las variables por cada uno de los criterios y para determinar el valor del Índice de Valor de Contenido ($IVC = \frac{\sum_{i=1}^M CVR'_i}{M}$) para cada criterio. Para la validación interna se elaboró una base de datos en Excel para su posterior tratamiento con paquete estadístico de Statistica-7; los datos sociodemográficos se describen con estadística descriptiva.

La integración de los panelistas expertos y la evaluación del instrumento por los expertos fue durante el mes de julio de 2019; la integración del panel se realizó por invitación a participar en el proceso de evaluación por expertos del instrumento; se seleccionó a personas del área asistencia y educativa, de instituciones de prestigio y renombre, en cuanto al área asistencial fueron aquellas personas que cubrían el requisito de tener experiencia en la coordinación o atención a las personas que viven

con diabetes; en relación al área educativa a quienes tuvieran experiencia en la formación del recurso humano de enfermería con el manejo de los contenidos teóricos y prácticos en relación a la atención de las personas que viven con diabetes. Se extendió la invitación a ocho profesionales de enfermería del sector salud de las siguientes instituciones: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, aceptando las ocho personas, pero solo cinco remitieron la evaluación del instrumento y cuatro catedráticos investigadores de la Escuela de licenciatura en Enfermería, unidad Torreón de la Universidad Autónoma de Coahuila, que en su totalidad remitieron la evaluación del instrumento.

Para la interpretación de resultados y validez externa se consideró la metodología de evaluación recomendada por Tristán (2008), en la que toda aquella variable que en la primera evaluación por los expertos se encuentre por debajo de un valor de la CVR' de 0.58, se debe revisar, considerando las observaciones de los expertos para corregirse y someterse a una nueva evaluación. En el presente estudio no se requirió un nuevo dictamen por los expertos, porque ninguna variable fue rechazada; la totalidad de las variables tuvieron valores por arriba de CVR' de 0.58 y solo se realizó un ajuste al instrumento agregándose dos variables por recomendación de los expertos, a 18 variables se les mejoró la semántica y la sintaxis atendiendo las observaciones de los expertos.

En relación con el aspecto ético, el estudio se sometió a consideración de la Dirección General Académica y la Coordinación General de Posgrado y Educación Continua de Investigación de la Universidad Autónoma de la Laguna, para dar cumplimiento a los artículos 98 y 100 en el Título Quinto y el artículo 14, fracción VII, en el Título Segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. La investigación es de riesgo mínimo por la utilización de un instrumento documental para valorar el nivel de empoderamiento para el autocuidado de las personas que viven con diabetes, lo cual no implica riesgo de comprometer la integridad de los participantes, quienes acceden a participar de forma voluntaria, otorgándoles la seguridad del anonimato, y en todo momento, el respeto a la dignidad, los derechos y bienestar de los participantes, como se establece en el artículo 13, 14 fracción I y V, 16, 17 fracción II en el Título Segundo del Reglamento de la Ley

General de Salud en Materia de Investigación en Salud. Otorgando un dictamen de “Autorizado para su realización” por cumplir con los requisitos de rigor científico, calidad metodológica y apego a los principios éticos, Diario Oficial de la Federación (2014).

En apego a los artículos 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud se documenta consentimiento informado en el que se incluye nombre, dirección y firma del participante, investigador responsable del estudio y dos testigos.

Se habilitó a los colaboradores del estudio en el llenado adecuado del instrumento para blindar la calidad de la recolección de la evidencia empírica en campo, el sistema empleado para conformar la muestra es a partir de la ubicación de personas claves en la comunidad a quienes se les solicita su participación para el reclutamiento de los participantes en el estudio por invitación, acordando día, hora y lugar en el que se concentran las personas para el levantamiento de la información, previa firma de consentimiento informado, la recolección de la información se realizó en agosto de 2019, durante el proceso de recolección de la información, a petición de los participantes, se aclararon dudas y orientó en relación a su autocuidado, se otorgó un paquete de autocuidado que consiste en treinta sobres de Stevia, edulcorante recomendado para las personas que viven con diabetes.

Resultados

Participaron 120 personas que viven con diabetes, posterior a la firma de consentimiento informado se realizó la recolección de la información, los datos correspondientes al primer eje integrado con 22 variables cualitativas nominales, ordinales y cuantitativas de intervalo, las cuales se detallan con estadística descriptiva con valores absolutos y relativos; la validez externa de la totalidad de las variables con el modelo alternativo propuesto por Tristán al propuesto por Lawshe y para la validez interna la determinación del alfa de Cronbach estimado con paquete estadístico de Statistica-7. de las variables cuantitativas de razón.

Tabla 3. Edad por género

Años	Frecuencia		Σ	%
	Masculino	Femenino		
20 a 29	0	2	2	2
30 a 39	4	7	11	9
40 a 49	5	12	17	14
50 a 59	11	25	36	30
60 a 69	10	22	32	27
70 a 79	5	11	16	13
80 a 89	2	4	6	5
Σ	37	83	120	100

N = 120

Tabla 4. Valores glucémicos en ayuno

Valor de referencia	Frecuencia		Σ	%	X valor glucémico
	Masc.	Fem.			
> 130 mg.	3	5	8	7	278 mg.
< =130 mg.	0	3	3	3	102 mg.
Σ	3	8	11	-	-
%	8	10	-	9	-
X valor glucémico	156 mg.	115 mg.	-	-	154 mg.

En la Tabla 3 (Edad por género) vemos que 69% son mujeres y 31% hombres, con una mínima de 24 años, una máxima de 87 años y una media de 58 años; prevalecen las personas casadas en 52%. 62 personas refieren tener un ingreso por arriba del mínimo mensual al 2019, 39 personas menor al mínimo mensual y 19 igual al mínimo mensual, de los cuales 40% procede su ingreso por trabajo, 16% por su pareja, 13% por pensión y 31% restante por los hijos, jubilación y apoyo gubernamental.

En relación con la formación académica 55% cuentan con formación básica primaria 32%, y secundaria 23%, 45% restante está conformado por el nivel técnico, preparatoria, licenciatura y maestría; 80% cuenta con servicio médico y 78% son atendidos en el sistema de salud público.

En relación con el peso corporal la mínima encontrada fue de 36.40 kg, una máxima de 126 kg. y una media de 81.955 kg. 60% tiene obesidad, de los cuales 58% están en grado I; en índice cintura cadera, la mayoría se encuentran en el nivel alto 84% los hombres y 86% las mujeres. En cuanto a la tensión arterial la media de la cifra sistólica fue de 100 mmHg., una mínima de 90 mmHg., una máxima de 170 mmHg.; con una media de la cifra diastólica de 74 mmHg., con una mínima de 40 mmHg., y una máxima de 110 mmHg.

En la media del valor glucémico en ayuno (Tabla 4), en nueve participantes solo tres de ellos se encontraban con valores por debajo del valor de referencia con una media total de 154 mg. de azúcar en sangre capilar.

En cuanto a los valores glucémicos postprandiales, en 22 participantes con toma de la glicemia capilar posterior a la primera hora de la ingesta de alimentos, solo 19 de ellos tenían valores abajo del valor de referencia, con una media de 272 mg. de glucosa en sangre capilar; a trece participantes se les realizó la toma de la glicemia capilar posterior a la segunda hora de la ingesta de alimentos y solo tres tenían valores por abajo del nivel de referencia con una media de 230 mg. de glucosa en sangre capilar. A 56 participantes se les realizó la toma de glicemia capilar posterior a tres o más horas de la ingesta de alimentos y solo quince tenían valores por debajo del valor de referencia con una media de 199 mg. de glucosa en sangre capilar.

Del total, solo una persona refirió tener diabetes tipo 1, el resto diabetes tipo 2; en relación con el tratamiento 53% tiene más de un manejo, 48% su manejo es farmacológico con hipoglucemiantes orales. Con relación a los antecedentes 27% niega antecedentes familiares de diabetes, 27% refiere madre con diabetes y 19% madre y padre diabéticos, en relación con los abuelos 5% refieren ambos abuelos de la línea materna y ninguno refiere abuelos de la línea paterna, en cuanto al colateral preferente, 14 de los participantes refieren tener hermano y hermana con diabetes, 28% de los hermanos corresponde a 21 hombres y 26 mujeres.

La consistencia externa, validez de contenido por el panel de nueve expertos de los cuales, cuatro cuentan con experiencia en coordinación y atención educativa en relación a la diabetes y cinco en coordinación y atención en área clínica de las personas que viven con diabetes, fue de la siguiente manera a partir de la siguiente fórmula:

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}} \quad CVR' = \frac{CVR+1}{2}$$

en donde n_e es el total de expertos que ponderan con un nivel alto, N = total de expertos participantes y el IVC con la fórmula:

$$IVC = \frac{\sum_{i=1}^M CVR'i}{M}$$

donde $CVR'i$ corresponde a la Razón de Validez de Contenido de las variables aceptadas con el criterio propuesto en el modelo alternativo de Tristán al propuesto por Lawshe y M = el total de variables aceptadas del instrumento.

Tabla 5. Cálculo de CVR' e IVC de la coherencia sociodemográfica clínico físico

Variable	Nivel			NCC*	CVR'	IVC
	Alto	Moderado	Bajo			
E1.1.1	8	1			0.89	8.33/9 = 0.93
E1.1.2	9				1	
E1.1.3	8	1			0.89	
E1.1.4	8	1			0.89	
E1.1.5	9				1	
E1.1.6	7	2			0.78	
E1.1.7	9				1	
E1.1.8	9				1	
E1.1.9	8	1			0.89	
				∑	8.33	
E1.2.1	9				1	11.78/12 = 0.98
E1.2.2	9				1	
E1.2.3	9				1	
E1.2.4	9				1	
E1.2.5	9				1	
E1.2.6	8	1			0.89	
E1.2.7	8	1			0.89	
E1.2.8	9				1	
E1.2.9	9				1	
E1.2.10	9				1	
E1.2.11	9				1	
E1.2.12	9				1	
				∑	11.78	
				∑	20.11	20.11/21 = 0.96

*NCC= No cumple con el criterio

Tabla 6. Cálculo de CVR' e IVC de la coherencia de las manifestaciones de la diabetes

Variable	Nivel			NCC*	CVR'	IVC
	Alto	Moderado	Bajo			
E2.1.1	9				1	3/3 = 1
E2.1.2	9				1	
E2.1.3	9				1	
				∑	3	
E2.2.1	8	1			0.89	28.78/30 = 0.96
E2.2.2	9				1	
E2.2.3	9				1	
E2.2.4	9				1	
E2.2.5	9				1	
E2.2.6	7	1	1		0.78	
E2.2.7	9				1	
E2.2.8	8		1		0.89	
E2.2.9	9				1	
E2.2.10	9				1	
E2.2.11	9				1	
E2.2.12	9				1	
E2.2.13	8	1			0.89	
E2.2.14	7	2			0.67	
E2.2.15	8	1			0.89	
E2.2.16	8	1			0.89	
E2.2.17	9				1	
E2.2.18	9				1	
E2.2.19	8		1		0.89	
E2.2.20	9				1	
E2.2.21	9				1	
E2.2.22	9				1	
E2.2.23	9				1	
E2.2.24	9				1	
E2.2.25	9				1	
E2.2.26	9				1	
E2.2.27	9				1	
E2.2.28	9				1	
E2.2.29	9				1	
E2.2.30	9				1	
				∑	28.78	
				∑	31.78	31.78/33 = 0.96

*NCC= No cumple con el criterio

Los resultados para la coherencia del eje sociodemográfico clínico físico (Tabla 5) en la variable compleja sociodemográfica la CVR' osciló de 0.78 a 1.00, en la clínica física de 0.89 a 1.00, con una CVR' en el eje de 0.96. La Tabla 6 o Coherencia del eje de las manifestaciones de la diabetes, en la de diabetes sin variación el valor encontrado de la CVR' fue de 1.00, la de manifestaciones de alerta el valor de la CVR' de 0.67 a 1.00 con una CVR' en el eje de 0.96.

Tabla 7. Cálculo de CVR e IVC de la coherencia del autocuidado

Variable	Nivel			NCC*	CVR´	IVC
	Alto	Moderado	Bajo			
E3.1.1	9				1	
E3.1.2	9				1	
E3.1.3	9				1	
E3.1.4	9				1	
E3.1.5	9				1	
E3.1.6	9				1	
E3.1.7	9				1	
E3.1.8	9				1	
E3.1.9	9				1	
E3.1.10	9				1	
E3.1.11	9				1	21.78/22 = 0.99
E3.1.12	8		1		0.89	
E3.1.13	9				1	
E3.1.14	9				1	
E3.1.15	9				1	
E3.1.16	9				1	
E3.1.17	9				1	
E3.1.18	9				1	
E3.1.19	9				1	
E3.1.20	9				1	
E3.1.21	9				1	
E3.1.22	8		1		0.89	
				∑	21.78	
E3.2.1	7	1	1		0.78	6/7 = 0.86
E3.2.2	8	1			0.89	
E3.2.3	8	1			0.89	
E3.2.4	7	2			0.78	
E3.2.5	8	1			0.89	
E3.2.6	8	1			8.89	
E3.2.7	8	1			0.89	
				∑	6.00	
E3.3.1	9				1	12.67/13 = 0.97
E3.3.2	9				1	
E3.3.3	9				1	
E3.3.4	9				1	
E3.3.5	9				1	
E3.3.6	9				1	
E3.3.7	9				1	
E3.3.8	9				1	
E3.3.9	9				1	
E3.3.10	7	1	1		0.78	
E3.3.11	9				1	
E3.3.12	8	1			0.89	
E3.3.13	9				1	
				∑	12.67	
				∑	40.44	40.44/42 = 0.96

*NCC= No cumple con el criterio

Tabla 8. Cálculo de CVR e IVC de la coherencia del cuidado de los pies

Variable	Nivel			NCC*	CVR´	IVC
	Alto	Moderado	bajo			
E4.1.1	9				1	
E4.1.2	9				1	
E4.1.3	9				1	
E4.1.4	8		1		0.89	
E4.1.5	8	1			0.89	
E4.1.6	8		1		0.89	
E4.1.7	9				1	
E4.1.8	7	1	1		0.78	
E4.1.9	9				1	
E4.1.10	9				1	
E4.1.11	8	1			0.89	27.00/28 = 0.96
E4.1.12	9				1	
E4.1.13	9				1	
E4.1.14	9				1	
E4.1.15	9				1	
E4.1.16	9				1	
E4.1.17	9				1	
E4.1.18	9				1	
E4.1.19	8	1			0.89	
E4.1.20	9				1	
E4.1.21	9				1	
E4.1.22	9				1	
E4.1.23	8	1			0.89	
E4.1.24	9				1	
E4.1.25	9				1	
E4.1.26	9				1	
E4.1.27	8		1		0.89	
E4.1.28	9				1	
					∑	27.00

*NCC= No cumple con el criterio

En el eje de Autocuidado en cuanto a coherencia (Tabla 7), la autogestión del cuidado de los valores de la CVR' van de 0.89 a 1.00, en el manejo de la incertidumbre de 0.78 a 0.89, en corresponsabilidad de 0.78 a 1.00, la CVR' del eje es 0.94.

La coherencia del eje cuidado de los pies, solo una variable tuvo un valor de la CVR' de 0.78, siete variables con un valor de la CVR' de 0.89 y el resto con un valor de 1.00, el valor total de la CVR' es de 0.96.

En la Tabla 8 coherencia por ejes el IVD al igual que la RVC' son iguales por la razón de que ninguna variable se descartó porque la RVC' por variable fue por arriba de 0.58.

En cuanto a la relevancia, en la variable compleja sociodemográfica el CVR' osciló de 0.67 a 1.00, en la clínica física de 0.89 a 1.00, en la de diabetes sin variación el valor encontrado fue de 1.00, la de manifestaciones de alerta de 0.78 a 1.00, en la autogestión del cuidado de 0.89 a 1.00, en el manejo de la incertidumbre de 0.78 a 1.00, en corresponsabilidad de 0.78 a 1.00 y en el cuidado de los pies de 0.67 a 1.00, con CVR' total de 0.92. En la Tabla 9 se describen los IVC y la CVR' por ejes.

En la Tabla 10, claridad por eje, el CVR' IVC encontrado es de 0.88, en la variable compleja sociodemográfica el CVR' osciló de 0.67 a 1.00, en la clínico física de 0.67 a 1.00, en la de diabetes de 0.89 a 1.00, la de manifestaciones de alerta de 0.67 a 1.00, en la autogestión del cuidado de 0.78 a 0.89, en el manejo de la incertidumbre de 0.67 a 0.89, en corresponsabilidad de 0.78 a 0.89 y en el cuidado de los pies de 0.67 a 1.00, con CVR' total de 0.88.

El resultado en cuanto a la suficiencia, de la totalidad del instrumento la CVR' es de 0.98, para la variable compleja sociodemográfica el valor de CVR' es de 0.89, para la clínico física 1.00, para la variable compleja diabetes 1.00 y la de manifestaciones de alerta 1.00 y para el eje 1.00, para la autogestión del cuidado 1.00, manejo de la incertidumbre 1.00, para la corresponsabilidad 1.00 y para el eje 1.00, para el cuidado de los pies 1.00 con una CVR' total de 0.98.

De acuerdo con Mateus y Céspedes (2016), en relación con la validez interna, que describe el grado en que se mide la concordancia interna de las variables cuantitativas que integran la totalidad de los ejes, midiendo una misma característica, participaron 120 personas que se saben diabéticas, previa firma del consentimiento informado y orientándolos en la forma de llenado del instrumento, se recabó la in-

formación, posteriormente se realizó el vaciado de los datos a la base generada en Excel para su transportación al paquete estadístico Statistica-7 y realizar el análisis de fiabilidad del coeficiente del alfa de Cronbach con las 104 variables cuantitativas de razón obteniendo un valor con alfa de Cronbach de .94 descrito en la Figura 1.

Tabla 9. Cálculo de CVR e IVC de la coherencia por ejes

Eje	Total de variables	Nivel			CVR ¹	IVC
		Alto	Moderado	Bajo		
E1	21	181	8	0	11.78/21 = 0.98	
E2	33	286	7	4	28.78/33 = 0.96	
E3	42	364	10	4	40.44/42 = 0.96	
E4	28	242	5	4	27.00/28 = 0.96	
					119.33/124 = 96	

Tabla 10. Cálculo de CVR e IVC de la relevancia por ejes

Eje	Total de variables	Nivel			CVR ¹	IVC
		Alto	Moderado	Bajo		
E1	21	176	9	4	19.65/21 = 0.93	
E2	33	284	6	7	31.56/33 = 0.96	
E3	42	353	10	15	39.22/42 = 0.93	
E4	28	214	6	32	23.78/28 = 0.85	
					114.11/124 = 92	

Tabla 11. Cálculo de CVR e IVC de la Claridad por ejes

Eje	Total de variables	Nivel			CVR ¹	IVC
		Alto	Moderado	Bajo		
E1	21	164	19	6	18.22/21 = 0.87	
E2	33	278	12	7	30.89/33 = 0.94	
E3	42	326	7	45	36.22/42 = 0.86	
E4	28	219	2	31	23.78/28 = 0.85	
					109.67/124 = 88	

Tabla 12. Cálculo de CVR e IVC de la suficiencia por ejes

Variable	Nivel			NCC*	CVR ¹	IVC
	Alto	Moderado	Bajo			
E1.1	8	1			0.89	1.89/2 =
E1.2	9				1	0.94
E2.1	9				1	2/2 = 1
E2.1	9				1	
E3.1	9				1	
E3.2	9				1	3/3 = 1
E3.3	9				1	
E4.1	9				1	1/1 = 1
				Σ	7.89	7.89/8 = 0.98

*NCC= No cumple con el criterio

Figura 1. Coeficiente de fiabilidad con alfa de Cronbach

```

Number of items in scale: 104
Number of items with zero variance: 0
Number of valid cases: 120
Number of cases with missing data: 0
Missing data were deleted: casewise

SUMMARY STATISTICS FOR SCALE
Mean: 549.88333333 Sum: 65986.000000
Standard Deviation: 137.27768480 Variance: 18845.162745
Skewness: -.223472551 Kurtosis: -.883461820
Minimum: 263.00000000 Maximum: 850.00000000
Cronbach's alpha: .938743336

```

Fuente: Base de datos procesada en paquete estadístico Statistica-7

Discusión

El instrumento tiene una adecuada consistencia interna de acuerdo con Mateus y Céspedes (2016) refiriendo los criterios mínimos de fiabilidad entre .70 a .90 de Valderas et. al, y una adecuada consistencia externa a razón de los valores encontrados por arriba de la CVR´ 0.58, referido en el modelo alternativo de Tristán (2008), del modelo de Lawshe.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el instrumento denominado “Inventario para el autocuidado de las personas que viven con diabetes” cuenta con una consistencia y nivel adecuado de coherencia interna adecuada, por lo que permite medir lo que realmente se quiere medir, y una consistencia externa al estar constituido con una muestra adecuada de las posibles características inherentes al fenómeno que se pretende estudiar.

Conclusiones

El instrumento tiene una muy buena consistencia interna y externa, es prometedor para las personas que viven con diabetes al facilitar su autovaloración y guiar su conducta de autocuidado o la gestión del cuidado ante los profesionales de la salud al identificar valores de alarma.

La evaluación por expertos proporciona información relevante que permite identificar las variables débiles que requieren ser reestructuradas o bien descartadas, las aportaciones de los expertos son muy valiosas para el ajuste del instrumento, razón por la cual se requiere que quienes participen en esta etapa del estudio, tengan conocimiento amplio del fenómeno a estudiar, en este caso, la vasta experiencia de los expertos participantes favoreció el enriquecimiento del instrumento.

El tiempo aproximado para contestar el instrumento fue de diez minutos, el cual se puede prolongar al atender la demanda de información con relación al manejo de su estado de salud en relación con su padecimiento por los participantes.

Los resultados en relación con las variables cualitativas arrojan información que permite una descripción general de las características del grupo poblacional estudiado, las cuales se retomaran en otro momento del estudio.

Referencias

- Alonso, F. M., De Santiago, N.a., Moreno, M. A., Carramiñana, B. F., Miravet, J.S., Seguí, Ll. T., Huidobro, D. C., (2015). *Guía clínica diabetes mellitus*. España: Euromedice.
- Diario Oficial de la Federación. (2018). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018&print=true
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Federación Mexicana de Diabetes. [FMD]. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Federación Mexicana de Diabetes A.C.* Recuperado de <http://fmdiabetes.org/encuesta-nacional-salud-nutricion-medio-camino-2016/>
- Federación Internacional de Diabetes. [FID]. (2015). *Atlas de la diabetes de la FID*. 7 ed. Bruselas: International Diabetes Federation. Recuperado de http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2017/08/IDF_Atlas_2015_SP_WEB-3.pdf
- Federación Internacional de Diabetes. [FID]. (2017a). *Cuidado y prevención: Prevención de la diabetes tipo 2*. Recuperado de <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/prevention.html>

- Federación Internacional de Diabetes. [FID]. (2017b). *La Red Blue Circle Voices de la FID: Perspectivas de las personas que viven con diabetes*. Recuperado de <https://www.idf.org/e-library/welcome.html>
- Johnson, C. M. y Hurtado, A. P. (2017). La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *Ciencia y Enfermería*, 23(1), 57-65. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000100057>
- Marriner, T. A. y Raile, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. 9 ed. España: Elsevier.
- Mateus, G. E. y Céspedes, C. V. (2016). Validez y Confiabilidad del instrumento "Medición de la autoeficacia percibida en apnea del sueño" – SEMSA. *Aquichan*, 16 (1), 67-82. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.8>
- Mercado, P. J. (2017). Incertidumbre frente a la enfermedad: aporte teórico de Merle H. Mishel a la enfermería. *Revisalud Unisucre*, 3(1), 31-35. <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/576/619>
- Mishel, M. H. (1988). *Uncertainty in illness*. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20, p. 226.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Diabetes datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Cumbre de desarrollo sostenible 2015*. Nueva York. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/un-sustainable-development-summit/es/>
- Prado, S. L., González, R. M., Paz, Gómez, N. y Romero, B. K. (2014). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36, 835-845. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- Tristán, L. A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe, para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*, 6(1), 37-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2981185>
- Villasís, K. M. y Miranda, N. M. (2016). El protocolo de investigación IV: las variables de estudio. *Revista Alergia México*, 62 (3), 303-310. <http://www.revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/199/350>



Prevalencia y factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva

Sheyla A. Estrada Cruz*
María D.L. Pérez Rodríguez
Jesús Nevárez Carranza
Eloína Ruiz Sánchez

Introducción

La lactancia materna es el proceso por el cual la madre alimenta con leche materna a su bebé en diferentes etapas de su vida. Existen diferentes tipos de lactancia, como la lactancia materna exclusiva, la materna predominante y la lactancia materna complementaria (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

La lactancia materna exclusiva (LME) es la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, y es el alimento ideal para aportar los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables. Aunado a los beneficios inmediatos, según la Organización Mundial de la Salud (2019) “la Lactancia Materna (LM), cubre más de la mitad de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año”. Lo que repercute positivamente durante toda la vida, al fomentar un desarrollo sensorial y cognitivo a través del vínculo afectivo que se genera entre madre e hijo, así como por los aportes nutricionales que ofrece, al contener agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas, elementos traza, hormonas y enzimas además de la protección que brinda contra posibles enfermedades al contener Ig A, lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos que confieren una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente

* Autores de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

(Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013). La lactancia materna no solo protege de enfermedades infecciosas respiratorias agudas o diarreicas sino también de las enfermedades crónicas, al disminuir la tendencia al sobrepeso u obesidad, y por lo tanto, la diabetes tipo 2; también favorece la salud y bienestar de las madres, reduciendo el riesgo de cáncer de mama y de ovario, diabetes tipo 2 y depresión postparto, ayuda a la involución uterina en el posparto. Mantiene un estrecho vínculo afectivo materno filial, al proporcionar al bebé consuelo, cariño, compañía y seguridad, asimismo ayuda a la madre en su crecimiento personal, el ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo derivado del precio que no se habrá de pagar por la leche artificial y accesorios como biberones, sino también del menor consumo en consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos que se ha demostrado en los bebés alimentados con leche materna. Además, contribuye al cuidado del planeta disminuyendo la huella ecológica: no genera residuos y es sostenible, aumenta los recursos familiares y nacionales al reducir los costos asociados con el cuidado de la salud (Asociación Española de Pediatría, 2008). Brindar LME, como recomienda la OMS y Unicef (2019) “durante los primeros 6 meses y posterior al inicio de la ablactación continuar con la LM”, reducirá la morbi-mortalidad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019).

A nivel mundial, solo 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva (Organización Mundial de la Salud, 2018). Si todos los niños fueran amamantados, cada año se salvarían unas 820 000 vidas infantiles (OMS, 2018).

Según la Organización Panamericana de Salud (2018), en la región de las Américas 38% son alimentados con leche materna de manera exclusiva hasta los seis meses de edad, y 32% continúa con lactancia materna por dos años.

En cuanto a México, 31% de los menores de seis meses son alimentados con leche materna exclusiva, cifra menor al promedio mundial y muy alejada de otros países como Perú (62.2%) o Bolivia (58.3%) (Unicef, 2019). En Durango, para el 2014, 86% de las madres practicaron lactancia materna exclusiva y la duración media de la lactancia materna exclusiva fue de 7.7 (Inegi, 2016).

Diferentes autores han encontrado un bajo porcentaje de madres que lactan hasta los seis meses de vida, como Gorrita y Hernández (2016) en su estudio para

evaluar las características de la familia, su funcionamiento familiar y su relación con el tiempo de lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida, los cuales encontraron que al cuarto mes 46,6 % de los niños recibía lactancia materna exclusiva, y solo 16,6 % al sexto mes; por otra parte, Ramiro et al., (2017) encontraron que la lactancia materna exclusiva a los seis meses fue de 25,4% y la lactancia materna a los dos años, de 7,7%. Las razones principales de finalización de la lactancia fueron la producción insuficiente de leche (36%) y la incorporación al trabajo (25,9%). Esto coincide con Oribea et al., (2015) en donde la prevalencia de la lactancia materna exclusiva fue de 84,8%, a los cuatro meses de 53,7% y a los 6 meses de 15,4%, la razón referida con más frecuencia para el abandono de la lactancia materna exclusiva fue la laboral (31,1%), seguida de la hipogalactia (19,4%).

El abandono de la lactancia materna exclusiva se atribuye a diversos factores ya que la lactancia materna no es solo un comportamiento instintivo sino que depende del aprendizaje, que está influenciado por factores socioeconómicos y culturales como la estructura familiar, los ingresos en la mujer trabajadora y las condiciones laborales, así como también la influencia que ejerce el medio en el que se desenvuelve cotidianamente, dichos factores determinan la aceptabilidad y expectativas sobre la práctica de la lactancia materna, tal como lo muestran los resultados obtenidos por Rius et al., (2014), quienes realizaron un estudio para conocer la prevalencia de LM durante los primeros doce meses posparto y analizar los factores asociados a su abandono, encontrando que 105 (28,7%) abandonan precozmente la lactancia materna exclusiva en los primeros tres meses de vida del lactante; los factores asociados al abandono precoz fueron: los sociodemográficos, entre ellos, el nivel de estudios maternos universitarios (OR = 0,59; IC 95%: 0,40-0,88), $p= 0,014$.

Por otro lado, el cambio del rol de la mujer dentro de la sociedad ha impactado de manera significativa en el mantenimiento de la lactancia materna, al ser miles de mujeres las que se incorporan a la actividad económica fuera del hogar sin contar con las facilidades en sus trabajos para continuar con la práctica del amamantamiento, lo que las lleva a abandonar la LME parcial o totalmente. Como lo demuestran algunos estudios en donde se ha encontrado la influencia de la actividad laboral en el mantenimiento de la lactancia materna, entre otros, los realizados por Espinoza, Zamorano, Graham y Orozco (2014), quienes hallaron que entre las principales cau-

sas de suspensión de la lactancia materna exclusiva se encontraba la percepción disminuida en la producción láctea en 20.7% casos, seguida de la situación laboral y grietas en los pezones en 13.6%, resultado similar al de Quispe, Oyola, Navarro y Silva (2015), en que 40,58 % de las madres señalaron que el abandono se produjo debido a que no se llenaba el niño, siendo el factor más alto con una $M = 23,54$ (IC 95%: 21, 11-25, 89) y el 34,78 % por la reincorporación al trabajo. En cambio, en el estudio de Vila, Soriano, Pérez y Castro (2018), el abandono se relaciona con hipogalactia y la enfermedad del recién nacido (21.8%), seguido del poco aumento de peso del RN (14.9%). Por ello, es conveniente el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, pues reduce en casi 20% el riesgo de morir en el primer mes, ofrece protección inmediata, así como estimulación del sistema inmunológico (OPS, 2019), debido a esto, es importante que en la sala de expulsión se coloque al bebé sobre el pecho de su madre inmediatamente al nacimiento (contacto precoz), para favorecer la vinculación y el inicio de la lactancia; al menos la primera hora (AEP, 2008). Ya que también es uno de los factores que favorecen la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, como lo refiere Mazo y Suárez (2018) en un estudio sobre prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos, en donde se encontró que el factor que influyó significativamente con un valor de ($p < 0.001$) para una LME fueron iniciar la LM en la primera hora de vida del RN, el contacto piel con piel, haber decidido antes del parto dar LM, haber tenido un parto eutócico y sin complicaciones.

Sin embargo, de acuerdo a la (ENIM, 2015) en México sólo 51% de los recién nacidos reciben lactancia materna en la primera hora de vida, y se presenta particularmente baja entre los nacidos en el sector privado (32%), a pesar que se ha fomentado la lactancia materna a través de distintos programas implementados por la OMS y la Unicef como: La adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición, la Declaración de Innocenti y la Iniciativa “Hospitales amigos del niño” y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, distinguiéndose esta última por su vasto enfoque e importancia brindada a la nutrición durante los primeros meses y años de vida, al igual que a la práctica de alimentación correcta para lograr un estado de salud óptimo que garantice la alimentación apro-

piada de los niños del mundo. También se pretende que dicha estrategia sirva de guía para la adopción de medidas, ya que identifica intervenciones cuyas repercusiones positivas están probadas, y en ella se hace hincapié en que se ofrezca a las madres y las familias el apoyo que necesitan para desempeñar sus papeles fundamentales. Así como también se definen expresamente las obligaciones y las responsabilidades que tienen a este respecto los gobiernos, las organizaciones internacionales y demás partes interesadas de las prácticas de alimentación y supervivencia de los lactantes y los niños pequeños (OMS, 2003).

Debido a la importancia e implicaciones de la LME en la vida de un lactante, como personal de enfermería, debemos fortalecer e implementar estrategias de afrontamiento para su adaptación a una lactancia eficaz, y por consiguiente, evitar futuras complicaciones. De acuerdo a Roy, el nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales, consiguiendo la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno; esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que conduce a tener buena salud (Kenneth y Robin, 2015, pp. 300-301).

En el caso de la lactancia materna exclusiva, las madres se enfrentan a diversos cambios de su entorno debido a múltiples estímulos focales como: edad de la madre, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, ingreso mensual, apego, tipo de parto, paridad, los cuales influyen positiva o negativamente en la prevalencia de la lactancia materna, y por lo tanto, en el estado de salud de madre e hijo, afectando así los modos adaptativos: físico-psicológico, dominio del rol e interdependencia.

El modelo de Roy utilizado en este estudio se centra en el concepto de adaptación de la persona, dado que la persona busca continuamente estímulos en su entorno, efectuando una reacción, que da paso a la adaptación (Kenneth y Robin, 2015, p. 300). Debido a que la madre cuenta con una perspectiva propia, que fue dada por creencias y sensaciones que ella generó o introyectó como su realidad, al tener unas creencias y sensaciones que ayudan a la realización de esta práctica, generarán por consiguiente un vínculo de apego con su bebé que beneficiará a ambas partes. De no contar con esa interdependencia la madre perderá su función como cuidadora de su bebé, y el recién nacido se verá expuesto a múltiples riesgos tanto físicos como

emocionales ya que se encuentra en una etapa crítica para su crecimiento y desarrollo.

Es ahí donde la enfermera centra su labor, pues de acuerdo con Roy la enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno, siendo esta una profesión centrada en los procesos humanos vitales. La persona es un sistema vital abierto que recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma, y su nivel de adaptación está determinado por los efectos que producen los tres tipos de estímulos: focales, contextuales y residuales, consiguiendo la adaptación al reaccionar de forma positiva a los cambios del entorno (Kenneth y Robin, 2015, p. 300).

Por esa razón, el objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia y los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. La población estuvo compuesta por madres en periodo de lactancia de niños nacidos en la ciudad de Durango. La muestra se conformó por 83 madres de niños que se encontraban dentro de los seis meses a un año de vida, seleccionadas mediante un muestreo por conveniencia.

Se incluyeron madres que se encontraron dentro del periodo de lactancia mayor o igual a seis meses, con niños de seis meses a un año de edad, madres que tuvieron un recién nacido sano. Se excluyeron madres que no aceptaron participar, aquellas que presentaron algún problema de salud que les impidió llevar a cabo la lactancia y se eliminaron las madres que quisieron retirarse del estudio y los instrumentos incompletos. La investigación se llevó a cabo del 1 de enero al 30 de agosto de 2019. La recolección de datos se realizó del 1 al 15 de agosto en el domicilio de las madres.

Variables: dependiente, la prevalencia e independientes; factores sociodemográficos: (edad de la madre, edad del recién nacido, nivel educativo, ocupación, estado civil, ingreso mensual), factores de riesgo en relación al parto (tipo de parto, peso del niño, sexo, paridad y apego), factores culturales (conocimientos, creencias).

Instrumento

El instrumento utilizado para valorar la prevalencia y los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, fue adaptado del utilizado y validado con un Alfa de Cronbach de 0.8 por (Rondán, 2015). El cual fue modificado de acuerdo a las características de nuestra población, obteniendo una validez (Alfa de Cronbach) de 0.795 en prueba piloto y 0.704 en prueba final.

El cuestionario se encuentra dividido en cuatro subescalas en las que se valoran datos sociodemográficos, culturales: creencias y conocimientos, así como características del recién nacido y en relación al parto. Cuenta con un total de 24 ítems con diversas opciones de respuesta enumeradas de menor a mayor en donde la calificación máxima corresponde a la respuesta positiva.

Para obtener los valores numéricos de la subescala de factores culturales se realizó un intervalo de clases obteniéndose los siguientes rangos: 1 bajo, con un rango de 1.5-2; medio rango, de 2=2.1-2.4; y 3 alto, de 3=2.6-3. El nivel de prevalencia se evaluó de acuerdo al mayor porcentaje de las respuestas siendo 1 el menor y 3 el mayor.

Procedimientos

Para la realización de la investigación y aplicación de la encuesta se solicitó la aprobación del asesor teórico. La técnica que se empleó para la recolección de datos fue la entrevista, utilizando un cuestionario aplicado mediante un barrido en algunas colonias de la ciudad, en un lapso de diez minutos con previa información sobre el contenido y el método a seguir así como la autorización a través del consentimiento informado.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 22, elaborando una base de datos con la información recogida a través del cuestionario, se efectuó un análisis estadístico de tipo descriptivo, para comprobar las hipótesis 1 y 2 se utilizó X^2 y para la hipótesis 3 el coeficiente de correlación de Spearman.

Aspectos éticos

Para el desarrollo del estudio se respetaron las consideraciones éticas del código de Helsinki sobre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, la Ley Federal de Salud en materia de investigación artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; artículo 14. La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes a las fracciones I, V, VIII. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; Artículo 16. Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice; Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio; Artículo 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en estudio o cuando éste así lo manifieste; Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna; Artículo 22. El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos de la fracción I y II.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 83 madres con una edad promedio de 23 años, DE 6.574 en un rango de entre 14 y 40 años. En su mayoría 61.4% amas de casa, de estado civil: unión libre en un 50.6% DE .705, 44.6% cuenta con un ingreso mensual menor a 3 000 pesos con una DE.725, con respecto a la escolaridad predominó el nivel secundaria con un 42.2% y una DE de .909, del total de la muestra un 63.9% tuvo un parto vaginal DE .483, y 56.6% fue primípara DE.499. En cuanto al peso del bebé el mayor porcentaje fue de 81.9% correspondiente aquellos con un peso superior a 2.500 kg DE .387, en su mayoría del sexo masculino 60.2% DE .492, respecto

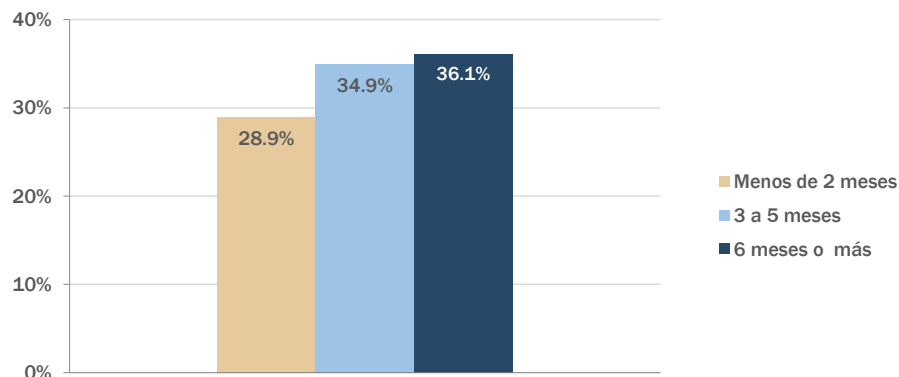
al inicio de la Lactancia esta se presentó mayormente en 42.2% posterior a las dos horas DE.233.

Se correlacionó los factores socioeconómicos con la prevalencia de lactancia materna exclusiva, en donde no se encontró una relevancia significativa, obteniendo los siguientes valores: nivel educativo $p=.469$, ocupación; $p=.191$, estado civil; $p=.028$, ingreso mensual; $p=.129$.

El 41% de la muestra refirió haber recibido orientación ocasionalmente, proporcionada durante el embarazo en 55.4% de los casos DE .671° en donde la enfermera con 43.4% DE.843 fue la principal fuente de información.

En relación a la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, el abandono fue mayor en el grupo de cero a cinco meses, al obtener 63.8%, con 28.9% aquellos que se encontraron en el grupo menores de dos meses, y 34.9% de dos a cinco meses. En comparación del grupo de seis meses o más, que presentó 36.1% DE.808. (Gráfica 1).

Gráfica 1. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva

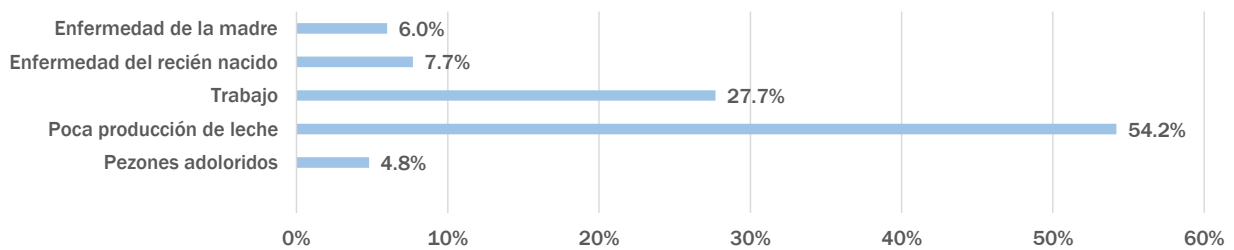


Fuente: Prevalencia y factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva

La edad que predominó respecto al comienzo de leche artificial fue hasta los seis meses con 36.1% DE.808, así como en el inicio de agua y jugos con un 62.7% DE.564 y de la prevalencia de la leche materna además de otro alimento con un 66.3% DE.721.

El principal motivo por el que se abandonó la lactancia materna fue por poca producción de leche con un 54.2% DE.927, seguido del trabajo con un 27.7%, enfermedad del lactante 7.2%, enfermedad de la madre 6% y con un menor porcentaje pezones adoloridos con un 4.8% (Gráfica 2).

Grafica 2 Motivos de abandono de la lactancia materna



Fuente: Prevalencia y factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva.

En la subescala de creencias se realizó un intervalo de clase que derivó una media de 1.98, DE .811, con valores de 1 para el mínimo y 3 para el máximo. En relación al nivel educativo sobresale la secundaria con un intervalo bajo de 13 y medio de 14 mismo que sobresale en todos los intervalos. Concerniente al estrés materno, un 49.4% se encuentra de acuerdo en que éste altera la leche materna.

En la hipótesis 1 y 2 los resultados del estadístico de chi cuadrado de Pearson nos muestran que no hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables al obtenerse en la hipótesis 1 X^2 2.244 y valor de $p=.326$, $gl=2$, encontrándose los valores más representativos en el sector de primíparas pertenecientes al grupo de 3 a 5 meses (17), seguidas del grupo de menos de 2 meses (16) y por último las multíparas en el grupo de 6 meses o más (16). Mientras que en la hipótesis 2 se obtuvo una X^2 de 1.546(a) con valor de $p=.462$, $gl=2$.

Tabla 1. Correlación paramétrica de Spearman

		Cuánto tiempo transcurrió para iniciar la lactancia materna	En esta lactancia hasta qué edad le dio solo pecho sin ningún otro alimento
Cuánto tiempo transcurrió para iniciar la lactancia materna	Correlación de Pearson	1	-.424**
	Sig.(bilateral)		.000
	N	83	83
En esta lactancia hasta qué edad le dio solo pecho sin ningún otro alimento	Correlación de Pearson	-.424**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	83	83

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Prevalencia y factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva

Por el contrario, en la hipótesis 3 se encontró que la prevalencia de la lactancia materna es mayor con respecto al tiempo que transcurra para el inicio de la misma, lo cual comprueba dicha hipótesis, al encontrarse una correlación con significancia de $p= 0.01$ mediante el análisis de correlación paramétrica de Spearman (Tabla 1).

Discusión

En este estudio se observó que del año 2014 a 2019 en la ciudad de Durango se presentó un descenso significativo en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva de casi 50% al haberse obtenido una prevalencia de 36.1 % comparada con la obtenida cinco años atrás, que fue de 86% (Inegi, 2016).

Esta prevalencia de 36.1% también es menor respecto al promedio mundial 41% Unicef (2019) y equiparable a los resultados obtenidos por la OPS (2018) con un 38%, Ensanut (2012) con un 14.5%, así como los resultados encontrados por diferentes autores como Mazo et al. (2018), Gorrita et al. (2016), Oribea et al. (2015).

De acuerdo a Roy, los modos de adaptación de las personas se relacionan con los estímulos de su entorno, reaccionando a través de la función fisiológica la función del rol y la interdependencia, ya sea de manera positiva o negativa entre uno y otro. Tal como lo refiere Mazo et al. (2018), se encuentra mejor respuesta adaptativa a la lactancia materna exclusiva en las madres que tienen un apego inmediato (estímulo focal), lo cual coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación, es decir, que a mayor tiempo de inicio menor prevalencia de LME.

En cambio, en los factores sociodemográficos o entorno no se encontró significancia respecto a la prevalencia en nuestra población, lo cual difiere de los resultados encontrados por Jacobo et al. (2014), así como los encontrados por Rius et al. (2014), en donde existe influencia respecto al mantenimiento; esto puede deberse a las diferencias de condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta propias de las personas y de los grupos, así como al buen afrontamiento.

En cuanto a los motivos de abandono de LME se detectó que la principal causa es la poca producción de leche, seguido del trabajo, resultado comparable con los estudios realizados por Campos et al. (2014), Quispe et al. (2015), Ramiro et al. (2017); y Espinoza et al. (2014).

Estas similitudes podrían obedecer a la falta de información sobre los beneficios de la lactancia materna en comparación con la leche artificial y por la mercadotecnia, la cual muestra de forma artificial los beneficios de los sucedáneos. Por ello cabe destacar la importancia del personal de enfermería como fuentes de información dentro de la población, como lo menciona Sor Callista Roy en su teoría de la Adaptación "Enfermería es una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general". Es así como todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias y comunidades y del sistema de atención sanitaria (OMS, 2003).

Conclusión

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva en la ciudad de Durango es baja. La principal causa de abandono es la poca producción de leche; el apego inmediato es el principal factor que influye en la prevalencia de ésta, lo que puede estar influido por la poca orientación recibida durante el embarazo sobre el tema. También se encontró que los factores sociodemográficos (edad de la madre, nivel educativo, ocupación, estado civil, ingreso mensual) y culturales (conocimientos y creencias) no se asocian con el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Dichos resultados marcan la pauta en el actuar del profesional sanitario para mejorar los datos obtenidos, dada la importancia de la lactancia materna como factor determinante de la salud infantil y materna. De ahí que la protección, promoción y apoyo a la misma sea una prioridad de salud pública. Es importante que todos los sistemas de salud se alinien con la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño propuesta por la OMS y la Unicef, cuyo propósito es mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y de este modo, la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños.

Asimismo es crucial, asegurarse que durante el embarazo la madre cuente con la información adecuada respecto a la lactancia como: técnicas correctas de amamantamiento, evaluación de las mamas, detección de factores de riesgo para la lactancia,

los beneficios que se obtendrán a través de esta y el reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia, ya que es ella quien decidirá cómo alimentar a su hijo, pero el profesional de salud debe asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome con una información correcta sobre la lactancia materna y sus ventajas, de igual forma, debe continuar con el fortalecimiento posterior al parto, facilitando el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

Para esto se requiere personal capacitado que guíe y apoye a la población a través de intervenciones necesarias, asumiendo que es imprescindible del trabajo en equipo multidisciplinario como lo menciona la Iniciativa Hospital Amigo del niño, para aumentar la prevalencia en lactancia materna exclusiva, y por ende, conservar la salud y el adecuado desarrollo del niño.

Por último, se recomienda la realización de más estudios, con muestras mayores y en diferentes poblaciones, rurales y urbanas, para observar el impacto de los programas ya implementados por la OMS, así como analizar las causas del decrecimiento de la lactancia materna en nuestra ciudad.

Referencias

- Asociación Española de Pediatría. (AEP). (2008). *Guía de lactancia materna*. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf.
- Campos, M. M., Franklin, A. K., Carvalho, O. F. C., Queiro, R.A., Amaral, A. R. M., Faisal, C. A., Eloiza, P. S., y Castro, F. S. C. (2014). Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev. Saúde Pública*, 48(6) <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005340>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), México. (2012). *Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico*. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>
- Espinoza, C. C., Zamorano, J. C. A., Graham, P. S., y Orozco, G. A. (2014). Factors that determine the duration of breastfeeding during the first three months of life. *An Méd (Mex)*; 59 (2), 120-126. <http://www.medigraphic.com/analesmedicos>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2013). *Lactancia materna*. Recuperado de <https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2015). Encuesta nacional de niños niñas y mujeres. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/informes/encuesta-nacional-de-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-mujeres-2015>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2019). *8ª Fiesta Mexicana de la Lactancia un espacio de empoderamiento para promover la lactancia materna*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/8%C2%AA-fiesta-mexicana-de-la-lactancia>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2019). *Lactancia materna, La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus primeros 6 meses de vida*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- Gancedo, G. A., Fuente, G. P., Chudacik, M., Fernández, F. A., Suárez, G. P., y Suárez, M. V. (2018). Factors associated with the anxiety level and knowledge about childcare and lactation in first-time pregnant women. *Atención primaria*, 51, 285-293. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.005>
- Gorrita, P. R., Ortiz, R. D., y Hernández, L. A. (2016). Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(1), 43-54. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034-75312016000100006
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2013). *Lactancia materna: madre con enfermedad tratada con medicamentos*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/637GER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). (2016). *Estadísticas a propósito de la semana mundial de la lactancia materna*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2016/lactancia2016_0.pdf
- Jacobo, N. M., García, R. L., Reyes, B. D., y Trujano, R. L. (2015). Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. *Nutr Hosp.*, 32, 2618-2621. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.9524>
- Kenneth, D. P., y Robin, H. (2015). Modelo de adaptación. En M. Raile (Ed.) *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 239-321). España: Elsevier
- Mazo, T. P., y Suárez, R. M. (2018). Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna de recién nacidos sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex.*, 75, 49-56. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.M18000010>
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado de: https://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Lactancia materna*. Recuperado de: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

- Organización Panamericana de Salud (OPS). (2018). Semana mundial de la lactancia materna, 2018. Pilar de la vida. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14507&Itemid=42401&lang=es
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (2019). Beneficios de la lactancia materna. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es
- Oribea, A. M., Lertxundi, A. B. A., Basterrechea, A. M., Begiristain, A. H., Santa Marina, A. L., Villar, A. M., Dorronsora, A. M., Amiano, A. P., y Ibarluzea, A. C. J. (2015). Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. *Gac Sanit.*, 29, 4-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>
- Quispe, I. M., Oyola, G. A., Navarro, C. M., y Silva, M. J. (2015). Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Rev Cub de Salud Pública*, 41(4), 582-592. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400002
- Ramiro, G. M. D., Ortiz, M. H., Cañedo, A. C. A., Esparza, O. M. J., Cortez, R. O., Terol, C. M., y Ordobas, G. M. (2017). Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. *Anales de Pediatría*, 89(1), 32-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>
- Rius, J. M., Ortuño, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. A., López A., Aguar, M., y Vento, M. (2014). Factors associated with early weaning in a Spanish region. *Anales de Pediatría*; 80(1), 6-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.05.011>
- Rondán, E. P. Y. (2015). Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud conde de la vega baja. Tesis. Recuperado de: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1619/Rond%C3%A1n_%20EPY.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Vila, C. R., Soriano, V. F. J., Murillo, L. M., Pere, B. M., y Castro, S. E. (2018). Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria*, 51(2), 91-98 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.002>



Representaciones sociales de la vasectomía: una aproximación desde el enfoque procesual

Jesús Roberto Garay Núñez*
María Isabel Santos Quintero
María Araceli Félix Amézquita
Verónica Guadalupe Jiménez Barraza
María del Carmen Beltrán Montenegro

Introducción

Históricamente, las políticas públicas en salud sexual y reproductiva (SSR) sobre el control de la natalidad en México (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2002) y en el mundo, han sido dirigidas de forma central en las mujeres. La oferta es muy diversa: dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, implantes con progestágeno solo, anticonceptivos inyectables con progestágeno solo, anticonceptivos orales con progestágeno solo, anticonceptivos hormonales combinados, anticonceptivos orales combinados, el parche anticonceptivo combinado, el anillo vaginal, anticonceptivos inyectables combinados, píldoras anticonceptivas de emergencia, espumas, espermicidas, diafragmas, oclusión tubaria bilateral y condón femenino en tanto que en hombres se limitan al condón y la vasectomía (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994), se endosó la participación de los hombres y mujeres en referencia a la salud sexual y reproductiva a fin de promover una alianza entre mujeres y hombres para decidir en conjunto y alcanzar metas comunes para garantizar mayor equidad en las políticas públicas que establecen las diferentes naciones en el control de la natalidad y la pre-

* Autores de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

vención de embarazos no deseados tomando también como referencia una perspectiva de género más equitativa (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000).

En México, la salud sexual y reproductiva es un componente fundamental del bienestar y libertad de las personas. A partir de la Ley General de Población de 1974, el estado mexicano establece una política de población con miras a la reducción de la fecundidad. Asimismo, se hace una modificación al artículo 40 constitucional para garantizar el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos (Consejo Nacional de Población, 2014).

En el año 2000 de acuerdo con el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012), se realizaron 205 518 intervenciones de obstrucción tubaria bilateral (OTB) y solo 22 642 intervenciones de vasectomías; para el 2011 hubo 179 738 intervenciones de OTB y 23 549 intervenciones de vasectomías. En el caso del ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2011), en el 2000 se realizaron 20 196 intervenciones de OTB y 1 842 intervenciones de vasectomías; para el 2005 se realizaron 12 196 intervenciones de OTB y 1 749 intervenciones de vasectomías, y para el año 2010 hubo 10 660 intervenciones de OTB y 1 541 intervenciones de vasectomías. En Sinaloa (ISSSTE, 2018), se realizaron 445 OTB y 82 vasectomías.

A nivel nacional, el porcentaje de Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA, 2009, 2014, p. 145)

Reportó haber usado métodos anticonceptivos porque su pareja se realizó la vasectomía, o bien él utiliza condón o métodos tradicionales, fue de 17.8% en 2009 y de 18.0% en 2014; es decir, una de cada seis mujeres, aproximadamente, cuenta con la participación activa del varón en la planeación o prevención de embarazos o de infecciones de transmisión sexual. Estas cifras revelan que los programas de salud sexual y reproductiva no han logrado involucrar de manera efectiva a los hombres en la vida sexual y reproductiva de su pareja, pues se esperaría mayor corresponsabilidad de ellos en este aspecto.

Por entidad federativa se encontró que la participación masculina aumentó en trece estados; destacan: Tlaxcala y el estado de México con un incremento de 4.4 y 3.9 puntos porcentuales, alcanzando en 2014 porcentajes de 18.5% y 21.3%, colocándose así dentro del grupo de entidades con mayor participación masculina respecto del nivel nacional. Es importante establecer que se observa un incremento de acep-

tación sobre la posibilidad de practicarse la vasectomía como método de control de la natalidad en los estados del centro del país. En el contraste se observó muy poco avance en los estados que encuentran o muy al sur como Chiapas, o muy al norte, como Sinaloa, cuyos porcentajes en ese año fueron de 10.5% y 10.8%, respectivamente (Conapo, 2016).

En Sinaloa de acuerdo a la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (Conapo, 2017)

Se encontró que los métodos de planificación familiar utilizados por la población es la siguiente: 41.8% obstrucción tubaria bilateral, 13.3% diu, 6.4% condón, 10.8% pastillas, 4.4% inyecciones, 1.0% implante sud dérmico, 2.2% de métodos tradicionales, y 0.7% vasectomía. En 2014, se encontró que la prevalencia efectiva por tipo de método anticonceptivo fue de 40.2% de OTB, 13.6% de diu, 5.4% condón masculino, 4.6% inyecciones, 2.4% implante subdérmico, 1.5% métodos tradicionales y 1.0% vasectomía.

La vasectomía es un método de anticoncepción masculina permanente para aquellos hombres que no quieren más hijos. Y a través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor ubica ambos conductos que transportan el espermatozoide al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización). También llamada esterilización masculina y anticoncepción quirúrgica masculina. Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el pasaje de los espermatozoides del semen. Se eyacula el semen, pero no puede generar embarazo (OMS, 2011).

Es necesario replantear el papel de la masculinidad “tradicional” a una “nueva masculinidad” en donde se privilegie el diálogo entre las parejas y ya no una visión androcéntrica en las decisiones de la esterilización definitiva como método de control de la natalidad

se sitúa en un contexto complejo desde el cual el grupo de hombres entrevistados la define y considera, de forma contradictoria, como una práctica y un método anticonceptivo de la salud sexual y reproductiva que unas veces atenta y otras no, contra el cuerpo y la virilidad de los hombres. La aceptación y el rechazo, su práctica y oposición a ella, y el lugar desde donde se enuncia, los sitúa en una movilidad y un reposicionamiento dentro de las estructuras de prestigio (Huerta, 2007, p. 500).

Las representaciones sociales (RS), son un conjunto de ideas, saberes y conocimientos para que cada persona comprenda, interprete y actúe en su realidad inmediata. En este tipo de pensamiento “ingenuo” se encuentran interiorizados aspectos culturales y de pensamiento social mediados por una escala de valores. Para Moscovici (1979, p. 18):

la representación social es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios.

Las RS no solo determinan la acción sino también pueden cambiar las acciones y producir nuevos comportamientos, construir y constituir nuevas relaciones con el objeto de representación. En este caso, la representación de la vasectomía como objeto de representación colectiva no solo como categoría social sino también como categoría de imaginario social, ya que la representación individual y colectiva se crean y se recrean de acuerdo a un momento socio histórico definido. Determinando o modificando la toma de postura ante un objeto, persona o hecho, dado que éste se encuentra íntimamente ligado a las relaciones sociales y a la organización de procesos sociales. La educación y promoción de la salud sexual y reproductiva bajo una perspectiva de género permiten nuevas formas de abordar la realidad psicosocial.

Así, las RS son un pensamiento constituido y constituyente. Es constituido porque genera productos que intervienen en la vida social que se utilizan para la explicación y comprensión en la vida cotidiana. Son constituyentes porque intervienen en la elaboración de la realidad de la vida cotidiana. Además, ellas encierran imágenes que condensan significados los cuales hacen que éstas sean una referencia importante para interpretar lo que sucede en la realidad cotidiana como una forma de conocimiento social. Por eso, hacen que el mundo sea lo que pensamos que es, esto es, aquello que representamos de acuerdo con nuestra particularidad y con el lugar que ocupamos en el mundo en donde interviene la experiencia, la historia, el contexto social; circulan y reúnen experiencia, para hacer familiar lo insólito (Jodelet, 2000 p. 469).

En relación a las representaciones sociales (RS), Jodelet señala que cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, explican y evalúan, porque tienen una representación social de ese objeto; y un objeto se representa cuando está mediado por una figura; y es sólo en esa condición que

emerge la representación y el contenido correspondiente. Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan dichas explicaciones y, en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común (Jodelet, 2006).

El objetivo de la presente investigación es identificar las representaciones sociales sobre la vasectomía en hombres de 30 a 50 años de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, México.

Metodología

Diseño: El presente trabajo de investigación es un estudio de abordaje cualitativo, que según Hernández (2006), consiste en la descripción detallada de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables; incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal y como son sentidos y expresados por ellos, y no como el investigador describe.

El diseño de la investigación es cualitativo, con enfoque procesual de las representaciones sociales. Se realizó análisis del discurso determinando el centro de las representaciones sociales así como los elementos que integran el sistema periférico, estableciéndolo por categorías teóricas de tipo temático.

Participantes: Se realizaron ocho entrevistas a profundidad a hombres que oscilan entre los 30 y 45 años, casados, usuarios de un centro de salud pública de primer nivel de atención de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, México, que no se han realizado la vasectomía. En promedio con dos hijos, seis con estudios de licenciatura y dos con estudios de bachillerato completo. Todos de religión católica.

Selección de los participantes: La selección de los participantes se realizó en el servicio de consulta externa de un centro de salud pública de primer nivel de atención de la Ciudad de Culiacán, Sinaloa, México. Se consideró también que los sujetos no contaran con el procedimiento de vasectomía a fin de explorar el contenido de las representaciones sociales de acuerdo al objeto de estudio.

Recogida de datos: Las sesiones tuvieron una duración de entre 30 y 40 minutos. Las entrevistas se realizaron en un consultorio que se acondicionó exprofeso. Se aplicó una cédula con preguntas pre-establecidas de acuerdo al objeto de estudio de la investigación y se plantearon nuevas preguntas de acuerdo a los discursos de los participantes. Todas las sesiones fueron audio grabadas y transcritas para su análisis.

Análisis de los datos: Se realizaron ocho entrevistas a profundidad bajo el principio de saturación teórica y el análisis de contenido según Bardin (1986):

1 fase: Determinar los objetivos que se pretenden alcanzar. 2 fase: Definición del universo que se pretende estudiar. 3 fase: Elección de documentos: El cuerpo de unidades de contenido seleccionado. 4 fase: Definición de las finalidades centrales que persigue la investigación. 5 fase: Elaboración de indicadores o definición de unidades de análisis: 6 fase: Reglas de numeración o recuento: 7 fase: La categorización: 8 fase: Exploración del material: 9 fase: La fiabilidad y validez.

Consideraciones éticas: Tomando en cuenta que las investigaciones en seres humanos deben estar reguladas por los principios éticos expuestos en el Código de Nuremberg, Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, así como por una sensibilidad a los principios éticos se acató el consentimiento informado de los sujetos de estudio y por ende a su autonomía.

Resultados

En el análisis de los discursos emergieron ocho dimensiones o unidades de significado, englobadas todas estas en una categoría o familia más amplia relacionada con el proceso de adaptación e impacto (Ruiz, Ortiz y Ortega, 2019).

1. Dolor crónico en los testículos / Dolor en la región abdominal:

“Los doctores dicen que no duele, pero un amigo se la hizo y eso que ya tiene seis meses y sigue con el dolor. Además la anestesia que te ponen no sirve bien ya que al poco tiempo que te operan empiezas a sentir el dolor no solo en los genitales sino en todo el cuerpo, debe de ser muy discapacitante”. E1

“Claro que debe de doler si no para qué te dan para el dolor, yo creo que solo lo dicen para que se anime uno a hacerse la operación, todas las operaciones tienen sus complicaciones y no veo por qué esta no las deba de tener”. E2

“Pienso que debe de ser una operación sencilla y sin mucho dolor ya que es solo con anestesia local, sin embargo, es importante contar con analgésicos ya que uno nunca sabe, además los hombres somos menos tolerantes al dolor y más si están implicados los genitales ya que es uno de nuestros puntos débiles”. E3

“Según lo que dicen debe de ser un dolor mínimo ya que solo te operan en un consultorio y se supone que sales caminando y solo tienes entre cuatro días o una semana de reposo, o creo que debes de trabajar con todo y la operación, eso claro si el trabajo es pesado y no de oficina”. E4

“Mi cuñado sufrió de mucho dolor y no solo en los genitales sino en toda la parte abdominal, le fue muy mal al pobre, se arrepintió completamente, me dijo que no se lo deseaba a nadie. Claro, cada cuerpo responde de forma diferente, pero esa es su experiencia; yo mejor paso”. E5

“Ni pienso en eso, no me la haría porque me da mucho miedo sufrir por dolor, más en esa parte tan delicada de los hombres”. E6

“Siempre va a doler una operación, por pequeña que esta sea, y más siendo en una parte tan noble, Quizá falte mayor información sobre las ventajas y desventajas de hacerse ese procedimiento”. E7

“Dicen que duele poco, pero no creo que lo averigüe. Se escuchan muchas cosas acerca de eso. También dicen que te duele la panza y hasta la cabeza”. E8

2. Impotencia sexual / Dificultad para mantener la erección:

“No creo que sea la misma. Muchos dicen que ocasiona problemas de impotencia o que tardas mucho en poder mantener una erección. Falta mucha información porque nadie te orienta bien sobre este tema”. E1

“Pienso que nada puede ser igual. Siempre es mejor lo natural. Quizá al principio no pase nada y se sienta uno igual, pero con el tiempo puedes tener problemas para poder tener relaciones”. E2

“Con esa operación se afecta también el funcionamiento de los genitales, o también pueden pasar otro tipo de complicaciones. Pero lo peor es ya no poder estar con tu pareja”. E3

“Los primeros días por el dolor no creo que se pueda tener relaciones, pero con el tiempo creo que poco a poco sería igual, pero hasta los meses, lo bueno es que ya hay viagra para ayudar un poco con la causa”. E4

“El tiempo de la relación sexual se reduciría como a la mitad de lo que era normal, ya no va a poder una responder con la misma potencia. Porque eso no te lo dicen en el hospital, un amigo hasta tiene que ver películas para poder mantener relaciones con su pareja”. E5

“Para eso está el viagra si ya no queda uno igual. Hoy en día hasta los más jóvenes lo usan (según por curiosidad). Para eso está la medicina si ya no puede uno, pues hay que darse una ayudadita”. E6

“Quizá eso pueda pasar con el tiempo ya cuando sea uno más grande, pero no creo que por la operación se tengan problemas de impotencia. Pero por eso es bueno informarse e investigar para poder tomar una decisión responsable”. E7

“También se puede afectar psicológicamente uno, es como sentirse capado, como pasa con los animales. Está canijo tomar ese tipo de decisiones. Nunca podrá ser igual”. E8

3. Pérdida del deseo sexual / Pérdida de la eyaculación:

“Se sentiría muy raro eso de terminar la relación íntima con tu pareja sin poder eyacular. Nomás de pensar en eso, paso. Por eso no conozco a nadie que se haya operado. Solo para evitar el tener más hijos, mejor sería de otra forma o como siempre ha sido: que se operen mejor ellas”. E1

“Si el deseo sexual no sería igual, si antes tenías relaciones de 3 a 4 veces a la semana con tu pareja. Creo que esto puede cambiar 1 o 2, por eso creo que no sería igual”. E2

“Debe de haber mucha comunicación con tu pareja porque esto es cosa de los dos, también ella debe de comprender, porque hay mujeres muy exigentes y tienen que

entender que podrían cambiar algunas cosas en lo íntimo y tienen que estar contigo para ayudarte en la motivación de la relación”. E3

“Pienso que se afectaría el deseo sexual un poco ya que también te afecta desde lo psicológico hasta lo físico. Quizá sea también bueno ir a alguna terapia para poder estar al cien”. E4

“Nomás de pensar que ya no se puede eyacular para no embarazar a tu pareja está de pensarse. El orgasmo en el hombre estaría totalmente alterado o sería una especie de orgasmo seco. Solo con la sensación se sabría que terminó la relación íntima”. E5

“Mi cuñado dice que sí puede eyacular, pero no en la misma cantidad y que es muy diferente la eyaculación después de la operación. Eso te puede afectar también en tu relación y en tu propia autoestima”. E6

“Nunca sería la misma una relación sin eyacular, además no puedes tener relaciones sin condón; el primer año eso te pega también en las ganas de querer estar con tu pareja”. E7

“Si no eyaculas se te quedó todo eso adentro del cuerpo y también eso te puede afectar en tu salud. Siempre será mejor lo natural”. E8

4. Masculinidad / Pérdida de la producción hormonal:

“Toda la parte de ser hombre se vería afectada, no creo que las mujeres nos miren igual. También la sociedad nos vería diferentes. Además, tampoco produciríamos hormonas que nos ayudan también en nuestro funcionamiento normal del cuerpo”. E1

“Si te cortan la eyaculación también te cortan la producción de hormonas; sería un cambio muy brusco para tu organismo. Y además de afectar tu imagen también afectaría tu salud”. E2

“Puede ocasionar también la baja de testosterona, y por lo tanto se vería afectada también tu masculinidad, y si usas barba ya no te saldrá igual, ya que se ocupan hormonas que cambian todo el funcionamiento del cuerpo”. E3

“Si me hiciera la vasectomía, me sentiría capado psicológicamente hablando, además me afectaría en mi imagen como hombre ya no me verían igual. Si acaso me la

hiciera no le diría a nadie ya que me sentiría como señalado; algo negativo para mí. Las mujeres no me vieran igual”. E4

“Los genitales son el símbolo de tu hombría, si te los tocan, acaban con tu imagen personal y social. Además de todo lo físico que implican todos esos cambios”. E5

“Pienso que para toda la gente tu imagen sí se afecta, más si eres de rancho. Por eso nadie de aquí se haría eso. No lo recomiendo”. E6

“Tu funcionamiento normal se afecta, así como tu imagen de hombre. Eso no es para contarse aquí en donde vivimos. La gente te juzgaría mal. Ya no seríamos como hombres completos”. E7

“Me parece bien lo de la vasectomía, respeto la decisión de cada quien, pero yo no me la haría, me sentiría muy raro, como animal capado. Sin saber qué onda con mi sexualidad”. E8

5. Comportamiento homosexual:

“Dicen que se te voltea con esa operación, que a la larga te pueden gustar los hombres”. E1

“Ya no te verían como un hombre completo, te verían raro hasta pensarían que ya no te gustan igual las mujeres”. E2

“No, eso es de nacimiento a quien le gusta los hombres, no creo que por la operación se haga gay ni nada de eso”. E3

“Sí es cierto que te pueden ver como menos hombre, pero esto no quiere decir que se haga gay la persona; eso ya lo trae la gente”. E4

“Eso puede ser por la escasez de hormonas masculinas y en años puede ser que sí haya algún tipo de preferencia diferente”. E5

“Pienso que puede influir poco en que te gusten los hombres, mas si ya no funciona igual”. E6

“Claro que no hay eso. El que es perico donde sea es verde. Es solo un pretexto que pueden agarrar”. E7

“Quizá influya psicológicamente para tener una relación, quizá solo para experimentar”. E8

6. Pérdida de la energía / Sobre peso:

“También se pierde la fuerza, y con el tiempo se hecha panza uno. No está bien esos cambios que afectan tu salud de forma permanente”. E1

“Las personas duermen mucho después de esa operación. Se sienten débiles y hasta en eso les afecta”. E2

“Pienso que la persona sube mucho de peso. Quizá se alteró algo en su organismo, Por eso se debe de cuidar el equilibrio de lo que se come, más con ese tipo de operaciones”. E3

“Lo más común que sucede es que la persona engorda. Algunos muy pronto, otros después de cierto tiempo. Cada organismo es diferente y cambia de una persona a otra”. E4

“Un amigo se sentía muy cansado y apenas tenía seis meses de la operación. Casi no tenía ganas de hacer nada y se la pasaba acostado”. E5

“Como cambia una parte de tu cuerpo, también cambia el funcionamiento del mismo. Puedes tener mucha hambre y con eso ganar algo de peso si no te cuidas”. E6

“También es algo psicológico: como está afectada tu masculina, se afecta también las ganas de hacer algo”. E7

“Quizá por la inseguridad de uno mismo se pierde la motivación de salir a hacer tu vida normal”. E8

7. Depresión / Ansiedad:

“Me deprime nomás el pensarlo, no es lo más sano para uno como hombre. Es mejor pensar en otros métodos anticonceptivos”. E1

“La verdad sí me daría ansiedad estar programado para una operación de este tipo, debe uno de estar plenamente convencido si no ni para qué hacerlo”. E2

“Pienso que me sentiría muy mal conmigo mismo, como deprimido, y desmotivado. Lo mejor es cuidarse, aunque sea con condón”. E3

“Me daría un poco de ansiedad la operación como cualquier otra, pero después supongo que todo se iría normalizando”. E4

“La depresión sería algo normal ya que sería algún tipo de pérdida”. E5

“Cualquiera se sentiría deprimido nomás de saber que te operan para ya no tener hijos, aunque ya tengas varios o no planees tener más familia”. E6

“Te afecta psicológicamente en tus emociones. No debe de ser una decisión sencilla. Porque cambia tu imagen y funcionamiento en la intimidad”. E7

“A cualquiera le daría ansiedad nomás de saber que la operación es en los genitales”. E8

8. Cáncer de próstata / Otras enfermedades:

“Lo más común es el cáncer de próstata debido a los quistes que crecen en esa parte del cuerpo”. E1

“Salen quistes en los testículos debido a que se absorbe todo lo que ya no puedes eyacular”. E2

“Inflamación de los conductos deferentes debido a las hormonas que se almacenan porque ya no pueden salir”. E3

“Cáncer de próstata por alterar el funcionamiento de los genitales”. E4

“Creo que cáncer de próstata y dolor crónico en los testículos”. E5

“Sangrado en las vías urinarias e inflamación”. E6

“Provoca sobrepeso y con el tiempo diabetes”. E7

“Sangrado y después cáncer de próstata, pero eso creo que después de los cincuenta años”. E8

Discusión

En este estudio podemos analizar los principales fenómenos de objetivación y anclaje de las representaciones sociales de la vasectomía. La representación en torno a la idea de que la intervención quirúrgica de la vasectomía genera dolor testicular no solo por unos días sino que el dolor en ocasiones se presenta de forma crónica y que interfiere en la normalización de las relaciones íntimas con la pareja. Una de las ideas más ancladas en los hombres, es la idea de que la vasectomía interfiere en la disminución del deseo sexual y por lo tanto puede provocar impotencia sexual. A estas representaciones le sumamos la idea de que con la intervención de la vasectomía termina con la eyaculación, la imagen de vulnerabilidad queda seriamente afectada y que este procedimiento quirúrgico además ocasione problemas de obesidad, hay pérdida también de la fuerza y se tiende en algunos hombres a inclinar o presentar comportamientos homosexuales.

Estos datos coinciden con los descritos por (Hernández y Marvan, 2014, pp. 34-35):

Los temores que han asociado a la vasectomía son en su mayoría de índole sexual, ante la idea de que cualquier procedimiento que tenga que ver con los genitales es una amenaza a la función sexual, y por lo tanto, se convierte en una preocupación por el desempeño sexual, a sentirse menos hombre, la posible disminución de la libido, y de potencia sexual, pérdida del placer propio o de la pareja, así como la posibilidad de una disfunción eréctil y dolor. Estos temores se alimentan al desconocer las características de la operación, pues muchos la equiparan a mutilación o castración o que puedan existir complicaciones posquirúrgica o que la cirugía no sea efectiva. Además, algunos hombres asocian el procedimiento de la vasectomía con grandes riesgos, como incapacidad para orinar, cambios de personalidad, acumulación de semen y aumento de peso. Adicionalmente a los temores antes descritos pueden sumarse algunos arrepentimientos y dificultades posteriores a la cirugía que tienen que ver con complicaciones en la vida marital, mismo que está influido por la cultura, miedo de la cirugía y el postoperatorio, por lo que esta decisión debe realizarse en pareja, sin coacción y con una consejería amplia. Muchos hombres que optan por realizarse una vasectomía experimentan ansiedad, situación que dificulta la adaptación a esta nueva situación, pues además existen algunos remordimientos por ya no poder tener más hijos.

En cuanto a la vasectomía, algunas evidencias de investigación indican que existe la idea entre la población masculina de vincular este procedimiento con la amenaza y puesta en duda de importantes símbolos asociados con la masculinidad. Debido a que en el imaginario social y masculino parece existir una conexión entre infertilidad e impotencia, el rechazo a la vasectomía está asociado con una amenaza de castración, con la pérdida de la potencia sexual y de las erecciones y, por tanto, con la pérdida de masculinidad. Entre los hombres entrevistados se rechaza la vasectomía como método anticonceptivo porque se considera que la planificación familiar es una responsabilidad femenina y porque la capacidad de fecundar masculiniza a los varones (Rojas, 2014, p. 87).

Conclusiones

En los albores de la segunda década del nuevo milenio, las prácticas sobre salud sexual y reproductiva en Sinaloa, México, siguen siendo sumamente centralizadas en el control de la natalidad de forma hegemónica hacia las mujeres. En particular los métodos definitivos como la obstrucción tubaria bilateral versus la vasectomía. Las políticas públicas sobre la materia están también muy lejos de presentar una perspectiva de género. Es aquí donde la representación de la cultura y los valores machistas siguen siendo parte de la objetivación y el anclaje de la representación tomando en cuenta la masculinidad, y en particular la genitalidad, como parte intocable de la corporeidad de los hombres. Se recomienda considerar en los planes y programas de estudio desde la educación media superior y superior los contenidos sobre educación sexual con perspectiva de género. Así mismo que el sector salud fomente a través de programas de educación para la salud un cambio de paradigma en la difusión de los métodos anticonceptivos y en particular de los métodos anticonceptivos definitivos dirigidos a la población masculina haciendo énfasis en las ventajas del mismo.

Referencias

Consejo Nacional de Población. Conapo. (2014). Programa Nacional de Población, 2013-2018, México, Distrito Federal. Recuperado de: [http:// www.gob.mx/cms/uploads/attachment/ file/99562/PNP_2014-2018.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/99562/PNP_2014-2018.pdf)

- Consejo Nacional de Población. Conapo. (2009). Encuesta nacional de Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas. Gobierno de México. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva>
- Consejo Nacional de Población. Conapo. (2009). Situación de salud sexual y reproductiva. Entidades federativas, Sinaloa. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- Consejo Nacional de Población. Conapo. (2014). Encuesta nacional de mujeres en edad fértil sexualmente activas. Gobierno de México. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva>
- Consejo Nacional de Población. Conapo. (2016). Situación de salud sexual y reproductiva. República mexicana. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- Consejo Nacional de Población. Conapo. (2018). Situación de la salud sexual y reproductiva. México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2000). Alianzas con los hombres: Un enfoque nuevo en la salud sexual y reproductiva, Informe técnico 3, diciembre. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/partnering_esp.pdf
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
- Hernández A., R. D y Marvan G., M. L. (2014). La vasectomía desde una perspectiva psico-social. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*. 29(1), 30-35. doi:10.1016/j.rprh.2014.12.003
- Huerta, F. (2007). "El cuerpo masculino como escenario de la vasectomía: una experiencia con un grupo de hombres de las ciudades de México y Puebla" En Amuchástegui, Ana e Ivonne Szasz (coords.), *Sucede que me canso de ser hombre: relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. México: El Colegio de México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). Salud reproductiva y materno infantil. Gobierno de la República. México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2012>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ISSSTE. (2011). Anuarios estadísticos 2000-2010. México. Gobierno de la República. México. Recuperado de: <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2011.html>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ISSSTE. (2018). Anuarios estadísticos. Gobierno de la República. México. Recuperado de: <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2018.html>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Mujeres y hombres en México 2018. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf
- Jodelet, D. (2000). "Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras" (pp. 7-30). En: *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*. México: UNAM.
- Jodelet, D. (2006). Formación de representaciones sociales. V. (comp.) *Les savoirs du quotidien*. Francia: Haas.
- Moscovici, S., y H. Miles. (1986). "De la ciencia al sentido común" (pp. 679-710). En S. Moscovici, *Psicología social II, Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). Conferencia internacional sobre población y desarrollo. El Cairo, Egipto. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores*. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/
- Rojas, O. L.. (2014). Los hombres mexicanos y el uso de la anticoncepción. *Revista de ciencias sociales y humanidades*, 77. <https://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/article/view/144>
- Ruiz F., M.^a D.; Ortiz Amo, R. & Ortega G., A. M.^a (2019). Estudio cualitativo sobre las vivencias del cuidador de Alzheimer: adaptación e impacto. *Cultura de los Cuidados*, 23(53). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.03>
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>



Evaluación, abastecimiento y control del carro rojo, una experiencia de acreditación exitosa

Miriam Karina Ortiz Rivas*
Ana María Silva López
Diana Yareni López Ángeles
Gloria de los Ángeles Uicab Pool

Introducción

El Sistema Nacional de Salud tiene como uno de sus objetivos principales garantizar la prestación de servicios de atención médica (Norma Oficial Mexicana, 2013). Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2015 murieron alrededor de 303 000 mujeres en el mundo por complicaciones del embarazo, parto o puerperio; estas se presentaron en países de bajos ingresos económicos y la mayoría de estas defunciones pudieron haberse evitado (Alkema et al., 2016).

De acuerdo con Serrano (2011) la probabilidad de que una paciente embarazada sufra una parada cardiorrespiratoria es muy pequeña, ya que normalmente se trata de mujeres jóvenes y sanas, se estima que una de cada 30 000 mujeres embarazadas sufre una parada cardiorrespiratoria. Sin embargo, el uso del carro rojo (CR) además de ser parte de los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales, en general aplica para las emergencias obstétricas dentro de hospitales especializados en la maternidad, ya que muchos de los eventos críticos son verdaderamente impactantes en la salud del binomio madre-hijo.

Las principales causas de muerte materna en el 2014 en México fueron: obstétricas indirectas 32.1%, enfermedad hipertensiva del embarazo 20.5%, otras causas obstétricas directas 19.3%, hemorragia 14.3% y aborto 9.2% (Calderón, Montes, Gon-

* Autoras de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

zález y Pliego, 2007). Actualmente, se estima que aproximadamente 15% de las mujeres embarazadas presenta alguna patología agregada con riesgo para su vida y la del producto y requerirá equipo y cuidado obstétrico calificado. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva reportó que para el 2008, 84% de las muertes maternas estuvieron relacionadas con la deficiente calidad de la atención obstétrica y el retardo en recibir un tratamiento adecuado a nivel hospitalario, en donde se ubica una importante demora (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2016).

Dentro de las unidades hospitalarias frecuentemente existen dificultades para el control y abastecimiento del CR, las cuales van desde el desconocimiento del recurso humano y la falta de un proceso sistemático, así como la falta de responsabilidades en las diferentes tareas relacionadas con su manejo. Aunque existen organismos institucionales, normas y protocolos que obligan a los hospitales a disponer de equipo necesario para atender las emergencias y eventos críticos con la mayor calidad, además de un marco bibliográfico normativo que establece el contenido del CR, cada unidad es responsable de implementar sus propias medidas que obliguen a disponer de un equipamiento, contenido y cantidades concretas.

Regalado, Segura y Órnelas (2008) en su estudio encontraron que 90% de los CR presentaban deficiencias que podrían comprometer la eficacia de la reanimación y solo 10% se encontró en una situación mejorable; es importante puntualizar que de todas las deficiencias 45% pertenecían a material no reutilizable y medicamentos disponibles, pero fuera del CR, además de que con alta frecuencia las carencias de los CR son percibidas en el mismo momento de la urgencia.

Como parte de las estrategias para la atención de las situaciones adversas en pacientes críticas se sugiere la integración de equipos de respuesta inmediata (ERIO) constituido por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación del Código Mater, el cual corresponde a un mecanismo de llamado al personal del ERIO para atender emergencias obstétricas (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2016).

Por ello es indispensable que los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, cuenten con los recursos humanos y materiales

suficientes e idóneos, así como que dispongan de criterios claros y homogéneos que les permitan, atenuar, detener e incluso revertir la gravedad que presenta el paciente en una condición de urgencia médica o quirúrgica, para ello se debe contar con CR definidos como una unidad rodable de soporte de vida, en la cual se concentra de manera ordenada el equipo, material y medicamentos para iniciar oportuna y adecuadamente las maniobras de reanimación cardiopulmonar (Regalado et al., 2008), y evitar la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo.

La acreditación hospitalaria es entonces una de las claves para regular los recursos de las unidades hospitalarias y es definida como un proceso voluntario de calidad en el sistema de salud para garantizar una atención segura y procesos eficientes, el cual es evaluado por una entidad externa que califica y evalúa una organización para determinar el cumplimiento de los estándares dirigidos a mejorar la calidad de la atención (Joint Commission International, 2010). En ese sentido, la evaluación de los CR es un indicador de evaluación, por sus características, equipamiento y funcionalidad.

El presente trabajo habla de la rama médica y paramédica y pacientes en unidades de segundo y tercer nivel y ayuda a describir el protocolo implementado para obtener la acreditación del Hospital Materno de Celaya, que define los lineamientos y responsabilidades en los profesionales de salud y busca asegurar el abastecimiento y control del CR para su correcto funcionamiento los 365 días del año a pacientes que se encuentren en peligro la vida; pues la falta de lineamientos y entrenamiento conjunto entre el personal de salud ante situaciones vitales del embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido hacen indispensable consensuar protocolos de actuación para una emergencia en las salas de reanimación y áreas específicas dentro del hospital.

Método

Se diseñó un protocolo de generalidades y responsabilidades para evaluar el abastecimiento y control de CR dentro del Hospital Materno de Celaya, el cual fue evaluado por el Comité de Investigación y Ética al interior del hospital, mismo que fue

desarrollado para dar cumplimiento a las normas operativas de infraestructura hospitalaria, y a los estatutos requeridos en el proceso de acreditación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

Las estrategias llevadas a cabo siguieron cuatro fases y se implementaron durante doce meses previos al proceso de auditoría (noviembre del 2014 a noviembre del 2015). En la primera fase se siguió como instrumento de contenido de CR, los formatos de cotejo de las cédulas de acreditación en capacidad, calidad y seguridad para la atención médica, catálogo universal de servicios de salud, insuficiencia respiratoria y prematurez, cáncer cérvicouterino y cáncer de mama (Secretaría de Salud, 2019), los cuales brindan un panorama completo de contenido según la asignación del área al que pertenece cada uno de los CR, así como los indicadores de evaluación por ítem ubicados dentro de la cédula; bajo dicha metodología se integraron nueve carros distribuidos de la siguiente forma: Urgencias, unidad de obstetricia crítica, hospitalización obstétrica, unidad de cuidados intensivos neonatales, unidad tóco quirúrgica, (2) Quirófanos, recuperación quirúrgica, rayos X.

En la segunda fase, una vez integrados los CR se procedió a capacitar al personal involucrado y se dieron a conocer las responsabilidades operativas que adelante se describen con detalle. En la tercera fase se hizo el protocolo de evaluación, abastecimiento y control, supervisado por el departamento de calidad del hospital y por la jefatura de enfermería, verificando el cumplimiento del contenido con las cédulas antes mencionadas, así como el cumplimiento de las funciones operativas al personal en cinco capacidades operativas (técnica y organización del trabajo, necesidad de supervisión, capacitación recibida, trabajo en equipo y mejora continua), además, en esta fase se llevaron a cabo simulacros de actuación de código mater, y de acuerdo a un caso clínico se realizaron las intervenciones correspondientes a la atención crítica de la usuaria, antes, durante y después del evento se llevaron a cabo evaluaciones del proceso de abastecimiento y control del mismo; y por último, la cuarta fase correspondió al proceso de auditoría por miembros de la DGCES, para el caso de los CR, se realizó una evaluación personalizada del 100% de los equipos disponibles en cada uno de los servicios antes mencionados.

Derivado de las acciones llevadas a cabo se expresan los diferentes apartados del protocolo. Los autores declaran que estos artículos no aparecen datos personales de pacientes.

Generalidades

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, el parto, el puerperio (Fernández, Gutiérrez y Viguri, 2012). En estas etapas surgen una serie de complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y su hijo. Estas causas se relacionan, directa o indirectamente, con el embarazo. Las causas directas pueden ser preeclampsia-eclampsia, hemorragia, sepsis, aborto, parto obstruido, parto prolongado, entre las más frecuentes; y las indirectas son enfermedades establecidas antes del embarazo que se recrudecen durante el mismo o que aparecen por efectos del embarazo (Khan, Wojdyla, Say, Gulmezoglu y Van, 2006).

La unidad de salud debe contar con un manual de procedimientos específico administrativo, que regule la cantidad y abastecimiento de los elementos, así como el buen funcionamiento del CR, llevando un control estricto con el fin de mantenerlo listo y funcional en el caso de una emergencia. Los insumos en su interior son exclusivos para utilizarlos en situaciones que pongan en riesgo la vida de los pacientes, y bajo ninguna situación se utilizarán en atención a pacientes estables, que no se encuentren en peligro de muerte. El incremento y decremento de algún artículo tendrá que ser a través de la aprobación del jefe de área, y autorizado por la jefatura de enfermería o del responsable del protocolo.

Dichas unidades deben ubicarse en un lugar de fácil acceso con conexión eléctrica donde se pueda maniobrar su movilización, esto determinado por las condiciones de infraestructura propias de cada área, así mismo, ser validado y verificado de manera diaria los 365 días del año en sus diferentes turnos las 24 hrs del día. Además, deberá contar con un candado plástico foliado que permita resguardar el contenido de manera segura y se encuentre en óptimas condiciones en el momento que se requiera. Toda vez que se viole el candado con el número de serie correspondiente deberá estar registrado en la bitácora y además solicitar uno nuevo para reponer-

lo. El candado solo será violado en caso de presentarse un evento de emergencia o cada treinta días al verificar suficiencia y caducidades de los medicamentos, así como la semaforización que permitirá llevar un estricto control del material próximo a remplazar.

El protocolo es, por tanto, un instrumento de apoyo administrativo, que agrupa procedimientos precisos con un objetivo común, que describe en su secuencia lógica las distintas actividades de que se compone cada uno de los procedimientos que lo integran, señalando generalmente quién, cómo, dónde, cuándo y para qué han de realizarse.

Estrategias operativas

Responsabilidades del jefe de enfermería

- Evaluar la bitácora de llenado y verificar que las aperturas de CR se realicen de manera periódica con firma y sello del supervisor de área.
- Llevar un estricto control de las pacientes atendidas de manera mensual y las demandas frecuentes en insumos.
- Autorizar el stock fijo, aumento o disminución de este, de acuerdo con la demanda y necesidades del hospital.
- Resolver necesidades reportadas por el supervisor de enfermería.
- Implementar las mejoras en intervenciones detectadas en la simulación de código mater.
- Involucrar a todo el personal operativo de enfermería.

Responsabilidades del supervisor de enfermería

- Implementar libreta de bitácora y supervisar la recepción-entrega del CR llevando un control de estos.
- Entrega y control estricto de los candados foliados.
- Supervisar, sellar y firmar las aperturas cada treinta días.
- Atender eventualidades especiales y solucionar problemas relacionados con el CR.

- Reportar al jefe de enfermería situaciones especiales.

Responsabilidades del personal de farmacia

- Dotar de medicamentos extraordinarios que se requieran durante el evento de reanimación vía verbal derivado de la urgencia que se presenta y posteriormente se hará el cargo correspondiente por receta y solicitud de material dependiendo del tipo de insumo en un lapso no mayor a tres horas.
- Recibe los cargos o consumos de pacientes que fueron atendidos con CR y abastecer para complementar nuevamente su contenido.
- Atender las necesidades especiales en un evento de urgencia.

Responsabilidades del personal de área biomédica

- Proporcionar formatos para prueba de funcionamiento de equipos electro médicos.
- Llevar a cabo mantenimiento preventivo (monitor desfibrilador y tanque de oxígeno) y etiquetar el equipo cuando este se realice de manera periódica.
- Acudir al área demandante en cuanto se cuente con la solicitud de desperfecto de algún equipo electro médico.
- Acudir al área o servicio solicitante cuando se trate de un código mater.
- Atender eventualidades reportadas del personal relacionado con los dispositivos electro médicos.

Responsabilidades del personal de enfermería y operativo del área

Al inicio de turno recibir el CR con la bitácora correspondiente al servicio y verificar que su parte externa este equipado con una tabla rígida, tanque de oxígeno portátil y desfibrilador con batería llena y conectado a la corriente eléctrica.

- Cotejar y llenar el espacio correspondiente al día y turno en la bitácora, dejando plasmado el nombre de quien realiza el llenado.
- Verificar el funcionamiento del monitor-desfibrilador, con cables instalados correctamente y conectados a corriente eléctrica, realizar una prueba de funcionamiento simulado al desfibrilador diariamente de preferencia en el turno

que se designe para verificar su funcionalidad, esto dependerá del tipo de desfibrilador con el que se cuente en la unidad y además previa capacitación por el proveedor o servicio biomédico de la unidad.

- Realizar la lectura del manómetro del tanque de oxígeno y reportar eventualidades al área de biomédica.
- Cotejar por turno la bitácora de control de medicamento e insumos con la tinta correspondiente a su turno, sin omitir ningún rubro y dejar plasmado primer apellido e iniciales del personal que realiza dicho procedimiento. En caso de que se encuentre con el mismo folio de candado que el turno anterior, no debe abrir el CR para cotejo de insumos, únicamente debe llenar las columnas con las últimas cantidades registradas y el último número de candado instalado previamente, los registros deberán de realizarse los 365 días del año, cubriendo los diferentes turnos en 24 hrs.
- Si el número de serie del candado no corresponde al registro en bitácora, deberá indagar con el turno anterior o supervisor de enfermería.

En caso de existir irregularidades con los formatos, de manera conjunta el supervisor y personal operativo deben realizar lo siguiente:

1. Abrir el carro para corroborar su integridad y verificar que se encuentre completo.
2. Solicitar a turno saliente los faltantes o el vale correspondiente al artículo según la lista de control de insumos.
3. Solicitar un candado seriado a supervisora de turno en caso de que se haya roto por evento o por aseo e instalar y dejar registro con firma y sello del supervisor en turno.
4. Justificar en la bitácora el motivo por el cual se coloca candado nuevo y el número de serie de este.

En el caso de apertura por evento que pone en riesgo la vida de la paciente

- El candado será violado por el personal designado en la atención del código matter, según la distribución de actividades de los ERIO (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2016).

- Disponer del material que se encuentra en su interior para la atención del paciente.

Post-evento

- El responsable de los registros en el ERIO, controla y verifica que material y medicamento se emplearon en la atención del código matter para reabastecer al término del evento.
- Realizar la limpieza e higiene del material reutilizable (mango y hojas de laringoscopio) según los protocolos institucionales.
- Surtir medicamento controlado según los protocolos institucionales.
- Abastecer y entregar el CR turno a turno con los registros correspondientes a la bitácora.
- Registrar los códigos mater presentados durante cada turno, notificando los insumos utilizados, el abastecimiento oportuno y las observaciones.
- El medicamento que se administre debe ser registrado por ampola en la bitácora de control de medicamentos en el cual especificará fecha, medicamento, paciente, y nombre de quien lo aplica.
- El stock debe ser surtido cada turno por enfermería usando el formato adecuado dependiendo el servicio.
- El medicamento controlado debe ser surtido directamente en farmacia con receta médica justificado cada ampola con el paciente al que se administró para su reincorporación.
- El stock deberá ser surtido por turno por enfermería usando el formato adecuado dependiendo el servicio.
- Verificar funcionamiento de mango de laringoscopio (carga, baterías, foco) y hojas de los diferentes tamaños de este.

Supervisión de carro rojo, semaforización y limpieza

En caso de no haber presentado ningún evento en el transcurso de un mes (30 días), el candado debe ser violado para verificar su abastecimiento, caducidades y sema-

forización, esto con una periodicidad de treinta días, el cual debe ser notificado a la supervisora en turno para su validación (firma y sello).

La semaforización de medicamentos

Esta actividad permite almacenar, coordinar y priorizar el consumo según su fecha de caducidad, etiquetados con estampillas pequeñas de color rojo (etiqueta para identificar insumos con caducidades igual o menor a tres meses), Amarillo (identifica insumos con caducidades mayores de tres meses y menores a seis meses), y verde (identifica insumos con caducidades igual o mayor a seis meses).

- Elaborar un informe, canjeando los próximos a caducar en tres meses, en la farmacia hospitalaria, para mantener el carro completo, y colocando candado seriado nuevo registrando el número que se coloca y el motivo por el cual se abrió.
- Informar por escrito la falta de surtimiento de cualquier insumo a la supervisión de enfermería o Jefatura de Enfermería para su seguimiento.
- Elaborar solicitud de reparación de cualquier equipo que este fallando al área biomédica o de mantenimiento, según sea el caso.

Resultados

Respecto a la preparación académica de los profesionales enfermeros participantes quienes llevaron a cabo el protocolo se constituyó por 64% de nivel licenciatura, 32% enfermeras generales y 4% de otros grados superiores, este dato contribuyó idealmente a la disciplina generada al acatar indicaciones, el grado de entendimiento y nivel de compromiso.

Durante la evaluación de la tercera fase, se realizaron tres mediciones para verificar las cinco capacidades operativas respecto al abastecimiento y control de los CR, obteniendo una media de 70.2 en la primera medición, la segunda medición alcanzó una media de 82 y para la tercera medición previa al proceso de auditoría se obtuvo una media de 94.4, con un promedio global de 82.2; como parte de la evaluación se llevaron a cabo las acciones de supervisión de bitácoras y registros competentes.

Se observó que los indicadores mostraron una media relativamente proporcional entre sí, mientras que el indicador de trabajo en equipo fue la clave para el éxito de la evaluación, abastecimiento y control en los nueve CR (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de las capacidades operativas con relación a los criterios evaluables en sus tres mediciones. CR: Carro Rojo, X: media.

Capacidad operativa	Criterios evaluables	% satisfacción			
		1a	2a	3a	x
Técnica y organización del trabajo	- Recibe el CR en tiempo y forma (inicio de turno y con bitácoras correspondientes)				
	- Recibe CR en los primeros 30 minutos una vez recibido su paciente	69	86	94	83
	- Revisa durante el turno el CR (manejo de bitácora)				
	- Concluye sus actividades y a fin de turno revisa CR				
Necesidad de supervisión	- Nunca requiere supervisión para realizar sus actividades de CR y las realiza satisfactoriamente				
	- Una vez a la semana solicita al supervisor para aspectos relacionados a CR	80	69	98	82.3
	- Dos veces a la semana el supervisor realiza observaciones del CR				
	- Tres o más veces a la semana el supervisor realiza observaciones del CR				
Capacitación recibida	- Cumple al 100 % o más las horas de educación continua y sesiones clínicas				
	- Cumple al 75 % las horas de educación continua y sesiones clínicas	66	78	97	80.3
	- Cumple al 50 % las horas de educación continua y sesiones clínicas				
	- Cumple al 25 % o menos las horas de educación continua y sesiones clínicas				
Trabajo en equipo	- Siempre apoya a sus compañeros para atender observaciones del CR y eventos críticos				
	- Al final del turno colabora para atender pendientes relacionados con CR	95	93	88	92
	- Frecuentemente es necesario decirle que apoye a sus compañeros en aspectos relacionados al CR				
	- Nunca o rara vez apoya a sus compañeros				
Mejora continua	- Existe evidencia comprobable que atiende las observaciones relacionadas a CR				
	- Propone en forma verbal y colabora con acciones de mejora continua relacionados al CR en el servicio asignado	41	84	95	73.3
	- Propone en forma verbal con acciones de mejora continua relacionados al CR en el servicio asignado				
	- No propone acciones de mejora				
X	Media	70.2	82	94.4	82.2

La implementación de dicho protocolo sirvió de guía y acompañamiento durante los procesos de acreditación, específicamente en la categoría de CR y se obtuvieron las acreditaciones correspondientes a cuatro carteras de salud, obteniendo los siguientes resultados, aunque cabe mencionar que la evaluación de CR se realiza

de manera conjunta y sumativa a otros criterios específicos y generales dentro de dichas cédulas (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de las carteras acreditadas de la 4a fase de auditoría externa

Cartera de salud acreditada	Resultado
Insuficiencia respiratoria y prematuridad	98.87%
Catálogo universal de servicios de salud	98.83%
Cáncer de mama	98.37%
Cáncer cérvicouterino	97.09%

La auditoría llevada a cabo dentro de los trabajos de acreditación demostró que el protocolo implementado resultó ser eficaz para mantener dichos dispositivos equipados los 365 días del año, así como asegurar el abasto y correcto manejo de roles entre los diferentes profesionales de salud. El impacto clínico de los resultados fue lograr que cada vez que una usuaria requiere de asistencia de urgencia el CR en todos sus casos siempre estaba oportunamente adecuado y adaptado para la urgencia en cualquiera de las nueve áreas clínicas donde se encontraba, así mismo el impacto social fue lograr la acreditación de las cédulas de evaluación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) carteras de salud, lo cual consolidó al hospital Materno de Celaya como una unidad certificada en la atención de dichas carteras de salud.

Posterior a la aplicación del protocolo, los CR se mantuvieron en todos los casos bien supervisados y no se registraron faltantes al momento de requerir atención inmediata.

Discusión

Administrar un proceso de acreditación implica implantar sistemas de gestión de calidad en todos los servicios y procesos para alcanzar resultados de desempeño eficaces en términos de cobertura y aseguramiento de la conformidad de los criterios, mediante mediciones periódicas, objetivas y sistemáticas, así como la generación de acciones que aporten valor en su cumplimiento y de otras iniciativas de calidad.

La aplicación de dicho protocolo demostró ser eficaz para llevar procesos ordenados, con secuencias lógicas a las características de evaluar, abastecer y controlar los CR dentro del hospital; los roles de los diferentes profesionales fueron

rápidamente adaptados como parte de los deberes diarios, además de que fueron entendidos como una estrategia de suma importancia para el bienestar de todos los usuarios que reciben atención.

Una de las estrategias utilizadas con mayor impacto fue la estrategia para limpieza y semaforización de material y medicamento, la cual fue la piedra angular para detectar oportunamente la necesidad de priorizar consumir e incorporar a mayor brevedad ciertos materiales, esto apunta a corregir deficiencias que pueden llegar a ser leves, graves y muy graves de acuerdo a un estudio de investigación realizado por Fierro et al. (2003) se encontró que 40% de los carros evaluados presentaba deficiencias que comprometían la atención de cualquier emergencia. Otro aspecto importante para el desarrollo del protocolo es que se logró incorporar de manera satisfactoria al personal de farmacia para la realización de gestiones y evitar desabastos en cualquiera de los medicamentos.

Dentro de la ejecución del protocolo se identificó el reto de cerrar la brecha que actualmente existe a nivel operativo entre lo que se hace y la manera en que se registra, frente a lo que se solicita para acreditarse y la forma en que se evidencia documentalmente, lo cual fue coincidente con el estudio realizado por González y Salas (2010), en el que se aborda la acreditación como garantía de calidad.

El llenado de la bitácora no solamente estaba a cargo del personal operativo, sino que se realizaron supervisiones periódicas para vigilar tanto el uso correcto de las bitácoras, como la congruencia del llenado en comparación con el contenido del CR; cabe mencionar que, derivado de las observaciones desarrolladas en el periodo de prueba del protocolo, se vio la necesidad de implementar algunos formatos para potencializar el correcto funcionamiento y funcionalidad de todos los insumos, material y equipo, entre los formatos que fueron incluidos están:

Control de insumos: Este formato permite controlar y registrar el medicamento y material y equipo durante una semana de lunes a domingo; está organizado con un listado que va de acuerdo con el cajón correspondiente, una columna que indica la cantidad establecida que debe cotejarse en el interior del carro, y una columna para cada día de la semana de lunes a domingo con sus turnos correspondientes y firma del responsable del registro.

Funcionamiento del desfibrilador: Permite validar el buen funcionamiento del desfibrilador, el cual se verifica con una descarga simulada o prueba test, la cual es registrada con papel registrador, responsable de la prueba y observaciones.

Limpieza y semaforización de insumos: Registra e identifica la rotación de insumos próximos a caducar, así como registrar las medidas preventivas que se realizan; la bitácora incluye datos como: Folio de candado (aperturado), fecha de apertura, semaforización de insumos y medicamentos (amarillo y rojo), medidas preventivas empleadas, fecha de próxima limpieza y semaforización, responsable, observaciones y supervisor.

Reporte de eventos y consumos: Aporta datos relevantes como el número de pacientes que fueron atendidos con quienes se requirió la apertura del CR, dicho formato brinda datos como: número de evento en orden consecutivo, fecha y hora del evento, medicamentos e insumos empleados, abastecimiento post evento, nombre de paciente, destino del paciente (post- evento), responsable, observaciones, folio de candado (post evento).

Registro de cargas o baterías mango de laringoscopia: Este formato permite validar y comprobar que el mango de laringoscopia se encuentre con la suficiente carga de energía, así como las baterías necesarias o de repuesto para el uso del dispositivo los 365 días del año.

Capacidad de oxígeno (tanque portátil): Este formato permite registrar las lecturas de la capacidad de oxígeno en el interior del tanque portátil, con ello reportar y notificar al personal competente para evitar fallos en la calidad de atención.

Algunos de los aspectos relevantes que permitió el desarrollo de dichas estrategias fueron la evaluación y análisis de la cantidad de eventos de un tiempo determinado, el destino de los pacientes en estado crítico o que requirieron algún tipo de atención de urgencia, la capacidad del total de insumos, los insumos con mayor movimiento; entre otros.

Por otra parte, la activación de simulacros de código mater aunado a la respuesta de los ERIOS ha permitido al hospital mantener una cultura de adiestramiento y capacitación continua multidisciplinar ofreciendo de forma objetiva y controlada escenarios creados para entender la verdadera importancia de ensayo y error, como base importante de la destreza, además se constituye en un método de control de

calidad de procesos, tanto técnico-educativos; la implementación de simulacros ha generado la implementación de nuevas estrategias relacionadas con el manejo del CR y su funcionalidad, de manera que el registro de los mismos ha contribuido como evidencia de capacitación continua, generando que el personal se familiarice con el entorno, las intervenciones que serán ejecutadas, los dispositivos y equipos empleados, tal es el caso del desfibrilador, en el cual se generan descargas de bajo voltaje como parte de la comprobación de su funcionalidad.

Conclusiones

Los carros rojos adecuadamente equipados y controlados dentro de los hospitales constituyen un pilar asistencial indispensable; el material que deben contener puede variar dependiendo del tipo de centro sanitario y el tipo de reanimación, en unidades hospitalarias especializadas como el caso de hospitales maternos se deberá realizar ajustes del stock autorizado, además de consensuar con el equipo de profesionales si es necesaria la incorporación de medicamentos o insumos para atender emergencias obstétricas, y que al igual que una parada cardiorrespiratoria comprometen la vida no solo de la embarazada sino también del producto.

El grado de involucramiento directivo y administrativo en los diferentes niveles de responsabilidad de la institución es de suma importancia, ya que la acreditación debe entenderse como una responsabilidad que involucra a todas las áreas.

El contenido de los CR no debe ser estrictamente apegado al listado de medicamentos e insumos definidos por diferentes organizaciones, sino que además de ello puede disponer de aquellos insumos que respondan ante necesidades propias del departamento y lo relacionado a la reanimación cardiopulmonar; por lo tanto, la lista de materiales, equipo y medicamentos que deben tener los CR deberá ser evaluada por lo menos por dos médicos, preferentemente de las siguientes especialidades: intensivistas, urgenciólogo y pediatra, ya que la atención va desde el embarazo hasta el nacimiento del bebé.

Es importante colaborar con equipos de respuesta inmediata para atender las emergencias obstétricas y que las tareas del equipo estén claramente delimitadas, dentro de las cuales existe un integrante en el equipo responsable del manejo del CR.

Es necesario que los prestadores de servicios de salud adquieran una visión de responsabilidad de evaluar y brindar una atención de calidad centrada en el paciente, que tenga en cuenta la oportunidad de la atención, el respeto a los principios éticos de la práctica médica y la satisfacción de sus expectativas con la atención recibida.

Aunque el objetivo fundamental del proceso de acreditación es asegurar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio, el protocolo implementado además de apoyar a controlar el abastecimiento del CR, ha mostrado ser eficaz para apoyar aspectos relacionados con:

Los datos históricos del departamento de mantenimiento de equipos; esto derivado de los registros que se generan habitualmente después de la acreditación, los cuales sustentan que el carro, el tanque de oxígeno, el desfibrilador, y mango de laringoscopio se encuentren en óptimas condiciones.

Control de censo de pacientes anuales que requirieron asistencia en un código mater hospitalario; este registro aporta datos del área clínica en el que se desarrolló el evento, personajes que actuaron en el ERIO, material utilizado, destino o migración del paciente a otra área dentro o fuera del hospital y desenlace clínico.

Capacidad para evaluar la pertinencia de uso del material y equipo con un código de colores que hace referencia a la caducidad de este; el personal adoptó la conducta de usar el sistema de semaforización para aquellos materiales de uso clínico fuera del CR.

Referencias

- Alkema L., Chou D., Hogan D., Zhang S., Moller A. B., Gemmill A., et al. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387, 462-474. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
- Calderón M., Montes P., González M. y Pliego Á. (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*, 2(4), 205-211. Recuperado de <https://www.socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/151>

- Fernández S. B., Gutiérrez G. y Viguri R. (2012). La mortalidad materna y el aborto en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69(1), 77-80. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100011
- Fierro R., Ruiz B., Peinado R, Ramos C., Cárdenas C. y Díaz C. (2003). Evaluación del contenido y funcionamiento de los carros de reanimación cardiopulmonar de un hospital. *Medicina intensiva*, 27(6), 385-451. <http://www.medintensiva.org/es-evaluacion-del-contenido-funcionamiento-los-articulo-13049935>
- González J. A, y Salas M. A. (2010). La acreditación como garantía de calidad. Importancia de las auditorías internas de control. *Salud en Tabasco*, 16(2-3). <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/905.pdf>
- Joint Commission International. (2010) Accreditation and certification process. *Ces medicina*. 24(2). Recuperado de <https://www.jointcommission.org/>
- Khan K. S., Wojdyla D., Say L., Gulmezoglu A. M. y Van P. F. (2006). WHO analysis of causes of maternal death. A systematic review. *Lancet*, 367, 1066-74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68397-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68397-9)
- Norma Oficial Mexicana. (2013). NOM-027-SSA3-2013. *Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312893&fecha=04/09/2013
- Regalado C. A., Segura J., Órnelas J. M. (2008). Evaluación de conocimientos y equipamiento en los carros rojos para la reanimación cardiopulmonar en una unidad de tercer nivel de atención. *Medicrit*, 5(2), 63-73.
- Secretaría de Salud. 2019. Cédulas de evaluación para la acreditación. *Dirección general de calidad y educación en salud*. Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/cedulas_acreditacion.html
- Serrano D. C. (2011). RCP en embarazada: Conocimientos anatómicos y fisiológicos básicos para llevar a término un SVB con desfibrilación automática. *Complejo hospitalario universitario de Albacete*. Recuperado de http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111129_1.pdf
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2016). Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica. Lineamiento técnico. *Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva*. Recuperado de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf



Práctica social en la salud de la persona posoperada por lesión medular

Salma Michel Corona Juárez*
Sandra Mariel Corona Juárez
Ma. Cristina Ochoa Estrada
Mónica Gallegos Alvarado

Introducción

La salud para las personas representa parte de su diario vivir y es consecuencia del resultado de sus valores, costumbres, creencias y normas sociales.

Para la Organización Mundial de la Salud [OMS] la Promoción de la Salud [PS] o la Práctica Social en Salud [PSS], constituye un cambio político y social global que comprende no solamente las acciones encaminadas a acerar habilidades y capacidades de los individuos, asimismo las dirigidas a reparar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de trasponerse en la salud pública e individual. Fue definida como el proceso que permite a las personas aumentar la inspección sobre los determinantes de la vida y, por lo dicho antes, mejorarla. Implica el poder de los individuos y grupos para que sean capaces de admitir decisiones sobre sus vidas y su salubridad y posicionarlas en la agenda política (Carta Bangkok, 2005).

Existen prácticas sociales que afectan la vida y abarcan factores condicionantes, determinantes y de vigilancia específica. Se establece un conjunto de prácticas sociales pertinentes para la acción en campos de acción extensos, definidos en función de los esfuerzos dirigidos a mejorar la vida de las poblaciones: 1. Impulso y fortalecimiento de una cultura de la existencia y de la salud. 2. Expectación a las necesidades y demandas de sanidad. 3. Mejora de entornos saludables y vigilancia de molestias

* Autoras de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

y daños a la salud colectiva. 4. Proceso de la naturaleza, y de la capacidad de participación y control sociales. Las prácticas entre las personas y los grupos sociales se completan y fortalecen continuamente, deshaciendo los límites entre sí. Más aún, una misma rutina social puede servir a uno o más propósitos (Savater, 2002).

Es así como puede considerarse que las prácticas sociales son el resultado del medio social, y por ende, una de sus manifestaciones, lo que implica que son herramientas que involucran los conocimientos y las ideas de la persona en su desarrollo o renovación. El cambio repetitivo y evolutivo en las prácticas sociales genera estímulos, carencia y cambios de valores, normas, creencias e instituciones que marcan la norma en las mismas prácticas. Se trata de un recurso interno a la sociedad, en el que el cambio puede ser inducido y acelerado por circunstancias externas hasta alcanzar situaciones de rupturas o de cambios culturales.

El ser humano se considera un ente biológico, emocional, con historia, cultura y con pertenencia social. Esto tiene que ver con la racionalidad, con la supervivencia, la adaptación al entorno, la cimentación de símbolos, representaciones y valores que recibimos, reproducimos o transgredimos (Hernández et al., 1995).

Tenemos, pues, que el ser humano es un ser social y existe en consecuencia de los demás. Está dedicado al hacer, a escoger, a actuar en torno de la disparidad, tan es así que se asocian proyectos colectivos y se requiere de normas en el actuar que limiten las acciones para arriesgar en lo habitual. Cada ser humano es una persona, con características y motivaciones únicas, pero a su vez requiere de otras personas para ganar plenamente. Esto significa que el ser humano es una persona social. Y como un ente social, requiere de la interacción y de la convivencia con otros seres humanos para educarse, crecer y reproducirse.

La Lesión Medular [LM], es un proceso patológico que produce alteraciones de la función motora, sensitiva o autónoma, con diversas consecuencias psicosociales para la persona y su familia, siendo así generadora de importantes procesos de discapacidad. La etiología de las lesiones medulares es muy variada e incluye causas de origen congénito, traumático, infeccioso, tumoral o secundario a enfermedades sistémicas. La literatura científica en su mayoría establece en primera instancia como causa la LM el trauma, se encuentra asociada a accidentes de tránsito, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca, caídas de altura, inmersiones en aguas

poco profundas, accidentes deportivos y accidentes laborales, entre otras (Henao y Pérez, 2006).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] define a la Lesión Medular [LM] como los daños sufridos en la médula espinal a consecuencia de un traumatismo (accidente automovilístico), una enfermedad (mielitis transversa) o la degeneración de la médula como en el caso del cáncer, no existen estimaciones confiables de la prevalencia mundial, por lo que se calcula que su incidencia anual oscila entre 40 y 80 casos por millón de habitantes (Hidalgo, y Aravena, 2014; Claret, 2006).

La OMS, menciona que, en Estados Unidos, la LM en menores de 15 años representa menos del 4% de la incidencia anual de todos los casos de LM adquirida (OMS, 2013).

Cada año aproximadamente 500 000 personas sufren lesiones medulares. Es posible que la incidencia realista sea mayor debido a los casos no reportados por su muerte en el accidente o durante el trayecto hacia la institución de salud.

Estas personas tienen una probabilidad entre dos y cinco veces mayor de morir, siendo los países de ingresos bajos los que registran las peores tasas de supervivencia. Los hombres corren mayor riesgo de adquirir lesiones medulares entre los 20 y los 29 años de existencia, y después de los 70 momento, en tanto las mujeres presentan un mayor peligro entre la edad de los 15 y los 19 años, y posterior a los 60 años de edad (OMS, 2013).

La razón hombres:mujeres es al menos de 2:1 en la población adulta (Inegi, 2018).

El 90% de las lesiones medulares se debe a causas traumáticas como los accidentes de tránsito, las caídas o la violencia. Existen variaciones entre las distintas regiones. Así, por ejemplo, los accidentes de tránsito son la principal causa de lesiones medulares en la Región de África (casi el 70% de los casos) y la Región del Pacífico Occidental (55% de los casos), mientras que las caídas son la causa principal en la Región de Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental (40% de los casos) (OMS, 2013).

En la persona que sufre de Lesión Medular el riesgo de muerte en el primer año después de desencadenar la lesión alcanza su grado máximo y perdura en relación a la población en general. Estas personas tienen entre dos y cinco veces más probabilidades de fallecer prematuramente.

El riesgo de mortalidad aumenta en función de la localización y la gravedad de la lesión y varía sobremanera según se dispense o no oportunamente una atención médica de calidad. El método utilizado para trasladar al hospital a la persona que acaba de sufrir una lesión de este tipo y el tiempo que tarda en ingresar son también factores importantes (OMS, 2013).

En general, las personas con lesión medular presentan dolor crónico, y una estimación de entre 20% y 30% padecen depresión significativa. “Estas personas incluso, pueden padecer enfermedades secundarias debilitantes y mortales, como trombosis venosa profunda, infecciones del tracto meadero, úlceras de decúbito y dificultades respiratorias” (OMS, 2013).

Los adultos con lesiones medulares enfrentan obstáculos similares en aportaciones en procesos socioeconómicos, con un censo de desempleo mayor a 60% a nivel mundial. “Las lesiones medulares tienen un elevado costo para el individuo y la sociedad” (OMS, 2013).

La mayoría de las consecuencias asociadas a lesiones medulares no se derivan de la lesión en sí, sino de la falta de efectividad de los servicios de atención médica y de rehabilitación inadecuados, y de los obstáculos físicos, sociales y políticos existentes en el diario vivir de las personas que presentan esta discapacidad y les impiden participar en sociedad (OMS, 2013).

El objeto de análisis y de responsabilidad laboral del profesional de enfermería es cuidar la vida humana, este considera al individuo en su contexto completo y general, desde antes del nacimiento hasta su muerte; enfermería desarrolla su labor en equipo, con grupos interdisciplinarios y puestos gerenciales; por ello, puede asegurarse que el profesional de enfermería tiene la capacidad de ensamblar e integrar políticas públicas referentes a las personas con discapacidad. Es ella o él quien da soporte a la persona de manera incondicional, con encargo, apoya en el cumplimiento de acciones que el individuo no puede efectuar, es los ojos del que no ve, las piernas del que no camina, ese tocar, ese sostener y presionar de manos sin miedo al contagio, esa sonrisa en el momento justo, es pues todo aquello que como profesional aporta a la persona al momento de prestar cuidado, y que no se puede sustituir con una máquina.

El profesional de enfermería dentro de sus funciones laborales colabora en la prestación de cuidado de la salud de personas que presentan invalidez congénita y

adquirida, causada por alguna afección, accidente, atentado o por adelantada edad; se reconoce por demostrar empatía –ponerse en el lugar del otro para comprenderle–. Aquí es cuando es importante que se visualice un indicativo o enfoque de vigilancia y cuidado de la salud en las personas, porque actualmente se vive en el predominio de un enfoque biólogo, que traslada al personal de salud a velar la salud de la persona de manera fragmentada, imperiosa, y perjudicada si se trata de una persona con discapacidad. Empero, también los integrantes de la familia actúan de manera semejante con la persona discapacitada, y en ocasiones ésta acepta pasivamente la situación que atraviesa.

El cuidado ha sido palabra central en la bibliografía de enfermería a través de la historia, se utiliza de dos maneras, diferentes entre sí, aun cuando hay relación: “1) Cuidar a alguien o proporcionar cuidados y 2) Preocuparse o interesarse por”. La primera definición significa realizar actividades para otras personas y con otras personas con la pretensión de que se beneficien con ellas. Los cuidados de enfermería implican a dos personas cuya responsabilidad es conexión que se da por el compromiso que tiene una de ellas (enfermera) y agrandar o responder a las necesidades de la otra (persona). En el segundo término se evidencia cómo una persona piensa sobre otra o cómo se siente responsabilizada con ella y de esta manera le responde. Esto se agrega a las distintas tareas atribuidas a las enfermeras, es la actitud que demuestra frente a otro(a) y con el trato que tiene y demuestra a esa otra persona (Davis, 2005). Sin ser excluyentes mutuamente, las definiciones o significados anteriores pueden converger en un enfoque del cuidado que culturalmente hablando guarde los valores que identifican a la profesión de enfermería como: la empatía y la amabilidad conservando el centro de la atención en la persona, o estaremos ante una realidad habitual como la señalada por Davis “tal vez el cuidar enfermero esté determinado por las demandas institucionales en lugar de estarlo por las necesidades personales de los pacientes” (Davis, 2005).

Para Leonardo Boff, “el cuidado es más que un acto, es una actitud por lo tanto abarca más que un momento de atención, de celo y desvelo, representa una actitud de ocupación, preocupación, responsabilidad e involucramiento afectivo con el otro” (Boff, 1999).

Mientras que Waldow expresa que “el cuidar consiste en el respeto a la dignidad humana, sensibilidad con el sufrimiento, ayuda para superarlo, enfrentarlo y aceptar lo inevitable” (Waldow, 1998).

Las políticas en salud deben ser elemento importante del progreso del conocimiento de la profesión de enfermería, y se deben examinar alternativas para contar con una mayor formulación de éstas, ya que enfermería puede demostrar liderazgo en la propuesta de estas como actualmente se es líder en las áreas de docencia, investigación, asistencia y administración.

Las políticas son sociales de origen, y de ellas se desprenden las políticas públicas y las de salud. En el Sistema Nacional de Salud, la enfermería representa un papel muy importante para la generación de las políticas. Por naturaleza, la enfermería experimenta las necesidades sentidas de las personas, pues es una disciplina de la salud que se enfrenta con problemas reales que ocasiona la enfermedad, que incluyen aspectos como el trato del paciente enfermo y su familia, la falta de capital humano y materiales, falta de organización en la atención de la salud, el deterioro emocional y el desastre económico por la presencia de discapacidad en algún miembro de la familia.

Dicho de otra manera, las políticas públicas que tengan relación con la discapacidad deben contar con lineamientos basados en la no discriminación del individuo que presente invalidez en todas las esferas. Porque la discapacidad puede comportarse con rupturas en los enfoques de salud, en diferentes casos y en escenarios, se ha abordado como una problemática biológica-funcionalista, aun cuando se sabe de la existencia de tratados de salud holísticos obligatorios que deben hacerse en la práctica. Es esta la importancia de la práctica social del profesional de enfermería actuado para que las personas que presentan discapacidades ejerzan sus derechos como ciudadanos así como potencialicen su realización personal, familiar e histórica.

Materiales y métodos

Se optó por la investigación cualitativa (estudio de caso) con abordaje descriptivo-exploratorio (Hernández, 2006); el escenario de estudio fue el hogar de la persona posoperada de Lesión Medular en la ciudad de Durango, México. El número de

participantes se estableció al alcanzar el punto de saturación de la información con el discurso de la persona (Ibáñez, 1998).

El criterio de inclusión fue: Persona posoperada por Lesión medular ocasionada por accidente automovilístico, género masculino, persona con diagnóstico de un lapso no mayor de un año a 39 años de edad. Como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada (Triviños, 1987), elaborada por los autores y aplicada al actor social participante en la investigación en su realidad concreta. La entrevista se realizó al participante del estudio en el segundo semestre del 2018. Fue fijada en grabadora digital y luego transcrita para el análisis e interpretación de la misma. Se procedió a realizar un análisis temático de la información el cual “consistió en descubrir núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia significan alguna cosa para el objetivo visado” (SS, 2018). Para la operacionalización del análisis se siguieron tres etapas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento e interpretación de los resultados (Minayo, 1996).

Este estudio fue realizado con base en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (SS, 2018), relacionado con el desarrollo y validación de los aspectos éticos de las investigaciones con seres humanos, prevaleciendo los principios de respeto y la protección de sus derechos. Con la finalidad de aumentar la calidad y objetividad de la información se consideraron las siguientes técnicas: credibilidad, transferibilidad, formalidad y confirmabilidad (Hernández, 2006).

Resultados y discusión

Se identificaron elementos relacionados con la práctica social en salud en la persona posoperada por lesión medular, que enfrenta obstáculos físicos, sociales, económicos y políticos que le impiden participar en la vida social. En particular, se identificó un área temática.

La persona como ciudadano con capacidad de participación social

A través de la historia en un sinnúmero de documentos, la práctica social en salud está asociada a un conjunto de valores: calidad de vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación, entre otros. Refiriéndose también a

una combinación de estrategias: acciones de Estado (políticas públicas saludables), de comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), de individuos (desarrollo de habilidades humanas), del sistema de salud (reorientación del sistema de salud) y de intervenciones intersectoriales. Es decir, trabaja con la idea de responsabilidad múltiple, sea para los problemas o las soluciones propuestas por ellos mismos.

En la persona que presenta discapacidad por lesión medular la práctica social en salud se puede catalogar como el conjunto de actividades que las personas y profesionales de salud realizan cada día para lograr que la vida de las personas sea posible y tengan adecuadas condiciones de salud. En la discapacidad por lesión medular la práctica social en salud se inscribe como el conjunto de actividades que las distintas personas y profesionales de las diferentes instituciones de salud realizan cada día para lograr que la vida de las personas sea posible y tengan adecuadas condiciones de salud.

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individual mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (OMS, 2016).

La igualdad indica un tratamiento equitativo de las personas, por ejemplo. La igualdad entre los seres humanos se considera un derecho en muchas culturas, aunque en muchas ocasiones no existe igualdad debido, entre otros, a factores económicos, raciales o religiosos. En este sentido, se asocia a otras palabras como la justicia y la solidaridad (Real Academia Española, 2021).

Para eliminar la desigualdad en las personas, según Aliaga, es relevante tener un buen ingreso que conduce a una buena salud, no sólo porque el individuo puede alimentarse, vestirse, habitar mejor y cubrir sus necesidades básicas, sino porque el individuo tiene más opciones para ejercitar su participación social en igualdad (Aliaga, 2003).

Así pues, los discursos obtenidos del participante reflejan una realidad en la cual la práctica social en salud modifica o puede modificar condiciones que influyen negativamente en la posibilidad de bienestar de las personas con discapacidad. Los

aspectos mencionados de la práctica social en salud y su relación con la discapacidad se describen a continuación:

Para mí una oportunidad es que me permitan ser evaluado en tal oficio, trabajo o profesión después de realizarlo o llevarlo a cabo, y que luego me dijeran mi resultado por mi desempeño y no se fijaran primero en mi condición, o sea en mi físico” (participante).

“Mire, todas las personas en esta vida somos iguales, yo, por ejemplo, no tengo esposa e hijos, pero sí tengo que apoyar a mi mamá, ella está sola, las personas como yo que viven en silla de ruedas o en ortesis, o con otra discapacidad necesitamos comer y para esto necesitamos trabajar en lo poco o mucho que podásemos hacer, necesitamos que se nos incluya más como personas; yo he ido a pedir trabajo, me hacen esperar y a veces ni me atienden” (participante).

“Yo en lo personal no veo interés de las autoridades para integrarnos a áreas de trabajo, no existen programas laborales donde podamos insertarnos, creo que la mayoría de las personas como yo están sin trabajar” (participante).

En los discursos anteriores el participante hace mención a las inequidades o desigualdades que existen en relación a la inserción laboral para la supervivencia de él y de las personas que forman parte de su familia.

“Para Ferreira, pueden considerarse tres fuentes principales de desigualdad: la económica, la política (que remite al poder y a la autoridad) y la normativa (relativa al reconocimiento y al prestigio). La distinta posición de los individuos y grupos dentro de la estructura social dependerá de su relativa capacidad económica, política y normativa”.

Es obvio que, atendiendo al reconocimiento social, según ya hemos expuesto, las personas en situación de discapacidad están situadas en un escalafón inferior en relación con las personas sin discapacidad.

“Pese a que dinero y autoridad no parecen ser factores mecánicamente determinantes, lo cierto es que, en el tipo de sociedades en que vivimos, las personas con discapacidad están en una situación claramente desventajosa para alcanzar posiciones sociales elevadas. La discapacidad los margina significativamente, tanto del mercado de trabajo como de las posiciones de responsabilidad y autoridad” (Ferreira, 2007).

Es notable aclarar que en las medidas de rehabilitación orientadas en torno al individuo, el medio establece parte del impacto de una deficiencia o discapacidad sobre el vivir cotidiano del sujeto. Una persona se recluye en su entorno de persona con discapacidad cuando existe negación en las oportunidades con las que cuenta la sociedad en general, y que son inevitables para los aspectos fundamentales de la vida, familia, instrucción, puesto laboral, casa, económica y seguridad personal, vida religiosa, compromiso afectivo, paso a instalaciones públicas, emancipación de movimientos y el estilo común de la vida diaria.

Después de esto, en la persona que presenta discapacidad, la integridad, la dignidad y la autonomía son inherentes a ella y a todas las personas como valores y que por derecho debe disfrutar. Algo que parece regular y rutinario no lo es para el sujeto, que siente sus capacidades físicas y psicológicas reducidas, esto hace que las personas que las padecen vean, entre otras cosas, su voluntad individual deteriorada. Sus actividades diarias y sus compromisos interpersonales pueden encontrarse estropeados al no sentirse integrados como personas, hecho que incide a quemarropa en la autoestima. Cuando el individuo que presenta discapacidad rastrea su propia autonomía, tiene conocimiento que es un derecho con el que cuenta como persona, es por esto que se hace evidente el propiciar y potencializar a las personas con discapacidad al máximo: para que se haga evidente un alto grado de autonomía y desarrollo personal, como se evidencia en los siguientes discursos:

“Cuando recién me accidenté, estuve tirado en la cama más de seis meses, empecé con mi rehabilitación y poco a poco fui ganando fuerzas en mis piernas y mi espalda, no tengo mucho movimiento, pero de depender al 100 % del cuidado de mi mamá y mis hermanas actualmente es otra cosa; ya salgo yo solo a la terapia, tomo el taxi (me subo y me bajo yo solo), puedo caminar aun con falta de movilidad, pero camino varios kilómetros al día. La verdad, mi vida sí ha cambiado mucho. Yo siento que me sentí realizado cuando empecé a salir a la calle y no me quedaba encerrado en mi casa” (participante).

“Mi hermana siempre me ha dado carrilla, me dice muy seguido ‘tú tienes que valerte por ti solo; no dependas de los demás’. Me dice que tengo que demostrar seguridad en mí mismo, me dice ‘tienes que tenerte confianza tú para que tu recuperación sea más rápida y te puedas superar’” (participante).

“En el centro de Rehabilitación donde me dan la terapia tres veces a la semana, yo veo muchas personas que asisten solas como yo, son muy independientes. Pero también veo otras que sus familias les ayudan a hacer todo en la terapia y pues me imagino que en sus casas también” (participante).

En los discursos referidos anteriormente, el participante aspira a que existan condiciones necesarias para que las personas con discapacidad puedan tener una vida participativa en sociedad, en igualdad de impuestos y deberes, sin estar sometidos a las exclusiones, restricciones y discriminaciones que, por razón de la situación vulnerable en la que se encuentran, se percibe. La persona con invalidez desea un ánimo parcial e independiente, sentirse incluido, con participación en la comunidad. En su existencia deben tener convivencia con las barreras físicas y sociales que pudiesen limitar su participación en la comunidad en igualdad de condiciones como personas con derechos.

“La autonomía es un concepto opuesto a heteronomía, introducido en la filosofía por Kant para referir la situación en que el comportamiento o la voluntad del individuo está determinada por su propio entendimiento, y no por algo o alguien ajeno”. De hecho, “Kant presenta la autonomía como fuente principal de dignidad de la naturaleza humana” (Cabrera, 2002).

La autonomía personal, se relaciona con la aceptación de la capacidad humana para controlar la propia vida, para tomar decisiones sin ayuda de otros, que se expresa de diferentes formas en función del ciclo vital y el contexto cultural” (Kohlberg, 1981).

En esta investigación se evidenció que existen barreras sociales que coartan el pleno desarrollo y la participación de las personas con discapacidad por lesión medular en su diario vivir con la familia, comunidad y sociedad, aunque pueden lograr un empleo adecuado con ayuda y apoyo necesario y trascender como personas. El acortamiento de las barreras merece una mayor atención, a partir de una educación de inclusión, impartida por personal capacitado dentro de empresas, instituciones educativas, de salud y comunidades, asumiendo un trabajo gremial y colectivo para disminuir barreras al aprendizaje, a la oportunidad de empleo, a la participación social de esta población, dado que así se fortalecen valores de convivencia y democracia, los cuales son la base para la edificar una sociedad heterogénea e incluyente.

También es necesario crear conciencia sobre la importancia en la participación con reciprocidad de la persona con discapacidad activamente en todos los ámbitos: empleo, recreación, producción intelectual y artística, sin ser discriminado. Por ello, es indispensable generar y desarrollar acciones educativas que conlleven a entender y consentir la diversidad como una realidad, y no como una limitante, para generar desarrollo humano de quien promueve la inclusión y mejorar las condiciones económicas y sociales de quien es incluido.

La autonomía de la persona no sólo coarta al hecho de realizar tareas o labores o participar con otras personas, además engloba capacidades de pensar y de decidir por uno mismo, y que estas decisiones sean respetadas por los demás. El profesional de enfermería puede ayudar a la persona, motivándola y alentándola a que realice acciones y supere retos, ya que ello incidirá en una mayor autoestima y emancipación personal.

Conclusiones

Como integrante del equipo de salud, el profesional de enfermería en su ambiente laboral proporciona atención primaria oportuna, y esta atención puede tener deficiencias si no se proporciona un servicio oportuno y de calidad, pero además existen barreras culturales, geográficas, viales y económicas que limitan los servicios de salud pública a la población con discapacidad. Esto repercute de manera notoria en el ámbito profesional de enfermería y en el individuo con discapacidad, así como en su microentorno y su macroentorno.

Para enfrentar el proceso salud / enfermedad, el profesional de enfermería debe facilitar y mejorar el cuidado, así como la prevención que presta buscando la calidad, para que exista trascendencia en la democratización de la salud apoyando a la persona con discapacidad como figura central en el cuidado, permitiendo que los individuos acojan prácticas y estilos de vida saludables.

Las causas principales que afectan el desarrollo del cotidiano vivir del individuo con discapacidad deben ser analizadas con detenimiento, así como las opciones y estrategias que favorezcan su calidad de vida. El profesional de enfermería debe renovar sus conocimientos para brindar atención apoyándose en procedimientos técnicos modernos, con calidad y calidez.

Por las razones manifestadas en este documento, se hace necesaria la contribución del profesional de enfermería en las políticas públicas en el ámbito local y del país para proponer estrategias acordes a la prestación de servicios: atención a la enfermedad, promoción, prevención y rehabilitación, incluyéndolo en las actividades y servicios sociales. Por otra parte, las necesidades de las personas con discapacidades deben considerarse también en las políticas, programas y proyectos desarrollados a nivel local y nacional. Estas personas deben tener acceso a los servicios acostumbrados, sostenidos con servicios especializados para mejorar de esta manera la calidad de vida de la persona con discapacidad.

Referencias

- Aliaga, E. (2003). *Políticas de promoción de la salud en el Perú*. Cuaderno de trabajo No 4. Lima-Perú: Foro Salud y Observatorio del Derecho a la Salud-CIES, 18-21.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar*. Brasil: De voces.
- Carta Bangkok. (2005). Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud Tailandia. Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- Cabrera, L. (2002). Autonomía y dignidad: la titularidad de los derechos. *Anuario de Derechos Humanos*, 3, 11-41.
- Claret, G; Trenchs Sáinz Maza, V; Palomeque, A. (2006). Lesión medular aguda en edad pediátrica. *An Pediatr.*, 65, 162-165.
- Davis, A. (2005). El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. *Revista del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona*; S/N, 1-25.
- Ferreira, M; (2007). Prácticas sociales, identidad y estratificación: tres vertientes de un hecho social, la discapacidad, i. Intersticios: *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 1-14
- Henao L., C. P., & Pérez P., J. E. (2010). Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan*, 10(2), 157-172. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n2/v10n2a06>.
- Hernández, M; Franco, S. y Ochoa, D. (1995). La promoción de la salud y la seguridad social. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo, 3-30.
- Hernández, S.M. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hidalgo, G; Montenegro, C; Aravena, A.M. (2014). Rehabilitación temprana en niños y adolescentes con lesión medular adquirida. *Rev. Med. Clin. Condes.*, 25 (2), 286-294.

- Kohlberg, L. (1981). *The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice*. San Francisco: Harper & Row.
- Ibáñez, J. (1998). *Nuevos avances en la investigación social: La investigación social de segundo orden*. Barcelona: Anthropos.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi. (2018). Mujeres y hombres en México. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf
- Minayo, M. (1996). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Brasil: Hucitec-Abasco.
- Organización Mundial de la Salud. OMS, (2013). Lesiones medulares. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2013b). Nota descriptiva No. 384.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la Lengua Española*, <https://dle.rae.es/>
- Savater, F. (2002). "Elegir la política". España: Letras Libres, Prácticas sociales y salud http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/salud_americas/05--CH5--49-58.pdf pública
- Secretaría de Salud (SS). (2019). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/63.pdf>
- Triviños A, (1987). *Introdução às pesquisas em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. Brasil: Atlas.
- Waldow, V. (1998). *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatt.



Necesidades sociales y bienestar en salud de la persona posoperada por lesión medular

Leticia Andrade Valenzuela*
Elia Compean González
Jakeline Yonemoto Contreras
Ma. Cristina Ochoa Estrada
David Jahel García Avendaño

Introducción

La carestía social no es un hecho empírico, no “está ahí” simplemente, involucra un juicio de valor: se vive en necesidad (carestía de algo) solo cuando hay relación con lo que es anhelado (necesario). Estos juicios son establecidos por intereses y estrategias de un conjunto de personas o clases sociales. Por lo tanto, “el concepto mismo de necesidad social encierra ineludiblemente componentes problemáticos. Estos elementos cobran aún mayor relevancia si el modelo social que los determina se caracteriza por el conflicto y la desigualdad social” (Colectivo IOE, 2019).

Cuando se habla de servicios sociales, hacemos referencia a un grupo de acciones organizadas que tienen el objetivo de saciar o aliviar carencias presentes. Las personas están ancladas a una escala de necesidades; y ciertas necesidades muy simples y naturales se identifican (mantenimiento, descanso, oxigenar, beber), sin embargo, otras necesidades son difíciles de identificar (autoestima o ejecución personal). “La conceptualización de las necesidades tiene una importancia crucial para la actuación de los servicios sociales y de los demás sistemas de protección social pues dependiendo de las necesidades que sean consideradas como derechos, así se

* Autores de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

deberán garantizar y establecer posteriormente una serie de recursos para satisfacerlas” (Espadas, 2019).

El concepto “necesidades de salud” es identificado por el grado de salud-enfermedad donde las personas perciben beneficios en los servicios de salud, y existe relación entre las carencias o necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las carencias o necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación) (Abouhamad, 1970).

Paralelamente, estas necesidades permanecen medidas y definidas por los condicionantes sociopolíticos y culturales de la población, que enmarcan las prioridades en la planificación y toma de decisiones cuando se prestan servicios de salud (Doyal y Gough, 1991).

Las necesidades sociales y de confort en la salud del individuo, encierran las prácticas sociales concretas y correctas para atención. Considerar la manera en que la sociedad y sus miembros reconocen inconvenientes en la salud y las necesidades de atención, hace que se fundamente la demanda de servicios de salud, integrados por los servicios informales y alternativos. Están comprendidos, además, los esfuerzos para la generación de servicios de atención de salud, su organización y puesta en marcha, dicho de otra manera, se encarga de la demanda social y de la oferta de servicios para aliviar los inconvenientes, las necesidades y las solicitudes de atención. “En la confluencia de esos dos tipos de acciones están las prácticas de autocuidado, de la demanda y usos de los servicios organizados de salud y, en general, las formas en que la sociedad conforma y usa los sistemas de salud y de atención de salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

La manera de entender la demanda en la atención de la salud, reconocer las patologías integrando el autocuidado, la manera en que existe contacto con la realidad, captando la estructura de la salud en general, está determinado especialmente por la salud y la cultura de vida; las formas de enfermar están determinadas por los condicionantes de vida, el ambiente y los riesgos en los que se vive. De esta forma, las necesidades, la percepción y las demandas son el resultado de expresiones, actitudes y condiciones de vida. Sin embargo, aunque la extensión de los servicios de atención de salud es el resultado de la toma de decisiones de carácter natural-cien-

tífico-técnica y proceden de la coherencia existente en la utilización de los recursos accesibles, el uso de estos servicios obedece forzosamente a la cultura (OPS, 2002).

La racionalidad científico-técnica y, especialmente lo respectivo a la asignación de recursos, en especial los públicos, es de naturaleza política y, por consiguiente, son dependientes del reparto y la utilización del poder y de la capacidad social de actuar y mantener el control político y, desplegando las decisiones tomadas y los recursos dados, incorporando además diversas características, como el control del desempeño de los mercados en materia de salud y la generación de solicitudes que se generan (OPS, 2002).

Actualmente las patologías incapacitantes han trascendido. En ellas se encuentra la lesión medular, una enfermedad que resulta en una discapacidad difícil de comprender y algunas veces con muchas posibilidades de llegar al deceso de la persona. Es una realidad trágica que perjudica bio-psico-socialmente al sujeto que la presenta, que con regularidad está en etapa productiva, y en ciertas situaciones resulta una carga no solo para él mismo, sino además para el núcleo familiar y la sociedad (Pérez, 2008).

La lesión Medular (LM) es un proceso patológico que genera alteraciones en la funcionalidad motora, sensitiva o autónoma, presenta diferentes secuelas psicosociales para el individuo y su familia, generando de esta forma relevantes procesos de discapacidad (Henao y Pérez, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lesión medular (LM) como los daños sufridos en la médula espinal a consecuencia de un traumatismo (accidente automovilístico), una enfermedad (mielitis transversa) o la degeneración de la médula como en el caso de cáncer (Mancilla y García, 2018).

“Las lesiones medulares de origen traumático varían su incidencia según sexo y edad. La incidencia de lesión medular en hombres respecto a las mujeres es mayor en todos los estudios recogidos por Global Incidence & Prevalence (Singh et al., 2014)” siendo la *ratio* hombre/mujer favorable para la mujer por su baja incidencia. “Según el Centro de Estadísticas Nacionales de Lesiones de Médula Espinal, en el 80,7% de los casos la lesión de médula espinal ocurrió en hombres” (Birmingham, 2014).

Referente a la edad, el pico de incidencia se ubica entre los 15 y 30 años; no obstante, la media de edad ha pasado de ser 28.7 años a 42.6 años entre 1979 y 2010. (Birmingham, 2014).

Generalmente, en algunos países en desarrollo la violencia es una de las causas principales que originan discapacidad en las personas; y haciendo referencia a las heridas medulares traumáticas, tanto en países desarrollados como en desarrollo, las primeras causas son los accidentes de transporte y caídas (Rahimi et al., 2013).

No obstante, existen patologías de procedencia no traumática que generan una lesión medular. En estas patologías se identifican los tumores, tanto primarios como las metástasis (incidencia 34,8%). Las patologías mecánicas (estenosis espinal y enfermedades discales), vasculares (aneurismas, malformaciones arteriovenosas e infartos del cordón) infecciones y esclerosis múltiple son además causantes de lesiones medulares, aunque con incidencia menor. La incidencia de estas etiologías cambia dependiendo del rango de edad y el lapso de tiempo en el que se realiza el estudio; en ocasiones, los niveles que presentan más daño son T6-T8, T12 y L4 (Van y Sánchez, 2010).

Las referencias a las heridas de la médula espinal y a su tratamiento se remontan a la Antigüedad, aun cuando eran escasas las modalidades de recuperación de una lesión tan devastadora. “La evidencia más antigua se encontró en un papiro egipcio descubierto por Edwin Smith y escrito entre los años 3000 y 2500 a. C. que describe dos lesiones de la médula espinal caracterizadas por la fractura o dislocación de la vértebra del cuello y acompañadas de parálisis” (Peña y Jiménez, 2004).

Hipócrates en el año 400 a.C. explicó que las lesiones a nivel medular que originaban parálisis no contaban con posibilidades de acceder a algún tratamiento y estas personas contaban con amplias posibilidades de fallecer. En el año 200 d.C. el médico griego Galeno adoptó el término de sistema nervioso central con la descripción de que la médula espinal era una extensión del cerebro que transmitía sensaciones a las extremidades y las enviaba de regreso al cerebro (Torres, 2018).

En 1920 la Sociedad de Historia de Nueva York propuso a James Breasted traducir la historia de la medicina, se circunscribió en un archivo donde se integró una secuencia de prescripciones médicas reglamentadas y descritas con criterio y obje-

tividad. Se determinó que una vez lesionada la columna esta no tenía posibilidades de cura (Torres, 2018).

Hasta inicios del siglo XX, y a lo largo de la I y II Guerra Mundial, se comenzaron a desarrollar investigaciones estrictas con rigor clínico y científico. En el periodo de la II Guerra Mundial se mejoró de manera notable la supervivencia de la persona con LM gracias a una mejoría en el tratamiento de las infecciones de vías urinarias, y también en la mejora de la prevención de úlceras por presión (Torres, 2018).

Las lesiones tienen la posibilidad de aparecer en cualquier nivel de la médula espinal; la ubicación y la gravedad de la lesión determinan qué funciones del organismo resultan con alteración o se perderán. Se conoce como paraplejia a la afectación de miembros inferiores en lesiones ocasionadas por debajo de la última vértebra cervical. Mientras que la tetraplejia es una lesión medular cervical por arriba de la última vértebra cervical que origina detrimento en la función motora o sensitiva de los miembros inferiores y superiores, y por ende, alteraciones en la función respiratoria con distinto grado de afección (Torres, 2018).

A nivel mundial, en las naciones en vías de desarrollo, no existen sistemas estadísticos confiables para adquirir conocimiento en relación a esta patología, lo que podría ser de utilidad para el abordaje del problema con seriedad por los diferentes Sistemas de Salud. En América Latina se reportan pocos estudios con estas características. En la actualidad, el Centro de Rehabilitación atiende a la población con LM, pero es fundamental conocer las tipologías epidemiológicas, demográficas y médicas para la obtención de datos significativos que sitúen la dimensión del problema y permitan implementar estrategias en la atención que se presta a las personas que presentan este problema; se hace urgente estudiar líneas de investigación, contrastar los datos obtenidos con la literatura internacional y los estudios ya presentados en México (Pérez, 2008).

Materiales y método

En este estudio se optó por la investigación cualitativa (estudio de caso) con abordaje descriptivo-exploratorio (Hernández, 2006) el escenario de estudio fue el hogar de la persona posoperada por Lesión Medular en la ciudad de Durango, México. El

número de participantes se estableció al alcanzar el punto de saturación de la información con el discurso de la persona participante (Ibáñez, 1998).

El criterio de inclusión fue: persona posoperada por lesión medular ocasionada por accidente automovilístico, género masculino, persona con diagnóstico de un lapso no mayor de un año a 39 años de edad. Como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada (Triviños, 1987) elaborada por los autores y aplicada al actor social participante en la investigación en su realidad concreta. La entrevista se realizó al participante del estudio en el segundo semestre del 2018, fue grabada en grabadora digital y posteriormente transcrita para el análisis e interpretación de la misma. Se procedió a realizar un análisis temático de la información que “consistió en descubrir núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia significan alguna cosa para el objetivo visado” (SS, 2018). Para la operacionalización del análisis se siguieron tres etapas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento e interpretación de los resultados (Minayo, 1996).

Este estudio fue realizado con base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (SS, 2018), relacionado con el desarrollo y validación de los aspectos éticos de las investigaciones con seres humanos, prevaleciendo los principios de respeto y la protección de sus derechos. Para aumentar la calidad y objetividad de la información se consideró la credibilidad, transferibilidad, formalidad y confirmabilidad (Hernández, 2006).

Resultados y discusión

En este camino, se identificaron elementos relacionados con las necesidades sociales y el bienestar en salud de la persona posoperada por lesión medular, la cual podría considerarse como el énfasis que se da a la persona en un mundo donde enfrenta obstáculos físicos, sociales, económicos y políticos que les impiden participar en la vida social tal como se presenta a continuación, tomado en cuenta de manera literal las versiones expuestas por investigadores cuyas aportaciones siguen vigentes. Se identificó un área temática como se presenta a continuación:

Reconociendo la enfermedad o la necesidad de atención por discapacidad

Uno de los conceptos vastos de enfermedad o patología considera que es una condición anormal que perjudica al individuo. Las patologías comúnmente tienen la posibilidad de detectarse de manera sencilla por señales e indicios específicos. Hace referencia con amplitud a una situación que afecta la actividad del cuerpo (NPHW, 2015).

Aunque la Organización Mundial de la Salud [OMS] habla de mucho más, asocia el concepto de salud al de patología, y entre los dos forman un inseparable binomio al cual se le conoce como salud-enfermedad. Se habla de un proceso ya que es un tanto molesto hablar de salud y enfermedad de manera absoluta, puesto que el conocimiento que se tiene de ambas está ubicado en una escala gradual y se le denomina sano o enfermo a una persona o grupo de personas con características afines frente a cierta realidad o interacción social (Alcántara, 2008).

Generalmente, el término enfermedad se conoce como una limitación concreta que presentan las personas, sin embargo, puede cambiar en relación a los valores individuales, las características propias del sujeto y del ámbito donde se desenvuelve. Los individuos con sus precedentes peculiares, ven la patología y la salud con diversos comportamientos y, por consecuencia hay inconstancia de comportamientos en las actividades relacionadas con la permeabilidad de la salud. Las tipologías individuales como la edad, el género, el origen étnico, los antecedentes genéticos, el nivel intelectual y motivación, valores éticos y socioculturales, se presentan de manera distinta entre las personas y varían con el tiempo, y demuestran predominancia en las respuestas fisiológicas y la conducta humana con sentido de adaptación al entorno. “Se reconoce tanto la influencia genética como la del entorno, en relación con el comportamiento humano” (McGue, 1989).

Los componentes que afectan la forma como los individuos perciben y ocupan sus acciones en relación a la salud son el ámbito físico, que incluye cambios físicos, químicos y biológicos que afectan la salud humana. En el ámbito deseable se presentan estímulos compatibles o ineludibles para el perfeccionamiento de la mente y el físico. Además está lo imprescindible para saciar las necesidades básicas o fundamentales como son: agua, alimentos, etc. Los riesgos potenciales de las ocupaciones del ser humano como: desechos, contaminación o devastación de materiales

tóxicos de tareas industriales, como asbestos, monóxido de carbono o derrames de petróleo, primordialmente captan la atención, por ser reconocidos como elementos negativos relacionados con la exposición a toxicidad (Miller y Miller, 1981).

En los patrones culturales está la creencia, la organización en familia, el lenguaje, la utilización de fármacos, el cuidado del individuo, las conductas alimenticias, etc. En estos patrones se tiene la posibilidad de detectar una extensa pluralidad de conceptos que poseen sentido saludable para unos, pero no para otros. En los modelos sociales se identifica el nivel de educación, el estatus socioeconómico, el trabajo y los patrones de interacción entre los individuos, afectando de manera significativa el acceso al cuidado de la salud y las actitudes en la toma de decisiones informadas. Ciertos patrones culturales o sociales se detectan como causantes de riesgo para enfermedades específicas. La función de los valores en grupo e individuales son un asunto prioritario en la práctica del cuidado de la salud. La enfermera debe de cerciorarse de la reflexión equitativa de los valores de cada individuo y que no se atropellen sus derechos y privilegios. “Los valores definen la salud-enfermedad y establecen funciones sociales, como la del paciente o la enfermera, y además interconectan estas funciones con las expectativas estructuradas, como los derechos y las obligaciones” (Miller y Miller, 1981).

Las necesidades percibidas en salud son esas emociones racionales propensas a saciar y cubrir las necesidades humanas. Estas se aminoran en la medida que se encuentra una apropiación física e intelectual del satisfactor por parte del individuo. “Las necesidades sentidas en salud surgen de la combinación de un amplio espectro de necesidades instrumentales (que son medios para satisfacer otras necesidades), y a la vez de necesidades naturales (como es el aliviar el dolor)” (Bedregal et al., 2002).

El término de necesidades ha tenido diversos desarrollos teóricos. No obstante, las cuestiones generadas han provocado que sean tomadas en cuenta como universales o referentes de cada cultura y con un estatus en la política y la sociedad. Estas fueron estudiadas a partir de la economía, la sociología y el campo de la salud. “Definiéndose como una demanda efectiva” (Bradshaw, 2013) “como un problema que afronta una población, haciendo manifiesta una carencia” (Spicker et al., 2009) “o como potencialidades por su capacidad de movilización” (Max, 1998). Al ser conside-

radas como universales e inherentes al ser humano, han sido ligadas a los derechos humanos.

En los sistemas actuales de acceso a recursos para individuos con discapacidad referidos con patologías, así como en el ofrecimiento de prestaciones para la promoción y la atención, se genera una situación difícil en desatención, desprotección y discriminación. Pudiese ser porque se discute sobre un grupo social desigual, relegado y desamparado lo que invita a repensar en medidas excepcionales y en la implementación de leyes concretas que aseguren la atención en unidades especializadas.

Requerir un servicio o institución de salud se inicia cuando el individuo con discapacidad está inmerso en un proceso de tensión entre la salud-enfermedad, que al no poder regresar a un estado de salud (generado por él y por quienes lo rodean partiendo de la asimilación del organismo) efectúa prácticas y significados que terminan en la búsqueda del otro (un tercero) que le preste ayuda en la solución de la tensión generada; esa búsqueda se convierte en una necesidad de atención sentida, corporeizada convirtiéndose en una acción. Tales conceptualizaciones encajan en los discursos del participante como se demuestran aquí:

“Al saber que estaba empezando a sentir sensaciones en mis piernas y pies que no movilizaba nada, me dio mucha felicidad porque mi vida al fin mejoraría, (...) pero qué pasaba cuando a pesar de esa felicidad por la movilidad yo no podía orinar con una frecuencia normal porque ahí no tenía sensaciones, tenía muchas llagas por el tiempo que estuve tirado en mi cama; [...] con todo esto tenía yo que mirarme como una persona que necesitaba atención médica, podría pudrirme de ahí de mis partes, quizá mis movimientos de mis piernas retrocedían si me daba alguna infección, pero, ¿qué cree usted?, no contaba en esos momentos con seguro social y fue muy difícil que me atendieran, porque a alguien como yo ya no lo miran como a una persona normal, ni siquiera como persona enferma, lo miran como otro y ya” (participante).

“Yo espero que, así como yo las demás personas que tienen alguna discapacidad se den cuenta que pueden estar enfermos también y que deben de ir al médico, me gustaría que también las personas que no conocen, aprendan a sobrellevar su enfermedad si ya la tienen, aunque tengan limitantes no deben sentirse así, ni avergonzarse, deben de pedir y hasta exigir que los lleven al médico, para que no enfermen más y algún día puedan superarse” (participante).

“Agradezco por mi familia, sobre todo porque me han apoyado mucho, he aprendido a aceptarme como una persona discapacitada que a veces se enferma, ellos me han ayudado a vencer limitaciones mentales que tenía, y por eso me cuido más mi salud” (participante).

En los discursos anteriores el participante explica situaciones de la patología que presenta, confronta inconvenientes complicados que involucran ajustes en el campo emocional y vital (miedo, falta de certeza) que, relacionándolo con el sufrimiento, la discapacidad y las alteraciones en su cotidiano vivir, lo conducen a buscar ayuda en el personal de salud. La patología no solo genera alteraciones corpóreas, sino que además conlleva a cambios en los patrones de vida del individuo. Un sinnúmero de enfermedades y afecciones que pueden presentar los individuos precisan la prevención, con un estilo de vida saludable, recibiendo atención médica, pruebas de detección rutinaria de riesgos, favorecerá el mantenimiento y control de los inconvenientes en su salud.

Para una institución de salud, cuando el paciente se encuentra en ella “entrega” su capacidad y competencia para ayudarse a sí mismo; lo que otorga un nuevo grado de incapacidad y subraya el rol de enfermero. Para el individuo, son reconstrucciones dinámicas que atraviesa antes, durante y después de la consulta médica. Se solicita una curación, pero también otros recursos que conforman la atención y la interacción del paciente con el personal de salud y la organización. Las expectativas emanadas de la necesidad son diferentes y no reclaman únicamente la resolución del problema por medio de la prestación de servicios de salud. Entre las diversas expectativas se contempla el estar bien atendidos, ser escuchados, examinados, informados e intervenidos, ser tratados con empatía.

Siendo así que; “la empatía incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y, además, la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir alegría, tristeza, miedo, rabia o ansiedad” (Davis, 1980).

También se define la empatía como “la capacidad de captar lo que otro piensa y necesita y la conexión sincera con su sentir como si fuera propio –a pesar de que no sea lo mismo que uno pensaría o sentiría en la misma situación– sintiendo a la

vez el deseo de consolar y de ayudar (Carpena, 2019). Representa ir más allá de la focalización con uno mismo, significa salir del propio yo para abrirse con los otros. Esta capacidad induce no solo a sentir el sufrimiento sino a colaborar en la dicha y participar de la alegría y felicidad de la persona.

La empatía es una destreza que se desarrolla durante el vivir de la persona, no es un proceso automático que genera información sobre cambios emocionales de los otros, sino que es un proceso en el que se va mejorando cuanto más contacto se tenga con el individuo que requiere de empatía.

El individuo está preparado para sentir al otro, experimentando lo que concibe y realiza como si se estuviera en su piel, vibrando con su sentir. No nace de imperativos religiosos ni de obligaciones atribuidas por la normas sino del sentido de ser humano que de alguna manera todos tenemos. La evolución ha afianzado la función de preocuparnos por los otros formando parte de un grupo de personas sin distinciones, con impulsos involuntarios para protegernos unos a otros, promoviendo la supervivencia personal y en grupo. Para subsistir estamos programados para la contienda, pero también para el altruismo. La empatía nos ayuda a admitir a las personas diferentes a nosotros mismos y mejorar nuestras propias relaciones sociales. Nos ayuda a promover comportamientos solidarios y de apoyo hacia quienes precisan cuidado, ayuda o aprobación, tal como se manifiesta en los siguientes discursos:

“Todos en esta vida necesitamos ayuda de otras personas, para vivir, para desarrollarnos y hasta para ser felices. [...] Así como yo con mi condición y sin moverme mucho puedo apoyar a otras personas, también yo necesito que me apoyen” (participante).

“Ustedes deben pensar que, así como ustedes, yo también algún día fui una persona normal, que por un accidente dejé de serlo. [...] Antes de mi accidente yo apoyaba a quienes podía, ahora es cuando más mi familia me apoya, porque entienden en la condición que estoy” (participante).

Una vez le dije a una enfermera, acá en el hospital, ustedes hacen que uno se sienta como si estuviera en mi casa, me valoran, me estiman, me cuidan y me hacen que me sienta en familia. La persona discapacitada que está en un hospital, sabe qué significa estar en una silla, qué es una enfermedad, y realmente, pues uno valora más, ¿no?” (participante).

El participante en los discursos anteriores declara sentimientos de apoyo, de valor, de sentirse cuidado, salvaguardado, entre otros. Manifiesta que el ser empático nos humaniza como personas, con una conexión y colaboración emocional intensa con la otra persona, poniendo en marcha una reacción dirigida a aliviar el sufrimiento una vez que se generan sentimientos dolorosos.

La empatía es una capacidad natural que puntualiza el tipo de persona que se espera que seamos, cómo debería ser la colaboración con el sufrimiento del “otro” y que señala con qué “otros”. Se crean de esta forma identidades y cadenas de transmisión: quien no ha recibido atención emocional a lo largo de su historia de vida y quien fue educado en la indiferencia hacia los otros, en la incomprensión y la intransigencia, mostrará tendencia a hacer lo mismo una vez que le toque proteger de los propios descendientes y de otros educandos, ya que la vida humana se tiñe de los valores vividos primordialmente durante la niñez. “La transmisión que necesitamos los seres humanos es una cultura de la empatía interplanetaria, que puede acontecer si la humanidad recibe una educación dirigida a ser empático, a amar y a sentirse responsable de la salud integral del mundo” (Carpena, 2019).

Hoy el profesional de enfermería puede edificar una conciencia de empatía que actúe como un aglutinante social, que haga posible la cooperación fundamental para poder vivir, y sobrevivir. Puede comenzar por la empatía con uno mismo, luego hacia las personas más próximas para trascender el círculo familiar y ampliarlo.

La empatía en el diario vivir se puede desarrollar y robustecer, para que esto suceda se requiere tomar conciencia de los procesos de dicha conexión con alguien más, identificando las causas por las que nuestra atención se concentra en aquel caso o en dicha persona. La empatía parte de ver al otro como igual en dignidad y derechos, y se concentra en la función de mirar sin juzgar ni etiquetar. La empatía puede presentarse de dos maneras: una vez que conocemos la condición el otro y una vez que dicho conocimiento nos lleva a actuar y realizar algo por dicha persona. En los dos casos la ganancia será recíproca ya que crea confort, beneficia la sincronía y genera aprendizaje en ambas personas.

Conclusiones

En el contexto del sufrimiento humano, ni la física o la química no han logrado ofrecer solución a éste, solamente han conseguido paliarlo, quizá por no ser su objetivo central. El profesional de enfermería, por su esencia y vocación, sí tiene la obligación señalada de conocer, aprender y proteger. Además, es la enfermera la que, después de un perfeccionamiento especializado en capacidad, puede identificar, diagnosticar y aliviar el sufrimiento físico y espiritual del individuo.

La enseñanza de enfermería ha evolucionado día a día como consecuencia de las políticas educativas y de salud, pero el cuidado profesional no ha trascendido en la atención de la persona, por la rutina laboral y las políticas generadas por el sistema de salud. Muchos enfermeros piensan que proteger es solo ejecutar métodos aislados en los enfermos a su cuidado y no visualizan los actos de cuidado para restaurar y conservar en armonía la vida. De allí que la profesión está en una cambiante metamorfosis y consolidación alrededor del hombre. El profesional de enfermería tiene una enorme responsabilidad, reconociendo que por medio de las intervenciones que presta a la persona, como la escucha activa, la existencia o el contacto, puede conceder cuidados holísticos y de calidad más allá de lo meramente visible.

En algunos países, la política principal es la humanización de la atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). En este sentido, la enfermería es clave en la obtención de metas formuladas, pues es ella quien reconoce al individuo como persona con derechos que necesita de la demostración del interés genuino de la enfermera para entender sus necesidades y emociones. El profesional de enfermería se encuentra ante el desafío de proteger y enseñar al individuo a que se cuide. Acordando con el equipo multidisciplinario de salud, y conociendo cuáles son las necesidades requeridas, transformarse en “guía”, liderar el autocuidado, ya que es algo que, actualmente, a raíz de las proyecciones en cronicidad de las características de la población y de sus necesidades está continuamente cambiando.

Al distinguir las funciones de los profesionales de enfermería con la de otros expertos en salud, y con la creencia de que tienen que realizarse distinciones en medio de las categorías y jerarquías del personal según su conocimientos, funciones, entorno gremial y habilitación académica para instituir y emplear reglas aceptables de práctica clínica, administración, investigación y formación de enfermería, va a

permitir llevar a cabo los deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, de forma tal que dignifique la vida, se humanice la prestación de los servicios que oferta y ofrezca un cuidado de calidad.

Para prestar cuidado al individuo sano o enfermo, el profesional de enfermería, debería demostrar excelentes relaciones interpersonales; debido a que va a interactuar con una persona o un conjunto de personas, de los cuales debe conocer y entender su problemática de salud; debe saber comunicarse, y para esto, contar con un bagaje de habilidades que ayude a asegurar el bienestar de la persona en el aspecto bio-psico-social, por ejemplo, la empatía o la escucha activa basada en el respeto, manifestar de manera idónea lo que desea comunicar, saber escuchar, respetar, no juzgar, ni dejarse llevar por las apariencias. Además, conservar una interacción estrecha con la persona y su familia para identificar sus necesidades, debiendo dejar su situación personal de lado para evitar perjudicar a la persona a su cargo y que mejore su eficacia.

Se recomienda la generación de líneas de investigación que delimiten el desarrollo profesional y el académico en enfermería. En lo profesional deberían estudiarse las interacciones enfermera-paciente, y en lo académico, examinar el efecto de la interrelación enfermera-paciente sobre la formación del alumnado. Finalmente, en las dos propuestas, desarrollar programas y estrategias de participación centradas en la gestión emocional (empatía e inteligencia emocional) que contribuyan en el mejoramiento de las actitudes respecto a la comunicación enfermera-paciente y en el proceso de salud-enfermedad.

Referencias

- Abouhamad, J. (1970) *Topología de las necesidades. Los hombres de Venezuela: sus necesidades, sus aspiraciones*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9,1. <https://biblat.unam.mx/hevila/Sapiens/2008/vol9/no1/4.pdf>
- Birmingham, A.L. (2014). National Spinal Cord Injury Statistical Center, Facts and Figures at a Glance. University of Alabama at Birmingham.

- Bedregal, P.; Quezada, M.; Torres, M; Scharager, J.; Garcia, J. (2002). Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Revista médica de Chile*, 130(11), 127-1294. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001100013>
- Bradshaw, J. (2013). *Selected Writings 1972-2011*. New York: University of York.
- Carpena, A. (2019). *La empatía es posible. Educación emocional para una sociedad empática. Aprender a ser, educación con valores*. Desclée De Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433028228.pdf>
- Colectivo, IOE. (2019). Las necesidades sociales: Un debate necesario. <http://www.colectivoioe.org/uploads/f6d85825e214be1f0180297a15ae6d3aaa608664.pdf>
- Davis, M.H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85
- Doyal, L; Gough, I. (1991). Measuring need-satisfaction. En: *A theory of human need*. New York: The Guilford Press.
- Henaó, C.; Pérez, J.E. (2010). Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan*, 10(2), 157-172. <https://doi.org/10.5294/aqui.2010.10.2.5>
- Hernández, S.M. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Ibáñez, J. (1998). *Nuevos avances en la investigación social: La investigación social de segundo orden*. Barcelona: Anthropos.
- Espadas A. M. (2019). Introducción a los servicios sociales. Recuperado de: <http://www4.ujaen.es/~aespadas/TEMA2.pdf>
- Mancilla, A; García, G.A. (2018). Frecuencia de la lesión medular pediátrica en un centro de rehabilitación. Experiencia de nueve años. *Revista Mexicana de Neurociencia*; 19 (4), 36-44.
- Max, M. (1998). *El desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Montevideo: Norman Comunidad.
- McGue, M. (1989). Nature-nurture and intelligence. *Nature*, 340, 507-508.
- Miller, A.; Miller, M. (1981). *Options for health and health care*. New York: Willey.
- Minayo, M. (1996). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Brasil: Hucitec-Abasco.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). República de Colombia. Resolución 2082 de 2014, por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Diario Oficial n.º 49.167.
- NPHW. (2015). Salud y Enfermedad (pp. 1-15). En: *Manual de Capacitación NPHW*. https://www2.phri.ca/hope4/wp-content/uploads/2016/02/Final-3.0_2015-10-21_M%c3%b3dulo-1_E.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Prácticas sociales y salud pública. En: *La salud pública en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/salud_americas.asp
- Peña, G., Jiménez, E. (2004). Historia de la cirugía de columna y médula. *Medicina*, 26(3), 179-183. <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/66-4>
- Pérez, R; Martín, S; Renán, S; Durán, S. (2008). Aspectos epidemiológicos de la lesión medular de la población del Centro Nacional de Rehabilitación. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20, 74-82
- Rahimi, V; Sayyah, M.K; Akbari, H; Khorramirouz, R; Rasouli, M.R; Moradi-Lakeh, M; Shokraneh, F; Vaccaro, A.R. (2013). Epidemiology of Traumatic Spinal Cord Injury in Developing Countries: A Systematic Review. *Neuroepidemiology*; 41, 656-85.
- Secretaría de Salud (SS). (2018). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/63.pdf>
- Singh, A; Tetreault, L; Kalsi, S; Nouri, A; Fehlings, MG. (2014). Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury. *Clinical Epidemiology*, 6, 309–331.
- Spicker, P; Álvarez, S.; Gordon, D. (2009). *Pobreza, un glosario internacional*. Buenos Aires: Clacso.
- Torres, M.A. (2018). Aspectos epidemiológicos de la lesión medular en el Hospital Nacional de Paraplégicos. *Ene*, 12(2), 122. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200002&lng=es&tlng=es.
- Triviños A, (1987). *Introdução às pesquisas em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. Brasil: Atlas.
- Van, J.J; Sánchez, G.M; Burridge, A.L. (2010). The Edwin Smith papyrus: a clinical Reappraisal of the oldest known document on spinal injuries. *Eur Spine J*, 19, 1815–1823.



Estudio de caso: niño con parálisis cerebral

Ana Lidia Galván Rivas*
Sarai Nallely Mares
María de los Ángeles Alarcón Rosales

Introducción

La parálisis cerebral (PC) representa la principal causa de discapacidad infantil en el mundo. La incidencia mundial ha permanecido estable durante los últimos años presentándose alrededor de 2 a 2.5 casos por cada 1000 nacidos vivos (Calzada et al., 2014). Según datos de la ENADID para el 2014 (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2016), en México había 39.7 millones de personas menores de 18 años; 6.7% de la población infantil tiene alguna dificultad para desarrollar su vida cotidiana de forma plena, de los cuales 1.9% tienen discapacidad, y 4.8% presentan limitación para realizar alguna actividad de la vida cotidiana; la mayoría de estas discapacidades y limitaciones se adquirieron desde el nacimiento (47.4% vs 45.6%) o son causadas por alguna enfermedad (26.8% vs 31.9%), en menor porcentaje accidentes y violencia (0.5%) son las causas de discapacidad menos reportadas.

La Parálisis cerebral (PC) es un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura que causan limitación de la actividad de la vida; es atribuido al desarrollo anormal del cerebro o agresión no progresiva sobre el cerebro en desarrollo, ya sea en la época fetal o primeros años de vida (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2019; Póo, 2008).

Las comorbilidades asociadas a la PC son diversas: trastornos nutricionales (desnutrición, estreñimiento), respiratorios, digestivos (trastornos de deglución, ERGE, constipación), músculo esqueléticos, urinarios (incontinencia urinaria, infecciones

* Autoras de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

urinarias), neuro-sensoriales (estrabismo, alteración de agudeza visual, alteración auditiva), epilepsia, déficit intelectual y retraso del lenguaje, entre otros (Secretaría de Salud, 2010).

La PC asociada a sus múltiples comorbilidades y complicaciones genera discapacidades y limitaciones desde la infancia, por lo tanto, el abordaje preventivo antes y durante la identificación del problema debe ser multidisciplinario. El cuidado multidisciplinario temprano es de gran importancia ya que permite mejorar la calidad de vida y evita exclusión social (SS, 2010). El profesional de enfermería, junto con el equipo multidisciplinario deben realizar funciones de planificación, implementación y evaluación de las acciones en salud en conjunto (CIE, 2019).

La educación a los cuidadores de los niños con PC disminuye las complicaciones y las limitaciones bio-psico-emocionales y sociales. La familia del niño con PC se ve afectada de manera negativa en la salud física, psicológica, social y económica debido a la complejidad del cuidado de sus hijos (Khalil et al., 2018). En este sentido, el cuidado como elemento principal de la profesión de enfermería se dirige a la enseñanza y aprendizaje de aspectos sobre la enfermedad como son la presencia de reflejos anormales, movimientos y posturas, así como dificultad para el desempeño de actividades de autocuidado para mejorar la calidad de vida y la participación (Lenis, 2006).

El cuidado es la esencia misma de la enfermería y está constituido por acciones dirigidas a la protección, mejora y preservación de la humanidad mediante la visión holística del ser. El holismo se define como la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen, siendo para la enfermería la integración del ser humano como un todo único con integridad propia, que expresa cualidades que no pueden integrarse solo con la suma de sus elementos individuales. De esta forma, la enfermera es llamada a realizar un acompañamiento holístico en el que se apropia de la cognición, ideas, teorías, visiones de las cosas y la vida, logrando que la experiencia de la persona esté en armonía y con responsabilidad para la gestión de su propia salud (Mijangos, 2014).

Las enfermeras especialistas en el área infantil y de cuidados intensivos pediátricos ante situaciones complejas, son capaces de brindar cuidados de manera humana

y holística, realizar intervenciones e identificar problemas así como satisfacer las necesidades de los niños y sus familiares.

La enfermería como profesión, tiene un lenguaje común y un instrumento metodológico, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que utiliza para describir y codificar sus conocimientos; se enfoca al tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud o procesos de vida; recurre a las taxonomías NANDA, NIC, y NOC ya que le permite clasificar y categorizar las áreas de interés de la disciplina (NANDA, 2015-2017) (véase Herdman, 2014).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta metodológica que permite al profesional de enfermería, planificar y otorgar cuidados; identificar necesidades, los problemas de salud reales y potenciales de una persona, familia o comunidad y de los problemas; establecer planes destinados a cumplir con las necesidades identificadas, y proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades. El PAE incluye cinco etapas: la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y la evaluación (Kozier, Erb, Berman & Snyder 2005).

La valoración incluye la recolección de datos (subjetivos y objetivos) a través del examen físico, la entrevista y la observación. El diagnóstico es un juicio clínico sobre la respuesta humana a una condición de salud / proceso vital, o vulnerabilidad a esa respuesta; los diagnósticos pueden ser reales, de riesgo o de salud. La planificación consiste en la priorización del cuidado, establecimiento de criterios de resultados y elaboración de los planes de acción. La ejecución comprende la implementación de las intervenciones. Por último, en la evaluación se realiza la comparación de los resultados planeados con los resultados obtenidos (NANDA II 2015-2017).

Objetivo general

Integrar el caso de una niña de diez años de edad con parálisis cerebral (PC) que ingresó a una Terapia Intensiva Pediátrica de un hospital de la Ciudad de Durango, México.

Objetivos específicos

- Valorar el estado de salud de la niña.

- Identificar los principales problemas reales o potenciales.
- Redactar diagnósticos de enfermería.
- Elaborar y ejecutar un plan de cuidado de contribuya a la resolución parcial o total de los problemas de salud.
- Evaluar los resultados de la intervención.
- Involucrar al cuidador familiar en las acciones de cuidado.

Metodología y procedimiento

Se integró estudio de caso de una niña GCD de diez años de edad, con Parálisis Cerebral Infantil, que ingresó a Terapia Intensiva Pediátrica de un hospital de la Ciudad de Durango, México. La finalidad fue identificar las respuestas humanas y proporcionar cuidado utilizando el PAE como instrumento metodológico.

Para la recolección y organización de los datos objetivos y subjetivos de la niña se elaboró un Guía de valoración considerando la taxonomía NANDA (clases y dominios); se utilizaron otros instrumentos como la escala de Braden Q (Quesada et al., 2009) para la valoración de riesgo de úlceras por presión, escala validada y fiable para valorar el riesgo de desarrollar UPP en niños hospitalizados de un mes a 14 años, tanto críticos como no críticos; la escala de Ramsay para evaluar el grado de sedación en pacientes en la unidad de cuidados intensivos (Godoy et al., 2013).

Para el registro de los diagnósticos, se consideró la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 2015-2017), estos clasificados en trece dominios: Promoción de la salud, nutrición, eliminación/intercambio, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, sexualidad, tolerancia/afrontamiento al estrés, principios vitales, seguridad/protección, confort, crecimiento/desarrollo. Para la elaboración de los planes de cuidado se utilizaron la Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).

Descripción del caso

Niña GCD de diez años de edad con diagnóstico de estatus epiléptico con antecedentes de epilepsia y parálisis cerebral infantil, probable síndrome neuroléptico maligno secundario a epilepsia por encefalopatía fija, hija de la primera gesta de madre

de 25 años de edad, con antecedentes de parto complicado; refiere la madre datos de hipoxia al nacimiento, por lo que requiere internamiento y se diagnostica parálisis cerebral (PC). Con antecedentes de hospitalizaciones previas; por neumonía, por crisis convulsivas y la última hace un mes por deshidratación.

Inicia padecimiento actual el 27 de junio 2019 caracterizado por presencia de picos febriles, por lo que la madre administra paracetamol, posteriormente inicia con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, por tal motivo es hospitalizada en el área de pediatría. Continúa con fiebre y crisis convulsivas, el médico decide ingresarla a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica; se reporta con movimientos estereotipados que asemejan extrapiramidalismo, que por momentos se exacerbaban, acompañados de midriasis, los cuales fueron calificados como crisis convulsivas.

Valoración de enfermería por dominios de la taxonomía de la NANDA-I

Dominio 1. Promoción de la salud

Clase 1. Toma de conciencia de la salud. La madre refiere conocer y llevar un adecuado apego al tratamiento de su hija (medicamentos, alimentación y movilización), sin embargo, la niña se observa con datos de desnutrición.

Clase 2. Gestión de la salud. La madre refiere inmunizaciones completas de acuerdo a su edad, baño cada tercer día proporcionado por la madre. Vive en una zona rural de escasos recursos; la casa no es propia, la construcción es de ladrillo (sin piso solo firme); los servicios básicos y públicos deficientes (agua, luz, drenaje). Refiere tener mascotas fuera de casa, cuentan con seguro popular como servicio de salud.

Dominio 2. Nutrición

Clase 1. Ingestión. Durante la hospitalización se alimenta con licuado artesanal de 2200 kilocalorías en 300 ml cada seis horas por gastrostomía. Se encuentra bajo sedación, sin embargo, por su PC, la madre refiere un marcado deterioro de la deglución y con presencia de halitosis.

Clase 2. Digestión. Perímetro abdominal 49 cm, abdomen globoso blando y depresible.

Clase 3. Absorción. Sin problema aparente para la absorción de los nutrientes.

Clase 4. Metabolismo. Glicemia capilar se mantiene entre 100 y 120 mg/dl, función hepática normal.

Clase 5. Hidratación. Piel hidratada y pálida; mucosa oral deshidratada, encías íntegras y rosadas; electrolitos normales, balance hídrico positivas (sin retención de líquidos).

Dominio 3. Eliminación/Intercambio

Clase 1. Función urinaria. Orina color amarillo claro, con micciones espontáneas de color amarillo claro con diuresis de 1.800 ml en 24 hrs, (poliuria), con presencia de incontinencia urinaria desde el nacimiento.

Clase 2. Sistema gastrointestinal. Evacuaciones de consistencia dura (en días previos a la valoración la paciente presentaba estreñimiento), patrón de eliminación de cada 2 a 5 días en casa, con ayuda de enema evacuante. Durante la hospitalización presencia de estreñimientos con dos evacuaciones a la semana. Peristaltismo disminuido; sin masas ni visceromegalias.

Clase 3. Sistema tegumentario. Temperatura de 36.7°C, con presencia de picos febriles en días anteriores. Se observa palidez tegumentaria.

Clase 4. Función respiratoria. Saturación de oxígeno se mantiene en 96%. Llenado capilar de tres segundos.

Dominio 4. Actividad/Reposo

Clase 1. Sueño/Reposo. La niña se mantiene bajo sedación las 24 horas del día.

Clase 2. Actividad/ejercicio. Con deterioro de la movilidad en cama debido al deterioro neuromuscular limitación del movimiento.

Clase 3. Equilibrio de la energía. Se ve afectado debido la disminución de la capacidad mental habitual en la que se encuentra por la pérdida de la condición física de la niña. Sin poder valorar el estado de fatiga por las condiciones físicas en que se encuentra.

Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares. Con apoyo ventilatorio sin presencia de automatismo. A la auscultación estertores bronquiales; frecuencia cardíaca 111 pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria 32 respiraciones por minuto,

tensión arterial 92/67 mmHg; PAM 79. Parámetros del ventilador respiratorio. Se mantiene en fase ventilatoria III modalidad AC con los siguientes parámetros: frecuencia 32, PIP 12, tiempo inspiratorio 0.6, PEEP 4, FIO₂.

Clase 5. Autocuidado. Sin habilidades para realizar su propio autocuidado debido al deterioro musculoesquelético en el que se encuentra.

Dominio 5. Percepción/cognición

Clase 1. Atención. A la estimulación por tacto presenta movimientos involuntarios. Estatus epiléptico con antecedentes de epilepsia y parálisis cerebral infantil (PCI). Niña bajo sedación, en estado estuporosa y con alteración de las capacidades perceptuales.

Clase 2. Orientación. Con falta de orientación debido a la PC, sin percepción (tiempo y lugar).

Clase 3. Sensación/percepción. Pupilas isocóricas con respuesta a la luz y a estímulos auditivos, pero no se percibe sentido gustativo y olfatorio.

Clase 4. Cognición. Sin poder valorar debido a déficit cognitivo de la niña. De acuerdo a la escala de Ramsay la paciente se encontraba en un estadio de cinco puntos (paciente dormido, responde solo al dolor) clasificada como sedación profunda adecuada.

Clase 5. Comunicación. Sin presentar comunicación verbal.

Dominio 6. Auto percepción

Clase 1. Auto concepto. Con alteraciones sensoperceptivas, por el deterioro neurológico en el que se encuentra.

Clase 2. Autoestima. No valorable por las condiciones de la enfermedad.

Clase 3. Imagen corporal. No valorable por las condiciones de la enfermedad.

Dominio 7. Rol/relaciones

Clase 1. Roles del cuidador. El cuidador principal es su madre y no presenta dificultad ni complejidad para brindarle cuidados a la niña, sin embargo, se observa con cansancio físico y emocional. Refiere conocimientos insuficientes para el cuidado

que debe proporcionar por lo que le gustaría aprender acerca del manejo que debe brindársele a su hija.

Clase 2. Relaciones familiares. Vive con su madre (24 años), padrastro (35 años), y hermana (cinco años). La comunicación se ve afectada debido a su enfermedad (PC), los cambios son notorios dentro de los procesos familiares debido a la hospitalización, la familia sufre cambios en sus rutinas habituales (comunicación, crisis situacional, alteración en las finanzas familiares), todo esto es manifestado por el cambio de salud que sufre la niña, al igual que afecta las necesidades personales de la familia.

Clase 3. Desempeño del rol. Los padres se muestran ansiosos, desesperados y muestran temor ante la incertidumbre de lo que pueda ocurrir, sin embargo, se encuentran con la disposición para realizar las actividades habituales sobre los cuidados que deben brindarse y además tienen confianza suficiente en el manejo que es brindado a la niña por el equipo multidisciplinario de salud.

Dominio 8. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual. Con características de acuerdo a su género, sin malformación genital, se encuentra sin edema, con adecuado aseo de genitales.

Clase 2. Función sexual. No valorable de acuerdo a la edad.

Clase 3. Reproducción. No valorable.

Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Reacciones postraumáticas. Su salud se ve comprometida, así como un aumento en los signos y síntomas presentados (movimientos involuntarios), todo es debido al cambio significativo de su entorno.

Clase 2. Respuestas de afrontamiento. Los padres se muestran con sentimientos de tristeza, angustia y cansancio físico, lo cual interfiere en el entorno familiar debido a la enfermedad (PC). Sin embargo, su actitud los mantiene de forma positiva ante esta situación.

Dominio 10. Principios vitales

Clase 1. Valores. La madre muestra elementos esenciales en su conducta así como expresa las ideas, costumbres y comportamiento de su entorno familiar.

Clase 2. Creencias. Los padres mostraron disposición para mejorar el bienestar espiritual, al expresar el deseo de mejorar la serenidad al buscar la paz y tranquilidad con apoyo de la religión.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones. La principal cuidadora de la niña (madre) tuvo disposición de mejorar la religiosidad y expresa deseo de la aceptación, serenidad al comentar asistir a servicios de culto religioso; refiere confiar y sentirse más tranquila al formar parte de ello, de la misma forma se aminora el cuestionamiento que se hace frecuentemente sobre el sufrimiento de su hija y disminuye la ansiedad que presenta. El temor que siente al tomar una decisión sobre los cuidados sanitarios a los que está sometida diariamente su hija es menor al sentirse apoyada en su religión ya que es la madre la que toma la última decisión para la atención de la niña.

Dominio 11. Seguridad/protección

Clase 1. Infección. Niña intubada el 1 de julio de 2019, con sonda de gastrostomía instalada tres meses anteriores al internamiento, con catéter venoso central instalado el 30 de junio.

Clase 2. Lesión física. Presenta estertores bronquiales y deterioro de la deglución; dentadura completa; labios con lesiones visibles (grietas y aftas), halitosis y palidez de la mucosa oral. Córneas en riesgo de presentar lesión debido a la reducida cantidad de lágrimas; se observa comprometida la vida de la niña por una inadecuada oxigenación (hipoxemia, infección). Es susceptible al riesgo de caídas que pueden dañar su estado físico aún más, se hace uso de aditamento de la cama (con barandales), sin embargo, debido al deterioro neuromuscular y según la Escala de Braden Q el factor de riesgo de presentar úlceras de presión es alto con una puntuación <16 puntos.

Clase 3. Violencia. No valorable en la niña.

Clase 4. Peligros del entorno. Su estado de salud puede verse comprometido por el tratamiento farmacológico indicado actualmente en la niña.

Clase 5. Procesos defensivos. Debido a la vulnerabilidad en la que se encuentra puede presentar una reacción alérgica a los agentes farmacológicos prescritos.

Clase 6. Termorregulación. Se encuentra vulnerable a un descenso o ascenso en la temperatura corporal por los métodos invasivos a los cuales se encuentra expuesta.

Dominio 12. Confort

Clase 1. Confort físico. La niña se observa con disconfort, inquietud (al realizar estimulación al tacto, movimientos involuntarios), debido a enfermedad (PC), deterioro de la movilidad física.

Clase 2. Confort del entorno. Debido a su enfermedad no es valorable. Se colocan aditamentos como (colchón de presión alterna, almohadillas en prominencias óseas) para una mejor estancia hospitalaria.

Clase 3. Confort social. Con incapacidad para comprometerse en las relaciones personales satisfactorias debido al PC y ventilación mecánica.

Dominio 13. Crecimiento/desarrollo

Clase 1. Crecimiento. De acuerdo a su peso de 19 kg y talla 1.20 cm, se observa retraso en el crecimiento de acuerdo al percentil de talla y peso para su edad. Su peso ideal sería de 34 kg y talla 1.38 cm. Por lo que se encuentra en un percentil bajo.

Clase 2. Desarrollo. Existe un retraso en el desarrollo en las áreas de la conducta social, cognitiva del lenguaje y de las habilidades motoras gruesas o finas, que comprometen su salud.

Diagnósticos de enfermería identificados

- (00032) Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con deterioro neurológico (crisis convulsivas, PC), deterioro neuromuscular manifestado por alteración de los movimientos torácicos, patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo y profundidad).
- (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con vía aérea artificial, manifestado por sonidos respiratorios anormales, cantidad excesiva de esputo.

- (00235) Estreñimiento funcional crónico relacionado con deterioro de la movilidad, retraso en el desarrollo, manifestado por presencia de grandes masas fecales en el recto, movimientos intestinales duros o dolorosos.
- (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factor mecánico (fuerzas de cizallamiento, presión, inmovilidad física), humedad, secreciones.
- (00108) Déficit de autocuidado: Baño relacionado con alteración de la función cognitiva manifestado por deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.
- (00068) Disposición para mejorar el bienestar espiritual.

Ver tablas en el Anexo.

Conclusiones

Las intervenciones que realiza la enfermera pediátrica en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos deben dirigirse a aliviar el sufrimiento, así como tratar otros síntomas emocionales, sociales y espirituales, tanto del niño como de su familia. Se debe poner especial énfasis en lograr que la familia adopte el plan de alta, es decir, conozcan las intervenciones que se deben realizar para lograr que identifiquen los signos y síntomas de riesgo e incrementar la calidad de vida.

Con relación al estado respiratorio se logró mantener este en el nivel esperado, los ruidos respiratorios disminuyeron, así como la acumulación de esputo. La puntuación post-intervención fue menor a lo que se esperaba aumentar, sin embargo, la paciente fue extubada posteriormente.

Se logró mantener el estado respiratorio referente a la permeabilidad de las vías aéreas. Los ruidos patológicos disminuyeron, así como el uso de los músculos accesorios de la respiración. Posterior a la extubación había por parte de la niña un manejo mejor de las secreciones.

Aunque el estreñimiento es una complicación directa de la PC, se logró disminuir el abuso de ayuda para la eliminación y se capacitó a los familiares para llevar a cabo estimulación manual sin hacer uso de enemas o supositorios.

Se mantuvo la integridad cutánea, no se presentaron úlceras por presión.

Los planes de cuidado se orientaron a disminuir complicaciones y favorecer la recuperación; es importante que se proporcione a la par cuidado al familiar, ya que las situaciones de los niños en estado crítico comprometen el bienestar emocional del familiar.

Referencias

- Bulecheck G., Butcher H., Dochterman J. & Wagner C. (2014). *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier.
- Calzada V., Ruiz, V., Alberto, C. (2014). Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. *Revista mexicana de Ortopedia pediátrica*, 16(1), 6-10.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC. (2019). Recuperado de: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/cp/facts.html>
- Godoy, M., Pino, A., Córdova, L., Carrasco, O., Andrés, J., & Castillo, M. (2013). Sedación y analgesia para procedimientos invasivos en los niños. *Archivos argentinos de pediatría*, 111(1), 22-28.
- Herdman, T. H. (Ed). NANDA International (2014). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. (2015-2017)*. Barcelona: Elsevier.
- International Council of Nurses. Definition of Nursing. (2014). *Definición de Enfermería*. Recuperado de <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística, Inegi. (2016). *Estadísticas a propósito del Día del Niño (30 de abril)*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2015/ni%C3%B1o2.pdf>
- Kozier, B., Erb G., Berman A., Snyder S. (2005). El proceso de enfermería. En: *Fundamentos de enfermería*. Vol. I. México: McGraw-Hill.
- Khalil, M., Elweshahy, H., Abdelghani, H., Omar, T., & Ahmed, S. (2018). Quality of care provided to children with cerebral palsy, Alexandria, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(6), 522-531.
- Lenis V., S. I. (2006). Cuidados del niño con parálisis cerebral. *Entramado*, 2(2), 82-87.
- Mijangos F., K. I. (2014). El paradigma holístico de la enfermería. *Revista Salud y Administración*, 1(2), 17-22.
- Póo A., P. (2008). Parálisis cerebral infantil. En *Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica*. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>.

Quesada C., Iruretagoyena M. L., González R. M., Hernández J. M., Ruiz de Ocenda M. J., Garitano B. et al. (2009). *Validación de una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión en niños hospitalizados*. Gobierno Vasco. Informe Osteba D-09-08.

Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol). Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Conadis). (2016). *Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México*.

Secretaría de Salud. SS. (2010). *Guía de práctica clínica abordaje y manejo del niño con parálisis cerebral infantil con comorbilidades neurológicas y músculo esqueléticas*. México: SS. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/420_GPC_ParalisisCerebralInfantil/IMSS-420-10-GER_ParalisisCerebralInfantil_CN.pdf

Anexo

Plan de cuidados

Tabla 1. (00032) Patrón respiratorio ineficaz, R/C deterioro neurológico (crisis convulsivas, parálisis cerebral), deterioro neuromuscular, M/P alteración de los movimientos torácicos, patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo y profundidad).			
Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar		Intervención (NIC)	
Resultado del NOC	Dominio: II Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar	(3350) Monitorización respiratoria	
Indicador: Estado respiratorio 0410		- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	
Puntuación global del resultado (mantener a 10, aumentar a 13)	Puntuación Diana		- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.
	Pre Int.	Post Int.	
041004 Frecuencia respiratoria	3	4	- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados.
041005 Ritmo respiratorio	3	4	- Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente, según corresponda.
041007 Ruidos respiratorios patológicos	2	3	(3180) Manejo de las vías aéreas artificiales
041020 Acumulación de esputo	2	2	- Realizar aspiración endotraqueal.
			- Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.
			- Realizar cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal y labial).
			- Monitorizar la disminución del volumen inspirado y el aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben ventilación mecánica.

Evaluación: Se logró mantener el estado respiratorio en el nivel esperado, los ruidos respiratorios disminuyeron, así como la acumulación de esputo. La puntuación post-intervención fue menor a lo que se esperaba aumentar, sin embargo, la paciente fue extubada posteriormente.

Nota: Puntuación Diana. 1) Desviación grave del rango normal, 2) Desviación sustancial del rango normal, 3) Desviación moderada del rango normal, 4) Desviación leve del rango normal, 5) Sin desviación del rango normal. Pre-Int.= Pre-intervención, Post-Int.= Post-intervención.

Tabla 2. (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas, R/C vía aérea artificial, M/P sonidos respiratorios anormales, cantidad excesiva de esputo.			
Dominio 2. Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión física		Intervención (NIC)	
Resultado del NOC	Dominio: II Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar	(3160) Aspiración de las vías aéreas	
Indicador: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias 0410		- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.	
Puntuación global del resultado (mantener a 12, aumentar a 15)	Puntuación Diana		- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
	Pre Int.	Post Int.	
041004 Frecuencia respiratoria	3	4	- Aspirar la nasofaringe con una jeringa de tipo pera o con un dispositivo de aspiración, según corresponda.
041005 Ritmo respiratorio	3	4	- Hiperoxigenar al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada aspiración.
041007 Ruidos respiratorios patológicos	3	3	- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
041018 Uso de los músculos accesorios	3	4	- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
			- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

Evaluación: se logró mantener el estado respiratorio referente a la permeabilidad de las vías aéreas. Los ruidos patológicos disminuyeron, así como el uso de los músculos accesorios de la respiración. Posterior a la extubación la niña manejaba mejor las secreciones.

Nota: Puntuación Diana. 1) Desviación grave del rango normal, 2) Desviación sustancial del rango normal, 3) Desviación moderada del rango normal, 4) Desviación leve del rango normal, 5) Sin desviación del rango normal. Pre-Int.= Pre-intervención, Post-Int.= Post-intervención.

Tabla 3. (00235) Estreñimiento funcional crónico R/C deterioro de la movilidad, retraso en el desarrollo, M/P Presencia de grandes masas fecales en el recto, movimientos intestinales duros o dolorosos.			
Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 2 Función gastrointestinal		Intervención (NIC)	
Resultado del NOC	Dominio: II salud fisiológica Clase: F Eliminación		
Indicador: Eliminación intestinal 0501		0450 Manejo del estreñimiento/Impactación fecal	
Puntuación global del resultado (mantener a 10, aumentar a 15)	Puntuación Diana		<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento/ Impactación fecal. - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. - Vigilar la existencia de peristaltismo. - Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.
	Pre Int.	Post Int.	
050101 Patrón de eliminación	3	4	
050105 Heces blandas y formadas	2	4	
050121 Eliminación fecal sin ayuda	2	3	
050123 Abuso de ayuda para la eliminación	3	4	
Evaluación: Aunque el estreñimiento es una complicación directa de la parálisis cerebral, se logró disminuir el abuso de ayuda para la eliminación.			
Nota: Puntuación Diana. 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido. Pre-Int.= Pre-intervención, Post-Int.= Post-intervención.			

Tabla 4. (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C factor mecánico (fuerzas de cizallamiento, presión, inmovilidad física), humedad, secreciones			
Dominio 11. Seguridad/Protección Clase 2. Lesión física		Intervención (NIC)	
Resultado del NOC	Dominio: II Salud fisiológico Clase: L Integridad tisular	3540 Prevención de úlceras por presión	
Indicador: Integridad tisular: piel y membranas mucosas		- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar efectos de riesgo del individuo (se utilizó la escala de Braden Q, adaptada para niños).	
Puntuación global del resultado (mantener a 22, aumentar a 28)	Puntuación Diana		<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. - Eliminar la humedad excesiva en la piel. - Cambios de posición cada 1-2 horas según corresponda. - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. - Colocar al paciente en posición con ayuda de almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. 0840 Cambio de posición 3500 Manejo de presiones 0740 Cuidados del paciente encamado 3590 Vigilancia de la piel
	Pre Int.	Post Int.	
110101 Temperatura de la piel	4	4	
110104 Hidratación	5	5	
110113 Integridad de la piel	4	5	
110119 Descamación cutánea	3	5	
110121 Eritema	3	4	
110124 Induración	3	4	
Evaluación: Se mantuvo la integridad cutánea, no se presentaron úlceras por presión.			
Nota: Puntuación diana. 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido. Pre-Int.= Pre-intervención, Post-Int.= Post-intervención.			

Tabla 5. (00108) Déficit de autocuidado: Baño R/C alteración de la función cognitiva M/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.			
Dominio 4. Actividad/reposo Clase: 5. Autocuidado		Intervención (NIC)	
Resultado del NOC	Dominio: I Salud funcional Clase: D Autocuidado	- Baño con paciente encamado.	
Indicador: Autocuidados higiene		- Realizar el baño con agua con temperatura agradable.	
Puntuación global del resultado (mantener a 8, aumentar a 10)	Puntuación Diana		<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar con el cuidado perianal. - Realizar el lavado de pies. - Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca. - Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel. - Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
	Pre Int.	Post Int.	
030514 Mantiene una apariencia pulcra	4	5	
Mantiene la higiene corporal	4	5	
Evaluación: Se mantuvo la higiene del paciente.			
Nota: Puntuación Diana. 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido. Pre-Int.= Pre-intervención, Post-Int.= Post-intervención.			



Funcionalidad y riesgo de caídas en el adulto mayor de una comunidad en San Luis Potosí

Alejandra Muñoz Morales^{*}
Nancy Griselda Pérez Briones^{**}
Jesús Salvador Cruz Segura^{***}

Introducción

Durante el ciclo de la vida del ser humano se presentan procesos relacionados entre sí y que implican cambios en el cuerpo: biológicos, físicos, psicológicos, emocionales y sociales, tal caso es el envejecimiento, donde hay cambios posteriores a un periodo en relación al tiempo (Espinoza, 2010). El envejecimiento se encuentra caracterizado por el cese de algunas competencias o capacidades físicas o cognitivas que menoscaban las funciones del individuo. La capacidad de dependencia funcional se refiere al desempeño de la persona al realizar actividades de su cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia personal activa, es decir, son las Actividades de la Vida Diaria (AVID) que realiza cualquier persona, como: alimentarse, asearse, acostarse y levantarse de la cama, caminar o usar el sanitario.

Una de las razones de la dependencia funcional es que ésta aparece como consecuencia de algunas complicaciones y efectos colaterales de enfermedades que desencadenan un efecto prolongado, menoscabando directamente las funciones normales del organismo, y por ende, las competencias y capacidades para realizar las actividades de la vida diaria. La relación entre la edad y el deterioro de la capacidad funcional de los AM es proporcional a su estado de salud, que evidencia sus hábitos, autocuidado y estilo de vida (Barrantes et al., 2007).

^{*} Universidad Autónoma de San Luis Potosí, ^{**}Universidad Autónoma de Coahuila, ^{***}INAPAM San Luis Potosí.

Se pueden identificar las diferencias entre el nivel de dependencia funcional que tiene el adulto mayor (AM) en relación a las enfermedades que padece; es decir, vivirá su proceso de envejecimiento de acuerdo al número de sus enfermedades y discapacidades. A su vez, la falta de autoestima y autopercepción positiva del AM puede generar actos que tengan como resultado un daño, poniendo en riesgo su integridad biológica, física, psicológica, emocional y social. La dinámica familiar con respecto a su participación y colaboración puede sufrir cambios, ya que al tener un integrante AM con dependencia funcional a veces se vuelve necesario contar con un cuidador (Dorantes et al., 2007).

Otra situación de dependencia funcional de los AM es en el núcleo social. Al tener mayores necesidades por satisfacer aumenta la demanda de atención médica y cuidados por parte del equipo de salud. De acuerdo con el SABE-2000, 33.5% de los AM 60 años y más en México presentaron al menos una caída en el año. En la Encuesta Nacional de Salud (Olaiz et al., 2003) se observó que la prevalencia de caídas ocurridas en el último año aumentó en relación con la edad y género.

En general, las caídas representan un problema para los AM. Además, quien ya ha caído una vez tiene riesgo de caer nuevamente, o bien tiende a presentar temor de repetir la experiencia y limita intencionalmente su movimiento y con esto pone en riesgo su independencia (Martin, Hart, Spector, Doyle, Harari, 2005).

Concebido el envejecimiento como un periodo heterogéneo en el ciclo de la vida se presentan diversos estados de salud de las personas, dependiendo de sus características y condiciones sociodemográficas. Hay grupos vulnerables con mayor marginación y pobreza, que a su vez acentúa el problema de dependencia funcional, por lo que el objetivo principal del presente artículo es evaluar la relación que existe entre las caídas y la dependencia funcional en el AM.

Los AM son considerados un grupo altamente vulnerable y que está acrecentándose debido a la inversión de la pirámide poblacional, al respecto, la Organización Mundial de la Salud estimó que para el 2020 más de 700 millones en países en vías de desarrollo serán AM, por lo que cobra importancia este grupo y sus necesidades de salud, no solo en México, sino en el mundo (SS, 2008).

Para el Sistema de Salud, la inversión de la pirámide poblacional con un incremento de AM, según pronósticos estadísticos, requerirá instaurar nuevas políticas

públicas que permitan satisfacer sus necesidades con acciones contundentes y determinantes que permitan coadyuvar a la calidad de vida del AM. Las caídas son una de las causas, que oscila entre 25 y 35% de morbilidad y 30% de mortalidad anualmente en los AM; 10 a 25% de esas caídas originan fracturas y 5% requieren hospitalización (SS, 2008).

La percepción general que se tiene del envejecimiento es que todas las competencias y capacidades físicas, psicosociales, cognitivas y sensoriales del ser humano irán decayendo de manera gradual, hasta su total discapacidad y dependencia. No obstante, las teorías y principios acerca del envejecimiento saludable y avances con respecto a la atención y cuidado gerontogeriátrico, han ido redefiniendo el envejecimiento, sin embargo, se requieren más procesos de cuidado estandarizados para favorecer al AM (Benavides, 2014).

Una de las estrategias preventivas es el fomento del ejercicio físico. Otra característica del envejecimiento es que tiene discordancia fisiológica y orgánica. Por ejemplo, una persona con algún problema metabólico puede tener competencias y capacidades físicas y cognoscitivas adecuadas, y viceversa. El tema del envejecimiento es un tópico activo que requiere continuar estudiándose; también es necesario brindar nuevos paradigmas sobre la perdurabilidad de la especie (Benavides, 2014). Las variaciones de las complicaciones de algunas enfermedades logran afectar funciones que tienen relación con la edad de manera creciente. El conjunto de fenómenos que autorregulan procesos y actividades de la vida diaria requiere mantener un equilibrio armónico entre las esferas del ser humano (biológicas, psicológicas, sociales y espirituales) y el contexto donde se desenvuelven. Particularmente, el desequilibrio que llega a sufrir el AM se debe al deterioro de las capacidades físicas-motoras y sensoriales-cognoscitivas, dando como resultado la dependencia.

Los cambios en el AM son muy notorios y están asociados con alteraciones a nivel renal, cardíaco y neurológico por los cambios estructurales, morfológicos y la declinación de la función, y a su vez, correlacionados a menudo con la hipertensión arterial, diabetes mellitus o tabaquismo crónico o agudo, haciendo necesaria la valoración oportuna y adecuada de la funcionalidad integral en el AM; sin embargo, para poder iniciar la valoración es necesario conocer conceptos básicos relacionados con esa funcionalidad, y modelos de atención para brindar el cuidado a estos pacientes.

Con ello se atienden necesidades anatomofuncionales en el individuo, y a su vez, su adaptación familiar y social (Torres, 2005).

Del 2015 al 2050 habrá un aumento de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años, pues en las cifras reportadas en el 2000 por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (Inegi, 2014) se estimaba que el promedio de vida para el 2020 sería de 78 años, no obstante, hoy en día se calcula que para el 2050 será de 81 años; es decir, más de la cuarta parte de la población en México será longeva, según la afirmación de Rosaura Ávalos Pérez.

El aumento de la esperanza de vida ha originado que más de 20% de las personas que sobrepasan los 60 años sufran algún trastorno mental o neural, y 6.6% de la discapacidad en este grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso; estas complicaciones representan en la población anciana 17.4% de los años vividos con discapacidad. Por su parte, la demencia y depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes; los trastornos de ansiedad afectan a 3.8% de la población, y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas alcanzan 1%; así mismo, una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores (Arminda et al., 2010).

La funcionalidad del AM se plantea debido a que en las últimas décadas se ha apreciado en el país un franco descenso de la tasa de mortalidad y un incremento de la esperanza de vida al nacer. Así, la población AM tiene más implicaciones en su cuidado debido a la disfuncionalidad, situación que permite resaltar la importancia de la presente investigación.

El AM que es capaz de afrontar de manera apropiada los cambios físicos-motores y sensoriales-cognoscitivos se considera con capacidad funcional, debido a que por sí mismo puede satisfacer sus necesidades, logrando autosatisfacción; el concepto de función definido por Lazcano (citado por Soberanes et al., 2010), es “la capacidad para efectuar las actividades de la vida cotidiana”, por su parte, otros definen la funcionalidad como “el grado de independencia o capacidad para valerse por sí mismo para la vida” (Soberanes et al., 2010).

Así, la funcionalidad de una persona es la capacidad que se tiene para realizar cualquier actividad de la vida diaria sin el apoyo o colaboración de alguien. La dependencia funcional en la persona mayor tiene implicaciones en su autoestima y en el

bienestar autopercebido, con devastadores efectos en la calidad de vida. Manrique, Salinas, Moreno y Téllez (2011) mencionan que los aspectos principales para valorar la funcionalidad del AM son la capacidad de realizar las actividades consideradas como instrumentales y básicas del diario vivir y la movilidad del AM para la realización de las mismas (Soberanes, 2010). Así, el presente estudio pretende evaluar la funcionalidad y el impacto que ésta tiene y, a su vez, determinar la correlación y causalidad que puede existir entre los diferentes factores condicionantes básicos que describe Dorothea Orem en la Teoría del Déficit de Autocuidado.

La presente investigación resultó del entendido que la edad avanzada representa el aumento de la vulnerabilidad y dependencia; también se considera que la acelerada pérdida de la autonomía condiciona el aumento de problemas fisiológicos y psicológicos, pues los procesos agudos o crónicos generan cambios importantes en las cifras de morbilidad y mortalidad, las cuales repercuten en las acciones educativas y preventivas que el personal de salud debe de realizar, ya que el propósito del primer nivel de atención es buscar los medios y las estrategias necesarias que permitan mejorar el estilo y calidad de vida de la población mayor (Aranibar, 2010). Compartimos la aportación de Pérez Ortiz, quien señala que el envejecimiento individual y el envejecimiento a nivel demográfico condicionan la necesidad de incrementar el bienestar de los individuos y de la sociedad, pues a mayor conocimiento, mejor salud, y más acciones hacia “una sociedad para todas las edades”, en donde los principios morales como equidad y trato justo, pasen de ser una premisa bien intencionada a una realidad (Manrique, 2011). No obstante, en ese macroobjetivo también figura el sistema de salud y la atención de enfermería, quienes tienen entre sus responsabilidades cuentan realizar investigaciones que den respuesta a las nuevas necesidades en materia de salud.

Pedrero y Pichardo (2009) mencionan que la geriatría holística se refiere al equilibrio armónico e integral que se logra establecer entre los estados físico, mental, social, familiar y económico, tanto en el grado de funcionalidad como en la dependencia. El AM sano es aquella persona capaz de tomar sus propias decisiones y realizar sus actividades de la vida diaria, independientemente de sus enfermedades y complicaciones; el AM enfermo tiene capacidades físicas-motoras y sensoriales-cognoscitivas afectadas, con dependencia para realizar sus actividades de la vida diaria.

La factibilidad para la realización de nuestro estudio nace en la licenciatura en enfermería de la Unidad Académica Multidisciplinaria y del personal de salud del centro de salud, que cuenta con los recursos humanos y materiales requeridos, y con el conocimiento y la habilidad necesarios para la realización de las actividades, de manera que los resultados obtenidos en esta población remarcan las deficiencias de la misma, y permiten esbozar la necesaria capacitación del personal, así como de los familiares para mantener la independencia motora del AM y su autovalencia para realizar las actividades de la vida diaria.

La disminución de la mortalidad y la fecundidad han dado origen al aumento acelerado de AM, y con ello, a una problemática de salud. La categoría AM se clasifica en viejos jóvenes (de 55 a 85 años), y viejos (mayores de 85) y presenta “riesgo social” por las deficiencias de cobertura y calidad en materia de seguridad social y atención a la salud; además de las limitaciones físicas propias de su condición cronológica (Espinoza, 2010). Por ello, la intervención en salud debe integrar un rol social en la atención del AM para que este acto dé sustento praxiológico y axiológico en la constante y permanente satisfacción de necesidades, permita la planificación y desarrollo y se logre consolidar una visión preventiva, que en corto plazo se ocupe de los AM y elimine las barreras que dificultan su participación social plena.

El estudio y comportamiento estadístico con respecto a las variables y datos sociodemográficos del grupo de los AM, brindan la oportunidad para establecer un diagnóstico situacional de este grupo vulnerable y señala áreas de oportunidad para mejorar la calidad de vida de los AM. Así pues, se pretende realizar la presente investigación en la comunidad de Las Magdalenas perteneciente al municipio de Rioverde, San Luis Potosí, con el propósito de determinar la funcionalidad del AM con respecto de sus actividades básicas, instrumentales y avanzadas, teniendo en cuenta que en esta etapa surge una diversidad de cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que impiden o dificultan la realización de dichas actividades.

Considerando que la presente investigación origina como beneficios la adaptación a un rol social, que coadyuva en una calidad de vida más adaptativa y una sociedad más proactiva para el AM, se formuló la interrogante de investigación: ¿Cuál es el índice de independencia y el riesgo de caída en los AM pertenecientes una comunidad en la llamada Zona Media en San Luis Potosí?

Método

El tipo de investigación es descriptiva ya que exhibe el conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación de espacio y de tiempo dado: aquí se observa y se registra, o se pregunta y se registra. Describe el fenómeno sin introducir modificaciones: tal cual, y a su vez, es de tipo correlacional (es decir, cómo, aunque la relación entre las variables sea muy fuerte, no precisamente una de ellas es la causa de la otra). La teoría nos recuerda la relación entre las variables, no que una sea la causa de la otra (Rojas, 2015). Su diseño es no experimental, debido a que se observó la funcionalidad y riesgo de caídas en el AM, considerando lo anterior como la variable independiente por autoselección. Es de corte transversal, ya que se realizó sin manipular deliberadamente las variables consideradas para el estudio, en un ambiente natural, en su realidad. Se considera que este tipo de estudios consisten en la enumeración descriptiva de características seleccionadas observadas en un grupo de sujetos que tienen una determina condición o características en común (Rojas, 2015).

Para conservar las características metodológicas y rigor estadístico no se consideró muestra, ya que se tomaron el total de los 54 AM pertenecientes a una comunidad en la llamada Zona Media, San Luis Potosí; por lo tanto, se considera el universo.

Los criterios de inclusión para el sujeto de estudio fueron: adulto mayor; con edad igual o mayor a 60 años de edad, género indistinto, que reciba atención médica en el Centro de Salud de la comunidad, Zona Media de San Luis Potosí y que acuda a la convocatoria para su valoración en la casa de salud de la comunidad.

La investigación en cuestión se llevó a cabo en una comunidad perteneciente a la Zona Media del estado de San Luis Potosí, durante un periodo comprendido de abril a mayo de 2017.

Los instrumentos seleccionados para realizar la recolección de datos fueron: Escala de Lawton y Brody (Hernández, 2016) y la Escala de Tinetti (Rodríguez y Lugo, 2012). para la valoración de la marcha y el equilibrio.

Procedimiento y procesamiento de datos

La ejecución y dirección del protocolo estuvo comprendido por tres fases; la primera fase fue sometida a revisión por el asesor de investigación y aplicada durante el mes

de febrero y marzo del 2017 en el Centro de Salud Rioverde como parte de la prueba piloto para realizar la validación contextual. Luego se gestionó ante la coordinación de la Casa de Salud de la comunidad en la Zona Media del estado de San Luis Potosí, el perifoneo y reclutamiento de los AM pertenecientes a esta comunidad, registro de los AM de dicho lugar, y se convocó a la población de estudio para darles a conocer los objetivos de la investigación y autorizando el consentimiento informado. Se planearon visitas cada tercer día por secciones de la comunidad para la aplicación y llenado de los instrumentos validados: Lawton y Brody, y Cuestionario de Tinetti durante el periodo de abril-mayo del 2017. Posterior a la recolección de datos se procedió con la tercera fase, en donde se estructuró una base de datos para el procesamiento de la información, análisis e interpretación estadística y reporte de resultados.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 23. En la estadística descriptiva se utilizaron medidas de tendencia central y de variabilidad, así como frecuencias y porcentajes.

El marco ético legal se basa en la Ley General de Salud, Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, Informe Belmont principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, Decálogo del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, Plan Gerontológico en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social para la Atención Integral al Adulto Mayor (Coordinación de la Subregión México y el Caribe Latino) y la Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores están enmarcadas dentro del consentimiento informado elaborado para la presente investigación.

Se considera que esta investigación tiene nivel de riesgo mínimo ya que recoge datos sociodemográficos, información para evaluar en valoración de la marcha y el equilibrio en el AM y su relación con el índice de independencia. La autorización del consentimiento informado responde a la compatibilidad del principio de autonomía individual, además de respetar la intimidad y confidencialidad de los participantes. Lo anterior se retomó del artículo 100 de la Ley General de Salud (LGS, 2012) en materia de investigación, y se ajusta a los artículos 1 y 2 de la Ley de Bioseguridad de

Organismos Genéticamente Modificados (LBOGM, 2005) en el cual se retoman los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad para los participantes de la investigación, incluye a su vez un apartado para los derechos y obligaciones del investigador y los colaboradores para el desarrollo e implementación del protocolo de investigación.

Los fundamentos del marco referencial fueron los principios básicos de investigación, asistencia profesional (lic. en enfermería), valoración de la marcha y el equilibrio en el AM y su relación con el índice de independencia, tal y como lo establecen las disposiciones de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en sus tres principales apartados para la realización de investigaciones.

De acuerdo a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, la justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas, en este caso al AM; la investigación puede justificarse éticamente pues respeta y protege a los sujetos de esa investigación, es justa para ellos y moralmente aceptable. Además, el investigador asegura que el estudio propuesto se basa en un conocimiento adecuado y pertinente de la literatura científica acerca del nivel de percepción de autocuidado y nivel de depresión en el AM.

El Informe Belmont dice que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y que las personas con autonomía disminuida o que se encuentran imposibilitados para ejercerla tienen derecho a protección. El grado de protección conferido debiera depender del riesgo de daño y de la probabilidad de beneficio, el concepto de que algún individuo carece de autonomía se debería reevaluar periódicamente y variará en diferentes situaciones (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979).

En la mayoría de los casos de investigación con humanos el respeto por las personas exige que los sujetos ingresen al estudio voluntariamente y con información adecuada, bajo el principio obligatorio de beneficencia, no hacer daño, asegurar los beneficios y disminuir posibles daños colaterales (NCPHSBBR, 1979).

Como lo marca el Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, nos enmarcamos en el respeto y cuidado a la vida y los derechos humanos, una conducta honesta y leal mediante la protección a la integridad de las personas ante cualquier situación que les afecte, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos, guardando en todo momento secrecía profesional, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros. Asumimos el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a la competencia profesional, además de pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio (SS et al. 2001).

La valoración de la marcha y el equilibrio en el adulto mayor y su relación con el índice de independencia se apega a la Atención Integral al Adulto Mayor dentro del Plan Gerontológico en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (Coordinación de la Subregión México y el Caribe Latino).

El desarrollo de las actividades propias de la investigación se apega a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el título primero; capítulo único de las Disposiciones Generales, artículo 3 en su fracción segunda: asistencia social, en donde se establecen el conjunto de acciones para modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (Ley de los derechos de las personas adultas mayores, 2002).

Resultados

A continuación, se muestran los principales resultados obtenidos en la investigación, mismos que son presentados en dos apartados: resultados descriptivos a través de frecuencias y porcentajes, y otro apartado llamado Análisis de datos donde se presenta tablas de contingencia.

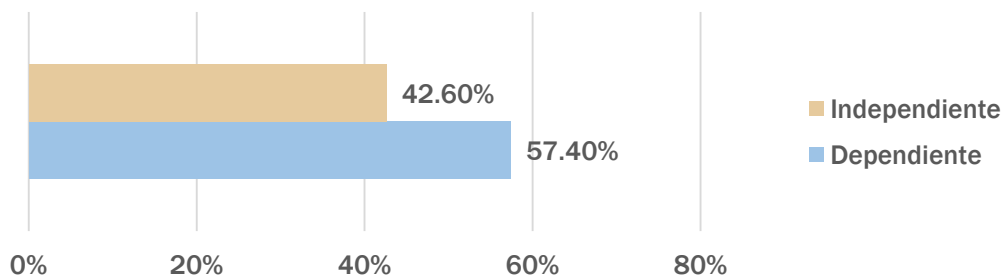
Tabla 1. Variables sociodemográficas en AM

		Fr	%
Género	Masculino	23	42.6
	Femenino	31	57.4

		Fr	%
Edad	60-63 años	6	11.1
	64-66 años	10	18.5
	67-69 años	8	14.8
	70-73 años	8	14.8
	74-76 años	3	5.6
	77-79 años	8	14.8
	80 años y mas	11	20.4
Estado civil	Soltero (a)	6	11.1
	Casado (a)	26	48.1
	Viudo (a)	17	31.4
	Divorciado	2	3.7
	Unión libre	1	1.8
	Desconocido	2	3.7
Grado académico	Ninguno	35	64.8
	Primaria	13	24.1
	Secundaria	6	11.1
Trabajadores activos	Ama de casa	29	53.7
	Trabajo	14	25.9
	Ninguno	10	18.5
	Otros	1	1.9
Vive con:	Hijo (a)	22	40.7
	Con mi pareja	13	24.1
	Otro	5	9.3
	Ninguno	14	25.9
Seguridad social	IMSS	2	3.7
	ISSSTE	1	1.9
	Seguro popular	24	44.4
	Prospera	1	1.9
	Ninguno	26	48.1

N=54. Fuente: Directa, grado de funcionalidad y riesgo de caídas en el AM de una comunidad

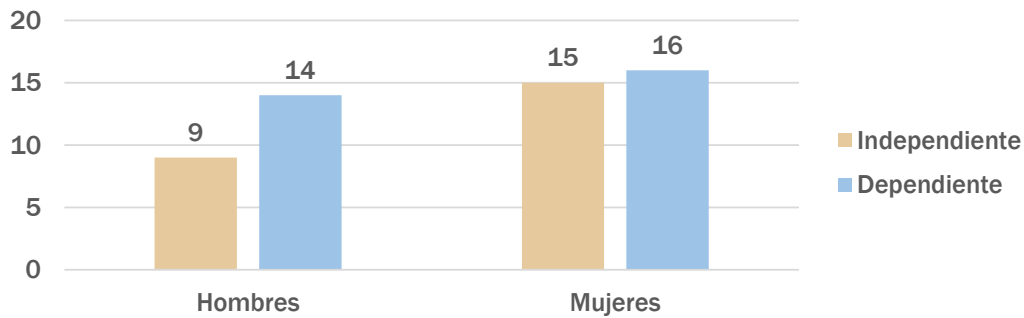
Gráfica 1. Grado de funcionalidad en AM



N=54 Fuente: Directa, grado de funcionalidad y riesgo de caídas en el AM de una comunidad

En la Gráfica 1 se puede observar que 57.4% (31) de los AM encuestados tienen un grado dependiente para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), mientras que 42.6% (23) tienen un grado independiente.

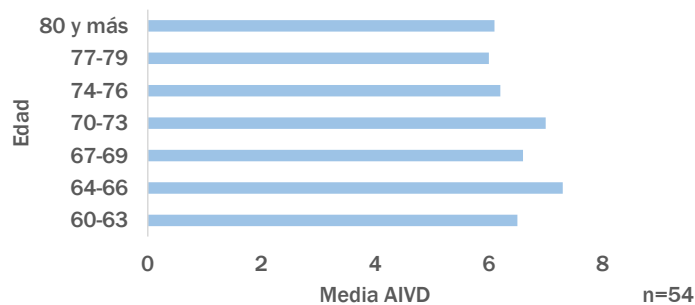
Gráfica 2. Grado de funcionalidad por género en AM



N=54 Fuente: Directa, grado de funcionalidad y riesgo de caídas en el AM de una comunidad

La Gráfica 2 muestra el nivel de independencia, con niveles similares de dependencia e independencia entre los géneros.

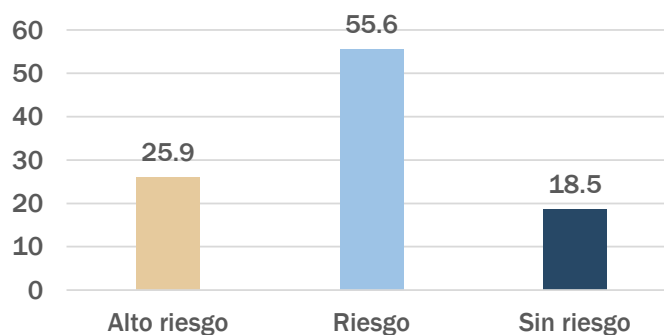
Gráfica 3. Grado de funcionalidad por edad en AM



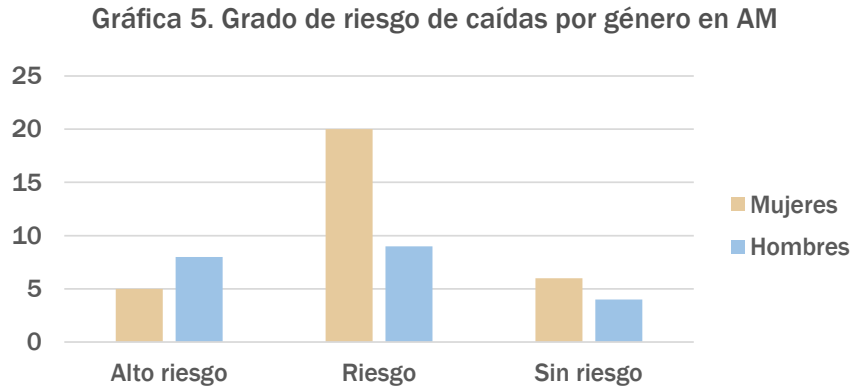
Fuente: Directa, grado de funcionalidad y riesgo de caídas en el AM de una comunidad

Se observa en la Gráfica 3 que conforme va avanzando la edad cronológica del AM va disminuyendo su nivel de independencia; a partir de los 74 años se empieza a notar mayor dependencia del AM; tal y como lo determina el puntaje.

Gráfica 4. Grado de riesgo de caídas en AM

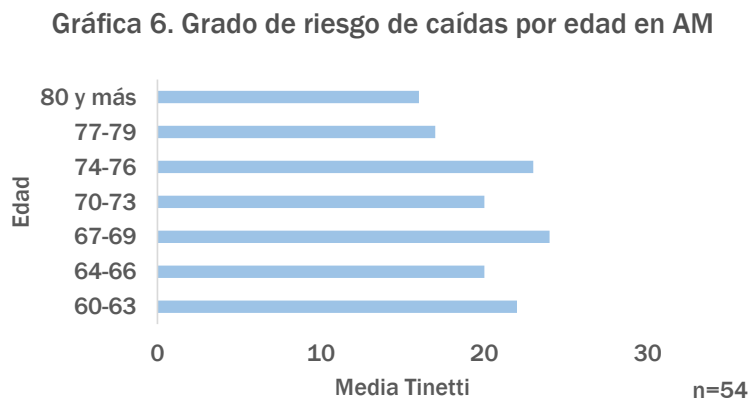


Mediante la escala de valoración de Tinetti, se aprecia en la Gráfica 4 que 55.6% (14) de los AM se encuentra en riesgo de presentar alguna caída; 25.9% (30) se encuentra en un alto riesgo y 18.5% (10) se encuentra sin riesgo de caída.



N=54. Fuente: Directa, grado de funcionalidad y riesgo de caídas en el AM de una comunidad

Se observa en la Gráfica 5 que la población adulta mayor de género femenino tiene mayor riesgo de caídas que el género masculino.



Fuente: Directa, grado de funcionalidad y riesgo de caídas en el AM de una comunidad

La Gráfica 6 muestra que a partir de los 77 años el riesgo de caídas es alto en la población AM.

Discusión

En un estudio para identificar la capacidad funcional y calidad de vida del AM se identificó la edad promedio de los AM en 79.7 años, oscilando entre 65 a 74 años

35.6%; de 75 a 84 años 32.3% y los de 85 años y más fueron 32.2%, lo cual caracterizó presencia de fragilidad entre los dos últimos grupos de edad; el género de los AM fue predominantemente femenino (52.5%), y en estado civil, el grupo de viudos, solteros-divorciados y separados (55.9%) y sin pareja y casados (44.1%) (Díaz, 2011).

De los 59 AM, se identifica en el nivel de capacidad funcional de las AVID por grupos de edad, como sigue: en forma sobresaliente a 78% con independencia al grupo de viejos jóvenes (65-74 años), en contraposición de sobresalir en la dependencia total a los viejos-viejos (85 años de edad) en 46% dependencia total, además de 40% del nivel de dependencia severa en el grupo de AM de 75 a 84 años (Díaz, 2011).

En un estudio realizado en Villa Hermosa, Tabasco, acerca de la funcionalidad de la vida diaria para los AM se estudiaron 60 mujeres y 40 hombres, con una edad media de 69.71 ± 7.01 años; 56% de los AM refirieron un estado civil no unido (divorciado, separado, soltero, viudo). En cuanto a ocupación, 50% se dedican a las labores del hogar y 32% son jubilados. Respecto a la escolaridad, 83% tiene estudios a nivel básico (primaria). Funcionalidad para la vida diaria: 74% de los AM presentó para AVID independiente 8% moderadamente independiente 71% dependiente 21% (Zavala, Domínguez, y Sosa, 2011).

En otro estudio realizado en Lima Perú acerca de capacidad del AM que acude al Hospital de Día en Geriátría con el objetivo de determinar el nivel de capacidad funcional del AM que ahí acude, se observa que prevaleció el sexo femenino, con 64,5% y la edad fluctuó entre 61 y 95 años, con alto porcentaje de 80 años y más, con 38,5%; en el estado civil se observa un mayor porcentaje de casados, con 48,7%, y en la escolaridad, el nivel primario obtuvo 37,2%. en cuanto a AVID se muestra que las mujeres presentan mayor dependencia que el género masculino. Se observa que 59,6% necesita ayuda para realizar compras; 51,9% en la preparación de alimentos. 87,8% utiliza por sí mismo el teléfono; y 75,6% participa en el cuidado de casa (Castro, 2013).

En contraste con los anteriores estudios, en la presente investigación se encontró que en la comunidad de las Magdalenas Rioverde, San Luis Potosí en un grupo de 54 AM 57% (31) tienen un grado de dependencia para la realización de alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria y 43% (23) son independientes, sin

embargo, el género femenino, compuesto por 31 mujeres tiene un grado de dependencia e independencia muy similar, se observa que a partir de los 74 años el AM de dicha población tiene un grado de dependencia para alguna actividad instrumental de la vida diaria. En comparación con otros proyectos muy similares a este se puede observar que gran parte de la población AM es analfabeta, el género femenino es más predominante, así mismo, la mayoría se encuentra viudo, gran parte de ellas concluyen que a mayor longevidad mayor dependencia, siendo el sexo femenino más independiente a comparación del masculino.

En cuanto a un estudio cualitativo, descriptivo realizado en la ciudad de Quito sobre programa kinesioterapéutico integral para la prevención del síndrome de caídas en pacientes AM de 65-85 años que acuden al servicio de rehabilitación del hospital de atención integral del AM en esa ciudad, se pudo observar la clasificación de los pacientes atendidos en el HAIAM por el género, donde se revela que 75% de las pacientes fueron de sexo femenino, por predominar este género dentro del servicio de clínica de caídas del hospital, y 25% restante corresponde al grupo masculino (Peralta y Pintado, 2013); se observó que 37% de las personas ha sufrido más de tres caídas, mientras que 25% solo dos, 22% de los AM tres caídas, y por último, solo 16% una sola vez se han caído los últimos 12 meses previos al programa. Se observó que 69% de los pacientes presentó heridas superficiales y contusiones, 13% de los pacientes tubo esguinces de tobillo, 6% corresponde a luxaciones, especialmente de hombro, 6% a fracturas y también 6% golpes en la cabeza. Según los resultados obtenidos en la escala de Tinetti pudimos observar que la puntuación de 19-24 puntos en dicha escala corresponde 78% de los pacientes, la puntuación de 24-28 puntos al 13%, y la puntuación menor o igual a 19 a 9% de los AM. Se identificó que existe un mayor porcentaje de mujeres que sufre caídas correspondiente a 75% ya que la mayoría de ellas, al igual que del género masculino, presentaban artrosis y que debido a una mayor concurrencia a la consulta supera en porcentaje al de los hombres que fue de 25% por lo que se puede concluir que el mal funcionamiento articular puede alterar la marcha y el balanceo del cuerpo, y provoca inestabilidad (Peralta y Pintado, 2013).

Un estudio de investigación de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, acerca de técnica de Frenkel para mejorar el equilibrio en AM de 65-80 años del Centro Geron-

tológico Inmaculada Concepción (CGIC), en el cantón la Troncal durante el periodo octubre 2015 a febrero 2016, se muestra que la mayor parte de AM evaluados en el CGIC tienen entre 76 y 80 años representado en un 46%. De acuerdo al rango de edad, están propensos a un elevado riesgo de caídas por alteraciones en la marcha y el equilibrio, debido a los cambios músculo-esqueléticos que se producen con la edad. Se demostró que donde se tiene más problemas es en la marcha. La evaluación del equilibrio mediante el test de Tinetti, demostró que los AM de 65 a 80 años del CGIC presentaban alteraciones debido a las bajas puntuaciones, así como riesgo alto de caídas. 43% de los evaluados obtuvieron ocho puntos y 32% un promedio de nueve, siendo la máxima puntuación de 16 (González y Pacheco, 2016).

Este estudio muestra que 57% de los AM se encuentra en riesgo de presentar alguna caída, 26% se encuentra en un alto riesgo y 18% se encuentra sin riesgo, demostrando que el género femenino tiene mayor riesgo de caídas, aunque ya en riesgo alto se encuentra el género masculino. En dicho estudio se observa que a mayor edad hay un riesgo más alto de presentar alguna caída debido al debilitamiento de la musculatura. Por resultados similares a los anteriores proyectos podemos observar que la edad es un factor muy importante para la presencia de alguna caída.

Conclusiones

La presente investigación revela una población femenina de 57%. Debido a que población de sexo masculino (43%) son más propensos a la emigración por la falta de trabajo, la edad predominante en el estudio son los AM de 80 años. 48.10% de los AM de la comunidad Zona Media aproximadamente no cuenta con derechohabencia a ninguna dependencia de salud, reflejando la necesidad de implementar estrategias que permitan aumentar el número de población afiliada. 53.7% de los individuos se dedica a las labores del hogar, situación relacionada con el porcentaje poblacional representado por el género femenino.

La investigación evidenció que existe una estrecha correlación entre las actividades instrumentales de la vida diaria (AVID), que se representa por el grado de funcionalidad y la escala de marcha y equilibrio Tinetti. De acuerdo con los resultados obtenidos, a mayor dependencia mayor será el riesgo de caídas. También cabe destacar que conforme la edad cronológica avanza, aumenta su dependencia funcional

y con ella el riesgo a caer, dando respuesta a la hipótesis de investigación: a mayor capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria el AM tendrá menor riesgo de tener alguna caída. Debido a la significancia encontrada entre estos factores, indicamos que si alguno de estos fuese modificado cambiarían proporcionalmente los resultados.

Planteamos las siguientes sugerencias o recomendaciones generales:

- Promover la creación del Centro Integral de Rehabilitación para el AM (CIRAM), cuyo objetivo principal radica en brindar una rehabilitación integral tanto física como emocional que coadyuve a los AM a tener un rol en la sociedad y así mismo aumentar la esperanza de vida disminuyendo las enfermedades crónico-degenerativas, así como la pérdida de la movilidad.
- Implementar un programa de actividad física acorde a una previa valoración de las capacidades funcionales del AM, pues mantenerse activo puede ayudar a las personas mayores a conservar la mayor independencia posible durante un mayor periodo, además de reducir el riesgo de caídas, disminuyendo la limitación que con la edad se presenta para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AVID) como los son el cuidado personal camina, bañarse entre otras reafirmando la idea de que los programas de ejercicio o actividad física deben orientarse al mejoramiento de sus condiciones físicas, pero principalmente al mejoramiento de su equilibrio y al mejoramiento de la calidad de vida de esta población, potenciando siempre una mayor independencia motriz.
- Capacitar al personal de salud con acciones de prevención y promoción enfocadas a la población adulta mayor para poder diagnosticar con mayor facilidad la pérdida de la funcionalidad de los mismos, promoviendo una vida más saludable con una mejor calidad de vida.
- Realizar campañas de concientización para el apoyo al AM promoviendo a distintos grupos de edad la integración y adaptación de los AM, dejando de lado prejuicios que puedan afectar su salud física mental y emocional, y con ello tener AM proactivos.

Referencias

- Aranibar P. (2010). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile: Cepal. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/personas-mayores>
- Arminda R. L., Fariña J. J., Laznik D. A., Sarmiento A. J., et al. (2010). Memorias II Congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología-XVII Jornadas de investigación. Argentina.
- Barrantes M., García M. E., Gutiérrez R. L, Miguel J. A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública*, 49, s459-466.
- Benavides P. E. V. (2014). *Actividad física en adultos mayores residentes de estancia permanente efectos en la capacidad funcional, riesgo de caída, movilidad articular y calidad de vida*. [Tesis Doctoral] Universidad Autónoma de Chihuahua. <https://cd.dgb.uanl.mx/handle/201504211/16795>
- Castro B., J. R. (2013). Capacidad funcional del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriátrica [tesis licenciatura] Escuela Académico Profesional de Enfermería.
- Conferencia interamericana de seguridad social coordinación de la v subregión México y el caribe latino seminario internacional. Recuperado de: <https://documentslide.org/conferencia-interamericana-de-seguridad-social-coordinacion-de-la-v-subregion-mexico-y-el-caribe-latino-seminario-internacional>
- Declaración de Helsinki de la AMM-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes J, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo L. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev. Panam. Salud Pública*. 22, (1) 1-11. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1.pdf>
- Díaz de León P. S. (2011). *Capacidad funcional, calidad de vida del adulto mayor y atención de enfermería en el domicilio* (Tesis de licenciatura. Universidad Autónoma de San Luis Potosí).
- Espinosa Z., M. (2010). El adulto mayor no es sinónimo de muerte; aún vive. México: Asociación mexicana de tanatología. Tesina. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/17%20El%20adulto%20mayor%20no%20es%20sinonimo.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/adultos20.pdf>
- González P. F., Pacheco V. C. (2016). *Técnica de Frenkel para mejorar el equilibrio en adultos mayores de 65-80 años del Centro Gerontológico Inmaculada Concepción, en el Cantón la Troncal durante el periodo octubre 2015- febrero 2016*. [Tesis Licenciatura] Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Hernández R. M. (2016). Valoración funcional y dependencia del adulto mayor en áreas rurales, validación de la escala (actividades de la vida diaria). *Revista médica de la Universidad Veracruzana*, 6(2), 7-24.
- Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados. (2005). LBOGM. Texto vigente DOF 18 de marzo de 2005. Recuperado de: www.diputados.gob.mx
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. (2002). DOF 25 de junio 2002. Última reforma 27-12-2016. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx>
- Ley General de Salud. LGS. (2012). Última reforma publicada el 9 de abril de 2012. Última modificación al listado de sustancias psicotrópicas: 9 de julio de 1996. Recuperado de: www.diputados.gob.mx
- Manrique E.B.; Salinas R.A.; Moreno TK; Téllez R.M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública Mex.* 53 (1), 26-33.
- Martin F, Hart D, Spector T, Doyle D, Harari D. (2005). Fear of falling limiting activity in young women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. *Age and Ageing.* 34, 281-287. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi074>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. NCPHSBBR. (1979). Informe Belmont principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Recuperado de: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf. [Original en inglés: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf]
- Olaiz G, Rojas R, et al. Eds. (2003). *Encuesta Nacional de Salud. Tomo 2. La salud de los adultos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud Ginebra. 2002. Recuperado de: www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf

- Pedrero N. L., Pichardo, F. A. (2009). Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional. En: González M. J., Pichardo F. A., García L. *Geriatría*. México: McGraw Hill.
- Peralta Y. I. y Pintado B. J. (2013). *Evaluación de la Marcha y el Equilibrio Mediante el test de Tinetti Modificado e Intervención Kinética para disminuir el Riesgo de Caídas en las Personas Adultas Mayores del centro Gerontológico "María Reina de la Paz"*. [Tesis de licenciatura. Escuela de Tecnología Médica Terapia Física].
- Rodríguez G. C y Lugo L.E. (2012). Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para la población colombiana. *Revista Colombiana de Reumatología*, 19 (4), 218-233.
- Rojas M. (2015). Tipos de investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *Revista veterinaria argentina*. <https://www.veterinariargentina.com/revista/2015/01/tipos-de-investigacion-cientifica-una-simplificacion-de-la-complicada-incoherente-nomenclatura-y-clasificacion/>
- Secretaría de Salud et al. (2001). *Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México*. 2001. Recuperado de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf
- Secretaría de Salud. SS (2008). *Guía de Práctica clínica. Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-134-08/RR.pdf>
- Soberanes F. S., González P. A. A., Moreno C. Y. (2010). Funcionalidad del adulto mayor y su calidad de vida. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 4 (14), 161-172.
- Torres O, A. (2005). *Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar*. (Tesis Especialidad en Medicina Familiar). Recuperado de: https://sistemas.ucol.mx/tesis_posgrado/resumen1882.htm.
- Zavala, M. & Domínguez S. G. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(6), 585-590. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745505002>.



Conocimiento de la vacuna del virus del papiloma humano

María Araceli Félix Amézquita*
Jesús Roberto Garay Núñez
María Isabel Santos Quintero
María del Carmen Beltrán Montenegro
Susan Espinoza Félix

Introducción

En las últimas décadas se han producido cambios ambientales, sociales, demográficos, económicos y epidemiológicos; han surgido nuevas enfermedades y resurgido otras que se consideraban controladas o erradicadas. Destacan las enfermedades crónicas degenerativas, las infecciosas y de transmisión sexual. Esto plantea grandes desafíos a las organizaciones e instituciones de salud para lograr el bienestar de las personas.

Para hacer frente a los problemas de salud pública los gobiernos emprenden políticas de salud tendientes a disminuir los principales problemas. En México, el Plan Sectorial de Salud declara que una vía para el logro de la salud de la población es establecer una política en materia de prevención, que permita enfrentar los retos de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, el cáncer o las enfermedades del corazón (Gobierno de la República, 2013).

Entre los tipos de cáncer, el de cuello uterino se ha constituido en un importante problema de salud pública a nivel mundial, se considera el tipo de cáncer más frecuente en mujeres de todo el mundo, con mayor incidencia en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Se prevé que las defunciones a causa del cáncer

* Autores de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

cervicouterino aumentarán casi 25% en los próximos diez años. Defunciones que se pueden evitar, ya que el cáncer cervicouterino es prevenible y tratable, a condición de detectarlo a tiempo y con eficacia. Sin embargo, a menudo se detecta cuando ya es demasiado tarde para curarlo (OMS, 2007, p. 16).

Como parte de las políticas de prevención del cáncer cervicouterino se desarrolló la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), ya que uno de los descubrimientos más importantes en la investigación etiológica del cáncer de estos últimos 25 años ha sido la demostración de que el cáncer de cuello de útero es causado por el virus del papiloma humano. “Los estudios virológicos, moleculares, clínicos y epidemiológicos han permitido demostrar de forma inequívoca que el cáncer de cuello de útero es una secuela de largo plazo de una infección persistente por ciertos genotipos de VPH, un virus de transmisión primordialmente sexual” (Carreras, 2007, p. 1).

Aunque la mayor parte de las infecciones por VPH no provoca síntomas, la infección genital por VPH persistente puede causar cáncer de cuello de útero en las mujeres.

Prácticamente todos los casos de cáncer de cuello de útero (el 99%) están vinculados con la infección genital por el VPH, que es la infección vírica más común del aparato reproductor. ... El VPH también puede causar otros tipos de cáncer anogenital, cánceres de la cabeza y del cuello y verrugas genitales tanto en hombres como en mujeres. Estas infecciones por el VPH se transmiten por contacto sexual. (OMS, 2017, p. 1)

Se conocen más de 150 tipos de VPH, de los que aproximadamente veinte tienen la capacidad de generar displasias y malignidad. Los VPH 16 y 18 son los tipos asociados más frecuentemente a malignidad (Longo, 2012, p. 662).

Ante esta problemática se desarrolló la vacuna virus del papiloma humano (VPH), que puede evitar la aparición de cáncer de cérvix, producido por la infección por VPH.

La vacuna produce defensas para evitar la infección del virus, o en el caso de que ya esté presente impide que se desarrolle tanto del cáncer, como las lesiones precursoras de cáncer. ... En muchas ocasiones el VPH puede no generar problemas de salud pero los virus 16 y 18 causan casi el 70% de los casos de cánceres cervicales mientras que los tipos 6 y 11 causan el 90% de las verrugas genitales. Además de lo

anterior algunos papilomavirus pueden provocar cáncer de vulva, vagina, pene, ano u orofaríngeo. (Secretaría de Salud, 2020, párr. 2).

Aplicarse la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) es una medida preventiva de vital importancia, principalmente en niñas entre los nueve y trece años de edad. La vacuna produce defensas para evitar la infección del virus, o en el caso de que ya esté presente, impide que se desarrolle el cáncer o las lesiones precursoras de cáncer.

El Sector Salud en México cada año implementa la Semana nacional de salud en la que se aplica esta vacuna a las niñas de cuarto año de primaria. Sin embargo, en esta acción es primordial la responsabilidad y compromiso de padres de familia para incrementar los índices de vacunación e inculcar a sus hijas el autocuidado.

En materia de la promoción de la salud, la teórica estadounidense, Nola J. Pender, propuso el modelo de promoción de la salud. De acuerdo a este modelo, los principales determinantes de la conducta de promoción de la salud se relacionan con las concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud, en los factores cognitivos-perceptuales se señalan: importancia de la salud, estado de salud percibido, beneficios y barreras percibidos de las conductas promotoras de salud. Esto lleva a las personas a asumir comportamientos y a tomar decisiones en relación con su salud. Entre los supuestos contemplados en el modelo de promoción de la salud se señala que las influencias interpersonales a través de la familia y los cuidadores de la salud pueden influir en las conductas promotoras de la salud. Esto es principalmente importante en la población infantil, ya que no tiene la capacidad de tomar decisiones propias en relación a su salud (Raile, 2011, pp. 503-523).

La vacunación es recomendada preferentemente en las adolescentes o mujeres antes que inicien su vida sexual, entre los nueve y trece años de edad, por lo que en nuestra entidad se aplica a niñas de cuarto grado de primaria. Sin embargo, las coberturas no son muy favorables. Identificar cuáles son los conocimientos que tienen los padres de familia sobre la vacuna contra el VPH, es de suma importancia para establecer estrategias de intervención con el fin de aumentar la aceptación de la vacunación por los padres de familia y así incrementar las coberturas y con ello lograr la protección de la población escolar contra la infección por VPH.

Material y método

El presente trabajo de investigación es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, el tipo de muestreo fue no probabilístico. Se encuestó a 29 padres de familia de alumnas de cuarto año de una escuela pública, en Culiacán, Sinaloa. Variables de estudio: sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, procedencia y número de hijos. Variable independiente: conocimiento de los padres de familia sobre la vacuna VPH. Variable dependiente: vacunación contra el VPH.

Para recabar la información se aplicó un cuestionario estructurado, validado por Tafur Cerna, previamente aplicando una prueba piloto para detectar su confiabilidad. El cuestionario consta de veinte ítems en tres apartados: datos sociodemográficos, conocimientos acerca del virus y la vacuna del papiloma humano.

Aspectos éticos: Se tomó en cuenta Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Se respetaron los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, y se aplicó el consentimiento informado a los participantes.

Análisis de datos: Se utilizó estadística descriptiva: para variables cuantitativas nominales y ordinales se calcularon frecuencias y porcentajes. La información se organizó en tablas y gráficas. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22.

Resultados

De la encuesta aplicada a 29 padres de familia de alumnas de cuarto año de una escuela pública, 86% son de sexo femenino y 14% de sexo masculino; los promedios de edades están entre 30 y 40 años (48%). En relación al estado civil, 83% son casados y 7% solteros. En la escolaridad, 38% tienen preparatoria y profesional respectivamente, secundaria 10.5 % y solo primaria 3.5%. (Cuadro 1)

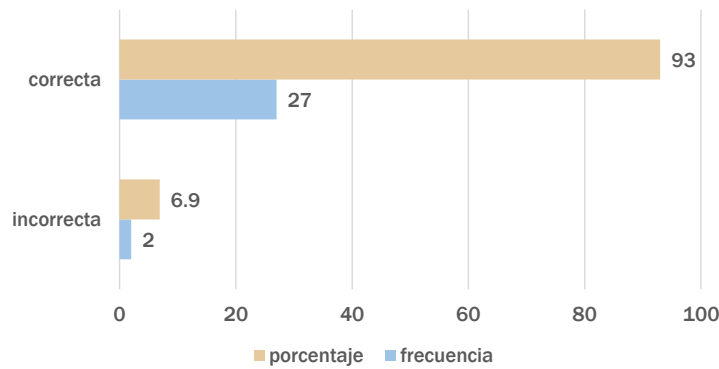
En relación con los conocimientos de los padres de familia encuestados en una escuela pública, sobre la vacuna del VPH, se encontró lo siguiente:

Cuadro 1. Datos sociodemográficos de los padres de familia encuestados

Variable	Indicador	Frec	%
Edad	30-40	14	48
	41-50	13	45
	51-60	2	7
Género	Masculino	4	14
	Femenino	25	86
Edo. civil	Casado	24	83
	Soltero	2	7
	Otro	3	10
Escolaridad	Primaria	1	3.5
	Secundaria	3	10.5
	Preparatoria	11	38
	Profesional	11	38
	Otro	3	10

En la pregunta 1: “¿La infección por el VPH es?”, 93% contestó correctamente que es una enfermedad de trasmisión sexual y 7% contestó incorrectamente.

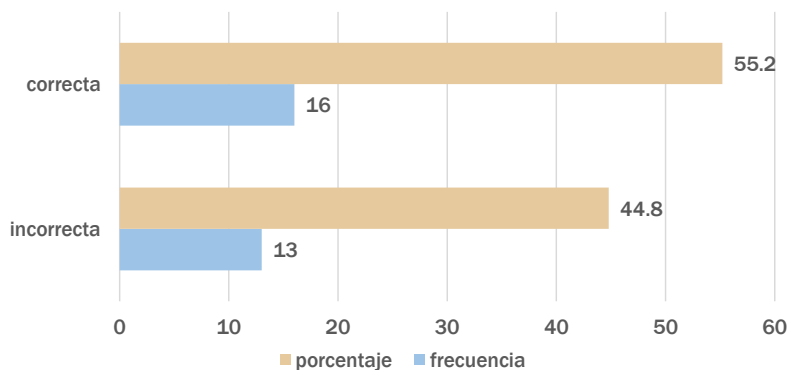
Pregunta 1. ¿La infección por el VPH es?



Fuente: Encuesta a los padres de familia de las escolares de una escuela pública

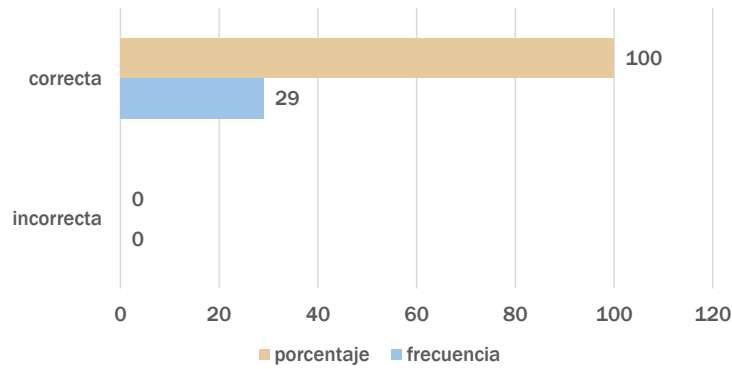
En la pregunta 2: “¿Quién produce la infección del VPH?” 55% contestó correctamente que es un virus y 45% incorrectamente.

Pregunta 2. ¿Quién produce la infección del VPH?



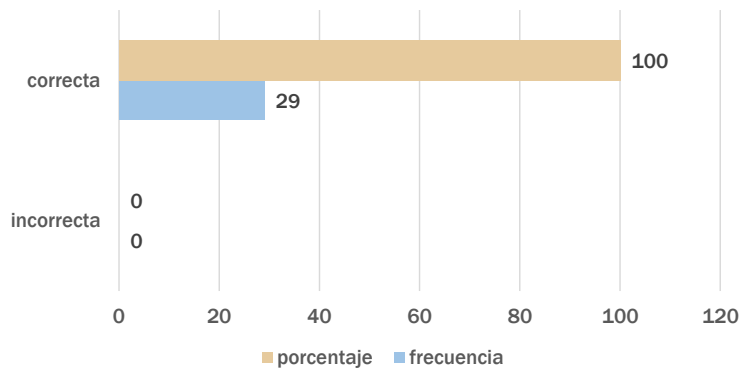
En relación a la pregunta 3: “¿La infección del VPH a qué zona del cuerpo afecta?”, 100% contestó correctamente que es al útero o matriz.

Pregunta 3. ¿La infección del VPH a qué zona del cuerpo afecta?



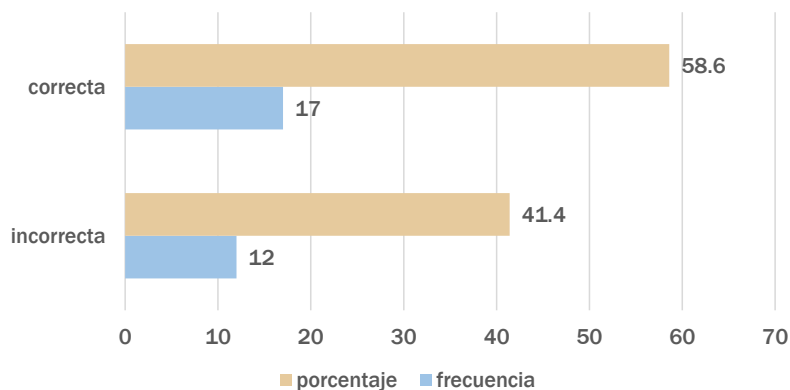
En la pregunta 4: “¿Cómo se trasmite la infección del VPH?”, 100% contestó correctamente con la respuesta es por relaciones sexuales.

Pregunta 4. ¿Cómo se trasmite la infección del VPH?



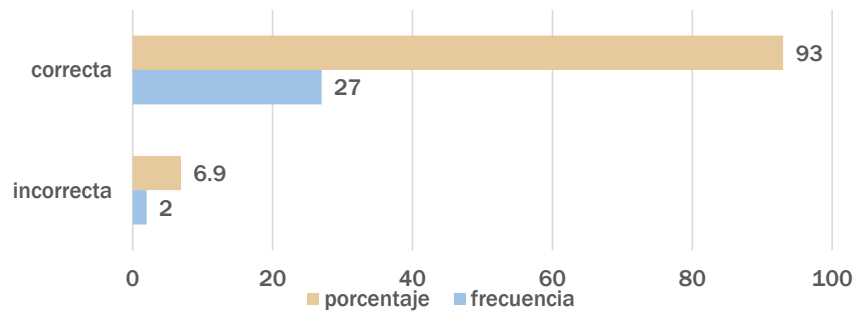
Referente a la pregunta 5: “¿Cuáles son los síntomas que produce el VPH?”, 59% contestó correctamente respondiendo que no tiene síntomas y 41% contestó incorrectamente.

Pregunta 5. ¿Cuáles son los síntomas que produce el VPH?



En la pregunta 6: “¿Cuáles son las consecuencias más frecuentes que produce el contagio del VPH en la mujer?”, 93% contestó correctamente la respuesta que es cáncer de cuello uterino y 7% contestó incorrectamente.

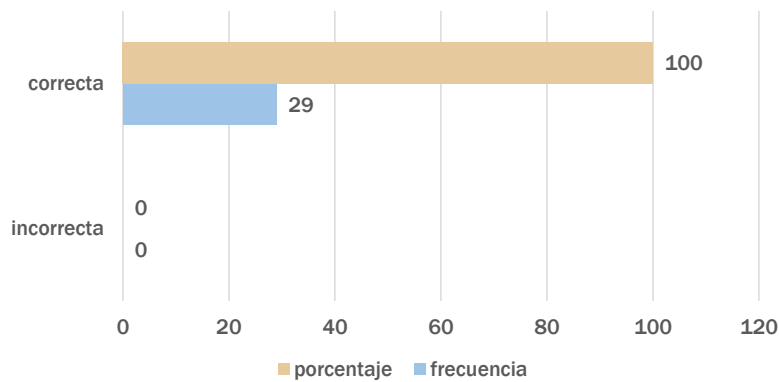
Pregunta 6. ¿Cuáles son las consecuencias más frecuentes que produce el contagio del VPH en la mujer?



Fuente: Encuesta a los padres de familia de las escolares de una escuela pública

Referente a la pregunta 7: “¿Qué previene la vacuna del VPH?”, 100% contestó correctamente, que previene el cáncer de cuello uterino (matriz).

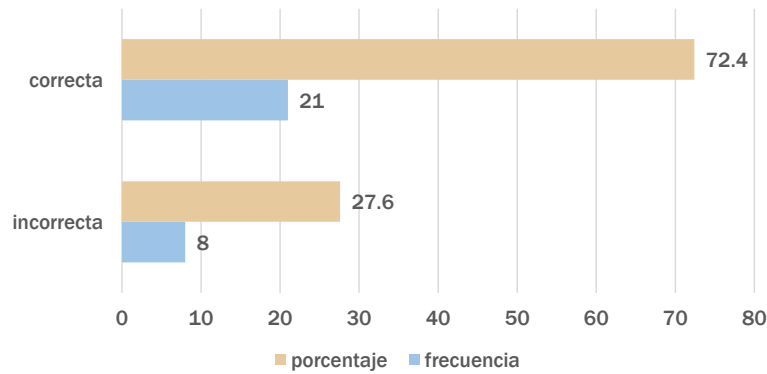
Pregunta 7. ¿Qué previene la vacuna del VPH?



Fuente: Encuesta a los padres de familia de las escolares de una escuela pública

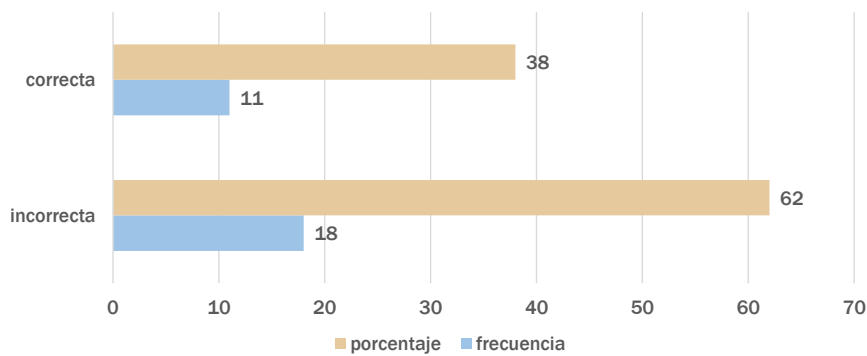
En la pregunta 8: “¿A qué edad debe iniciarse la aplicación de la vacuna contra el VPH?”, 72.4% contestó correctamente indicando que a los diez años y 27.6% contestó incorrectamente.

Pregunta 8. ¿A qué edad debe iniciarse la aplicación de la vacuna contra el VPH?



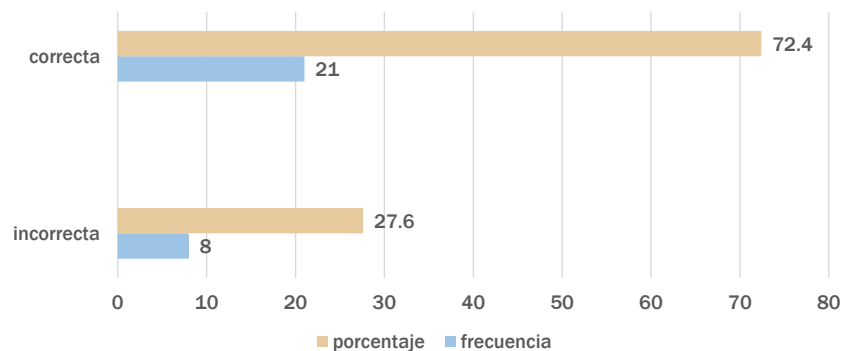
En la pregunta 9: “¿Cuántas dosis deben aplicarse de la vacuna contra el VPH?”, 38% contestó correctamente que son dos dosis y 62% contestó incorrectamente.

Pregunta 9. ¿Cuántas dosis deben aplicarse de la vacuna contra el VPH?



En la pregunta 10: “¿En qué parte del cuerpo se aplica la vacuna contra el VPH?”, 72.4% contestó correctamente, respondiendo que es en el hombro y 27.6% contestó incorrectamente.

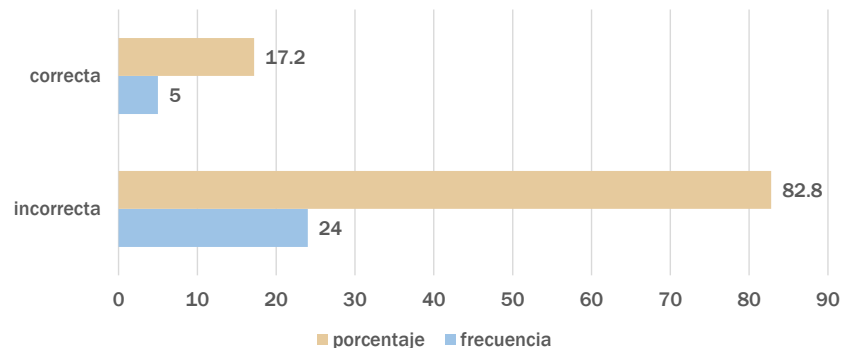
Pregunta 10. ¿En qué parte del cuerpo se aplica la vacuna contra el VPH?



Fuente: Encuesta a los padres de familia de las escolares de una escuela pública

En la pregunta 11: “¿Cuáles son las reacciones que puede presentar después de la aplicación de la vacuna contra el VPH?”, 17% contestó correctamente que es dolor, zona enrojecida, fiebre, náuseas, vómitos, malestar general y 83% contestó incorrectamente.

Pregunta 11. ¿Cuáles son las reacciones que puede presentar después de la aplicación de la vacuna contra el VPH?



Fuente: Encuesta a los padres de familia de las escolares de una escuela pública

Discusión

Los resultados arrojan que los padres de familia encuestados tienen conocimiento sobre la enfermedad (93%), reconocen los signos y síntomas (59%), el modo de transmisión (100%), así como de la vacuna existente para la prevención del contagio de este virus (100%). Sin embargo, en relación a la aplicación de vacuna VPH, 27.5% de los padres desconocen a qué edad se aplica, 62% no tiene conocimiento sobre cuántas dosis deben aplicarse y 83% desconocen cuáles son las reacciones que puede presentar después de la aplicación de la vacuna contra el VPH.

Estos resultados tienen similitud con los encontrados por Sánchez, Lechuga, Milla, y Lares (2013) en su investigación: “Conocimiento y aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano entre madres de estudiantes de la ciudad de Durango, México”, donde 94% de las mujeres encuestadas tenía conocimiento de la vacuna y 88% consideró importante que a partir de los nueve años de edad sus hijas reciban información amplia acerca de la vacuna.

Conclusiones

La mayoría de los padres de familia de las escolares tienen conocimiento sobre la infección del virus del papiloma humano, los signos y síntomas, el modo de transmisión, así como de la vacuna que existe para la prevención del contagio de este virus.

El conocimiento de los padres de familia de las escolares sobre la vacuna del VPH es insuficiente, en relación a cuántas dosis se deben aplicar de vacuna y las reacciones que puede presentar después de la aplicación de la vacuna contra el VPH.

El conocimiento de los padres de familia sobre la vacuna del VPH es un factor fundamental para la aceptación de la vacunación en las escolares, así como para su educación en relación a la prevención del cáncer cervicouterino. El desconocimiento puede restringir su compromiso y responsabilidad, y con ello limitar la efectividad de los programas de salud promovidos por los gobiernos para resolver los problemas prioritarios de salud de la población.

Referencias

- Carreras, R., Montosa, J., y Checa, V. (2007) *Virus del papiloma humano y cáncer de cuello de útero*. Buenos Aires: Panamericana.
- Longo, D. Fauci, S. Kasper, J. Hauser, J. Jameson, L. y Loscalzo, A. (2012) *Principios de medicina interna*, 18 ed. México: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?isbn=9243547003>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Inmunización, vacunas y productos biológicos*. Recuperado de: www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/
- Gobierno de la República. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018). Programa Sectorial de Salud*. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Raile, M., y Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
- Sánchez, L., Lechuga, A., Milla, R., y Lares, E. (2013). Conocimiento y aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano entre madres de estudiantes de la ciudad de Durango, México. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81, 77-85. <https://www.medi-graphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom132c.pdf>
- Secretaría de Salud. (2020) *Virus del Papiloma Humano (VPH)*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/virus-del-papiloma-humano-vph-o-papilomavirus>



Acciones de la salud en los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia

Carmen Guadalupe Cordero Orozco*
María Mayela Valles Verdín
Eloína Ruiz Sánchez

Introducción

La salud individual está unida a la salud de la comunidad y al entorno donde una persona vive, se desarrolla o se divierte. Sin embargo, hay cambios ambientales y socioeconómicos que promueven estilos de vida no saludables, como el sedentarismo, la mala alimentación y el inicio de vida sexual activa a temprana edad.

Todos estos son factores de riesgo que inciden en el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); las cuatro principales son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, responsables de tres de cada cinco muertes en todo el mundo y causantes de daños socioeconómicos en todos los países, especialmente en los países en desarrollo. En vista de esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones recomiendan que los escenarios donde se desenvuelven las personas (estudio, trabajo, ocio, etc.) ayuden a promover la salud (Fernández, 2014).

Debemos de subrayar que las universidades saludables son aquellas que realizan acciones sostenidas, destinadas a promover la salud integral de la comunidad universitaria y con ello favorecer los estilos de vida saludables, puesto que un gran sector de la población pasa el mayor tiempo de su día en una universidad, como estudiante o trabajador. Se ha demostrado que este tipo de intervenciones mejora la calidad y aumenta la esperanza de vida de la población involucrada. Es por esto que

* Autoras de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FAEO) de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED) realiza y promueve el Módulo de Universidad Saludable.

Este proyecto de Universidad Saludable se desarrolló en la FAEO durante el ciclo escolar “B” 2017 y “A” 2018. En este periodo se promovió la valoración médica, física, psicológica, social, y cultural de los estudiantes de dicha institución, así como intervenciones para resolver las problemáticas encontradas. Para tal efecto se aplicó la guía de valoración de patrones funciones de Marjory Gordon, encontrándose algunos problemas de salud en la comunidad estudiantil como: el sedentarismo, bajo peso y sobrepeso, inicio de vida sexual activa a temprana edad y no llevar a cabo el monitoreo de la salud a través de vacunas, multidetecciones, etc., posterior a ello fueron canalizados a los diferentes profesionales de acuerdo a su competencia.

Se planteó fortalecer estrategias para prevención de enfermedades, promoción de la salud, particularmente dirigidas a la atención de la juventud, trabajadores y docentes de esta facultad, con un enfoque integral y multidisciplinar, además de favorecer a la comunidad universitaria a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Seguro Popular.

En la actualidad, la educación para la salud se ha convertido en una gran necesidad para la población en general, sin embargo, cobra mayor importancia en estudiantes, docentes y trabajadores del área de enfermería, debido a que es una disciplina que se encarga de orientar, organizar y promover los procesos y experiencias educativas para influir en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la sociedad con relación a la salud.

Por ello la necesidad de la implementación de Módulos de Universidad Saludable en los entornos educativos, ya que es un elemento necesario para la promoción de la salud y a la construcción de estilos de vida saludables en los involucrados.

A lo largo de los años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado programas y proyectos para traducir los conceptos y estrategias de promoción de la salud en acciones prácticas. Entre ellos podemos citar los proyectos de Ciudades, Pueblos, Municipios e Islas Saludables, las redes de escuelas promotoras de la salud y hospitales promotores de la salud, y los proyectos de mercados saludables y lugares de trabajo promotores de salud, a los cuales hay que sumar los planes de acción

de la OMS sobre alcohol y tabaco, vida activa y envejecimiento saludable (Cerqueira, Leon, Torre, 2008-2010).

Las universidades e instituciones de educación superior fueron creadas para educar a los estudiantes, generar conocimiento a través de la investigación y contribuir a la solución de los problemas sociales; estos ejercen un impacto sobre la salud y el bienestar de los individuos. Tienen la capacidad para influir en la toma de decisiones, actúan como catalizadores para el cambio y motivan el diálogo, local y regional, específicamente sobre la promoción de la salud (Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior, 2015).

En la FAEO se implementó el programa de “Universidad saludable” en febrero de 2014, en donde se realizan acciones de salud a la comunidad estudiantil, docentes y trabajadores administrativos con la finalidad de fortalecer una cultura saludable (Universidad Juárez del Estado de Durango, 2014).

Es aquí donde confluyen personas jóvenes y adultos, que pasan una parte importante de sus vidas estudiando o trabajando, y este solo hecho nos da la pauta para poder influir en el fomento de la salud, detección de los factores de riesgo y problemas de salud de los integrantes de la comunidad de la facultad, con el fin de canalizarlos para apoyo físico, psicológico y social.

Métodos

El tipo de estudio fue descriptivo, transversal y cuantitativo. La presente investigación fue realizada a estudiantes de la FAEO en el ciclo escolar “B” 2017 y “A” 2018.

El total de estudiantes matriculados en el programa educativo de licenciatura de enfermería escolarizado es de 651, de los cuales solo se contempló a los 144 estudiantes de nuevo ingreso de la FAEO del ciclo escolar “B” 2017 y “A” 2018. El resto (382 estudiantes) solo participaron en foros, debates, y *rally* de la salud.

El tipo de muestreo que fue por conveniencia no probabilístico, con un total de 144 estudiantes de la FAEO, ciclo escolar “B” 2017 y “A” 2018. En criterios de inclusión fueron estudiantes de la FAEO inscritos oficialmente en primer y segundo semestre, de turno y género indistinto. Y se excluyó a estudiantes que no estén inscritos, que no deseen participar, docentes y trabajadores de los estudiantes. Los criterios de *eliminación fueron* con estudiantes que se den de baja temporal o permanente.

El instrumento utilizado fue la valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon (Valle, Acona, Ramírez, y Hurtado, 2009) al cual se añadieron datos sociodemográficos. Hubo valoraciones de análisis clínicos como: examen general de orina (EGO), biometría hemática (BH), electrolitos séricos (ES), química sanguínea (QS) y Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), Control y seguimiento de cartillas de vacunación.

El método empleado para análisis de datos fue la estadística descriptiva, así como frecuencias y porcentajes, con el apoyo de SPSS versión V 22.0.

Resultados

Datos sociodemográficos. Las características sociodemográficas identificadas en los participantes son el género femenino como mayoritario, con 84.02%, seguido del género masculino (Tabla 1).

Turno. Del total de participantes, correspondieron al turno matutino (61 estudiantes), turno vespertino (58 estudiantes) y turno intermedio (25 estudiantes). (Tabla 2). *Edad.* Predomina el rango de 17-18 años con 43.75% (Tabla 3). *Estado civil.* Predomina la soltería con 93.05% (Tabla 4) *Laboral.* Los estudiantes que trabajan son 11.8% (Tabla 5.) *Tipo de seguridad social con la que cuentan.* En cuanto al centro de salud que estén afiliados predomina el IMSS con un 86.1%, seguido del Seguro Popular 9.74% (Tabla 6). *Grupo sanguíneo.* En cuanto al tipo de grupo sanguíneo predomina el O+ con 57% (Tabla 7).

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 1) Percepción y manejo de la salud. En el esquema de vacunación predomina con 86.8% en tenerlo incompleto (Tabla 8). *Toxicomanía.* 71.53% de estudiantes no manifiesta ningún tipo de toxicomanías, seguido con 20.14% de alcohol y 8.33% de tabaco (Tabla 9).

Patrón 2) Nutricional / Metabólico. En bebidas azucaradas, en primer lugar se encuentra que consumen de una a tres bebidas al día 59.72% (Tabla 10). *Realizan algún tipo de actividad física* solo 37.5% de los estudiantes (Tabla 11).

Tabla 1. Género

Variable	f	%
Género		
Femenino	121	84.02
Masculino	23	15.98
Total	144	100.00

Tabla 2. Turno

Variable	f	%
Turno		
1 "A" Matutino	61	42.36
1 "B" Vespertino	58	40.27
1 "C" Intermedio	25	17.37
Total	144	100.00

Tabla 3. Edad estudiantil

Variable	f	%
Edad		
17-18 años	63	43.75
19-20 años	54	37.50
21-25 años	21	14.60
Más de 26 años	6	4.15
Total	144	100.0

Tabla 4. Estado civil

Variable	f	%
Soltero	134	93.05
Unión libre	8	5.55
Casado	2	1.4
Total	144	100.0

Tabla 5. Desarrollo laboral

Variable	f	%
Ocupación		
Solo estudia	127	88.2
Estudia y trabaja	17	11.8
Total	144	100

Tabla 6. Afiliación al sector salud, ciclo escolar "B" 2017 y "A" 2018, Durango, Dgo.

Variable	f	%
IMSS	124	86.1
ISSSTE	6	4.16
Seguro Popular	14	9.74
Total	144	100

Tabla 7. Grupo sanguíneo

Variable	f	%
O+	82	57
O-	5	3.47
A+	13	9.0
B+	5	3.47
AB+	2	1.38
Desconoce	37	25.68
Total	144	100

Tabla 8. Esquema de vacunación

Variable	f	%
Incompleto	125	86.8
Completo	19	13.2
Total	144	100.00

Tabla 9. Toxicomanías

Variable	f	%
Cigarro	12	8.33
Cerveza	29	20.14
Ninguno	103	71.53
Total	144	100

Tabla 10. Bebidas azucaradas

Variable	f	%
Ninguna	20	13.88
De 1 a 3 bebidas	86	59.72
De 4 a 6 bebidas	19	13.20
Más de 7 bebidas	19	13.20
Total	144	100%

Tabla 11. Actividad / Ejercicio

Variable	f	%
Sí	54	37.5
No	90	62.5
Total	144	100.0

En el índice de masa corporal normal se presentó 52.8%, seguido de sobrepeso con 17.36%, y empatados la delgadez leve con la obesidad tipo 1 15.5%. (Tabla 12).

Tabla 12. Índice de Masa Corporal (IMC)

Variable	f	%
Infrapeso: Delgadez leve	18	12.5
Infrapeso: Delgadez moderada	2	1.40
Peso normal	76	52.8
Sobrepeso	25	17.36
Obesidad tipo I: Obesidad leve	18	12.5
Obesidad tipo II: Obesidad moderada	5	3.44
Total	144	100.00

Nota: Instrumento de datos clínicos

Patrón 3) Eliminación. En eliminación intestinal predomina con eliminación frecuente de tres a cuatro veces a la semana con 61.8% (Tabla 13). En eliminación urinaria, en primer lugar se encuentra con 69.45% de cinco a seis veces diarias (Tabla 14).

Patrón 4) Actividad / Ejercicio. En cuanto actividad/ejercicio solo 37.5% de los estudiantes lo realizan (Tabla 15). En el tipo de ejercicio que hacen predomina el voleibol con un 44.44% (Tabla 16).

Patrón 5) Sueño / Descanso. En cuanto a sueño/descanso, 59% de los estudiantes duermen 6 a 7 horas al día (Tabla 17). 66% de los estudiantes no realizan algún tipo de siesta al día. (Tabla 18).

Patrón 6) Cognitivo / Perceptivo. En cognitivo/perceptivo no encontramos ningún tipo de alteración en los estudiantes (Tabla 19).

Patrón 7) Autoestima / Autopercepción. Los resultados de estudiantes que ya son atendidos con un psicólogo o psiquiatra fue de 12.5% (Tabla 20). De los cuales el desencadenante a esta atención predominaba estrés con 6.25% (Tabla 21)

Patrón 8) Rol / Relación. En rol/relación, en base al APGAR familiar, 62.5% tienen una familia muy funcional (Tabla 22).

Patrón 9) Sexualidad / Reproducción. En cuanto a vida sexual activa, 57.64% de los estudiantes ya la efectúan (Tabla 23). La edad en que iniciaron su vida sexual activa predomina entre los 16 y 18 años de edad (62.65%) (Tabla 24).

Patrón 10) Tolerancia al estrés. En control a la tolerancia al estrés predomina con 36.8% en "siempre" (Tabla 25).

Tabla 13. Eliminación intestinal semanal

Variable	f	%
Frecuencia		
De 1 a 2 veces a la semana	50	34.72
De 3 a 4 veces a la semana	89	61.80
Más de 5 veces a la semana	5	3.48
Total	144	100.00

Tabla 14. Eliminación urinaria diaria

Variable	f	%
Frecuencia		
De 1 a 2 veces diarias	2	1.38
De 3 a 4 veces diarias	13	9.02
De 5 a 6 veces diarias	100	69.45
Más de 7 veces	29	20.15
Total	144	100.00

Tabla 15. Actividad /Ejercicio

Variable	f	%
Sí	54	37.5
No	90	62.5
Total	144	100

Tabla 16. Tipo de ejercicio

Variable	f	%
Futbol	8	14.81
Voleibol	24	44.44
Básquet	6	11.11
Gimnasio	7	12.96
Otro	9	16.68
Total	54	100

Tabla 17. Sueño / Descanso

Variable	f	%
De 4 a 5 hr	42	29.16
De 6 a 7 hr	85	59.02
De 8 a 9 hr	17	11.82
Total	144	100

Tabla 18. Sueño / Descanso

Variable	f	%
Ninguna	95	65.97
Una siesta	39	27.08
Dos siestas	8	5.55
Más de tres siestas	2	1.4
Total	144	100

Tabla 19. Cognitivo / Perceptivo

Variable	f	%
Sí	0	0
No	144	144
Total	144	100.0

Tabla 20. Autoestima / Autopercepción.
Estudiantes que ya realizan una atención psicológica

Variable	f	%
Sí	18	12.5
No	126	87.5
Total	144	100.0

Tabla 21. Autoestima / Autopercepción.
Desencadenante psicológico

Variable	f	%
Estrés	9	6.25
Depresión	5	3.47
Ansiedad	4	2.78
Otro	0	0
Ninguno	126	87.5
Total	65	100.0

Tabla 22. Rol / Relación. APGAR familiar

Variable	f	%
Familia muy funcional	90	62.5
Familia moderadamente disfuncional	50	34.72
Familia con grave disfunción	4	2.78
Total	144	100.0

Tabla 23. Sexualidad / Reproducción.
Vida sexual activa

Variable	f	%
Vida sexual activa		
Sí	83	57.64
No	61	42.36
Total	144	100.00

Tabla 24. Inicio de edad en vida sexual activa

Variable	f	%
Antes de los 15 años	15	18.07
De 16 a 18 años	52	62.65
De 19 a 20 años	14	16.86
Más de 21 años	2	2.42
Total	83	100

Tabla 25. Tolerancia al estrés

Variable	f	%
Siempre	53	36.8
Casi siempre	45	31.25
A veces	28	19.44
Casi nunca	16	11.11
Nunca	2	1.40
Total	144	100

Tabla 27. Resultados de laboratorios clínicos

Variable	f	%
Todos normales	94	65.28
Alguno alterado	50	34.72
Total	144	100

Tabla 26. Valores / Creencias

Variable	f	%
Católico	132	91.66
Cristiano	3	2.0
Ateo	6	4.34
Testigo de Jehová	3	2.0
Total	144	100.0

Tabla 28. Resultados de laboratorio

Variable	f	%
Biometría hemática	30	60
Química sanguínea	14	28
EGO	6	12
VDRL	0	0
Total	50	100.0

Patrón 11) Valores / Creencias. En religión predomina católico con 91.6 %, seguido de ateo con 4.34% (Tabla 26).

Resultados de análisis clínicos. En resultados de laboratorio predomina 65.28% con resultados normales (Tabla 27). *¿Específicamente en cuál laboratorio está alterado?* De los laboratorios que salían alterados, predominaba biometría hemática con 60%, seguido de química sanguínea 28% (Tabla 28).

Resultados de valoración de patrones funcionales de Gordon

Los principales patrones alterados fueron el *patrón 1) percepción y mantenimiento de la salud* (Cartilla de vacunación), 4) *Actividad / Ejercicio*, y *patrón 9) Sexualidad / Reproducción* (Tabla 29).

Tabla 29. Patrones alterados de Gordon

Patrón alterado	Porcentaje (%)
Patrón de percepción y mantenimiento de la salud: Cartilla de vacunación	86.8% vacunación incompleta
Actividad / Ejercicio	62.5% no realiza actividad física
Sexualidad / Reproducción	57.64% ya iniciaron su vida sexual, de los cuales, la edad en que iniciaron oscila entre los 16 y 18 años de edad

Nota: Instrumento de datos clínicos

Áreas donde fueron referidos los estudiantes con alteraciones: Con los resultados de la valoración de Marjory Gordon, los estudiantes fueron referidos a: 41.66% de los alumnos requirieron seguimiento en el área de nutrición (Tabla 30). *Referidos subsecuentes a:* 50.00% de los alumnos necesitaron un seguimiento continuo de cada seis meses, 22.92% requieren seguimiento con el médico, 16.66% de los alumnos requieren seguimiento en el área de nutrición y 11.11% en el de psicología (Tabla 31).

Tabla 30. Referidos inicialmente a:

Variable	f	%
Médico general	26	18.05
Nutrición	60	41.66
Psicología	3	2.09
Seguimiento cada seis meses	55	38.2
Total	144	100.0

Tabla 31. Referidos subsecuentes a:

Variable	f	%
Médico general	33	22.92
Nutrición	24	16.66
Psicología	15	10.42
Seguimiento cada seis meses	72	50
Total	144	100.0

Nota: Instrumento de datos clínicos

Actividades de promoción a la salud. Posterior a su detección, los estudiantes fueron canalizados al área de salud correspondiente, así como su seguimiento. En este periodo se promovió la atención física, psicológica, social, y cultural de los estudiantes de dicha institución.

Así mismo se realizó la promoción de la salud a través de las siguientes actividades:

1. Agosto 2017: Foro llamado "A través del tiempo", así como la atención de vacunación gratuita a los adultos mayores.
2. Septiembre y octubre 2017. PrevenISSSTE y JuvenIMSS, así como el foro y debate llamado "Sin barreras", que contenía la aplicación y seguimiento gratuito de VDRL por parte de Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), y concluimos con el *rally* de la salud realizado por los estudiantes.

3. Noviembre 2017. Se realizó el foro llamado “Noviazgo saludable”
4. Diciembre 2017: Apoyo ciudadano llamado “Un diciembre sin frío un diciembre de amor”, en el cual se recolectaba ropa, juegos y alimentos no perecederos para ser entregados en el Hospital de Salud Mental.
5. Febrero 2018. Foro y debate llamado “Un febrero con amor”, la aplicación y seguimiento gratuito de VDRL por parte de CAPASITS
6. Marzo 2018. Contamos con la participación de PrevenIMSS y PrevenISSSTE, así como difusión cultural.
7. Abril y mayo 2018: Foro y promoción de la salud llamado “Retomando tu Salud”, se realizó el examen gratuito de citología a todas las estudiantes de la FAEO, así como su debido seguimiento, y el cierre realizado por difusión cultural.
8. Junio y julio 2018: Concluimos con tema del medio ambiente llamado “Consumo responsable”
9. Seguimiento médico, psicológico, educación física y nutrición a los estudiantes.

Discusión

Los resultados que obtuvimos en esta investigación podemos contrastarlos con artículos similares. El primer resultado se tomó de la valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon, específicamente en el patrón de percepción y mantenimiento de la salud, que incluye la vacunación como protección y fomento de la salud, solo 12.3% cuenta con una vacunación completa en su esquema. En contraste con el artículo llamado “Cobertura de vacunación en adultos y adultos mayores en México” en 2013, donde nos muestran un resultado realizado en adultos de 18 a 45 años con esquema de vacunación completa con 44.7% (Cruz, Ferreira, Díaz, Téllez, Rodríguez, Hernández, y Montoya, 2013).

Los datos permiten suponer que la demanda de la población y probablemente también las ofertas de este servicio no son óptimas.

En relación a las toxicomanías, se obtuvo un porcentaje de 20.14% en el consumo de alcohol y 8.33% de tabaco en la población estudiantil de la FAEO, similar a la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017; la prevalencia global de

tabaquismo es de 17.6%, edad promedio de inicio de consumo de tabaco diario fue a los 19 años (Navarro, Moctezuma, Morales, Velasco, y Monroy, 2017). Los datos permiten suponer que los factores de predisposición al consumo de toxicomanía están relacionados al fracaso escolar o bajo rendimiento académico, pobreza económica, problemas familiares, trastornos psicológicos, y los problemas de salud mental (Be-coña, 2013).

Otro de los resultados relevantes de esta investigación fue en el Nutricional/ Metabólico, donde el sobrepeso se presenta en 17.36%, y en actividad/ ejercicio solo 37.5% de los estudiantes lo realizan. Este resultado es similar al artículo de Ramos, Jaimes, Juajino, Lasso, y Jácome (2017) que encontró que el IMC tiene una prevalencia de sobrepeso de 19,8%, y de obesidad 2,5%. La posible explicación de transición nutricional que experimenta nuestro país es el aumento en la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados y adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal, así como el aumento en el consumo de comida rápida, disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos en casa, y un aumento de forma importante a la exposición de publicidad y oferta de alimentos industrializados (Torres, González, Barrera, 2015, pp. 241-249).

Con relación al patrón de sexualidad/reproducción, podemos encontrar que el 57.64% de los estudiantes de la FAEO ya iniciaron su vida sexual entre los 16 y 18 años de edad (62.65%). Resultado similar al encontrado por Nascimento et al. (2018), que nos muestran una similitud en inicio de vida sexual activa donde 80% de los jóvenes tienen vida sexual activa y una prevalencia de la primera relación sexual entre 16 y 18 años que representó 56,94% del total de jóvenes investigados (Nascimento, Spindola, Araujo, Almeida, 2018). La posible explicación de estos resultados, es debido a que algunos investigadores consideran que el uso de los anticonceptivos favorece el incremento de la promiscuidad sobre el número de adolescentes con relaciones sexuales, por la pérdida del temor a quedar embarazada, al disponer de métodos seguros y confiables, así mismo declaran la posibilidad del incremento de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas, el VIH / SIDA (González, González, Mena, y Navarro, 2014). En México, la mitad de los que tienen reacción serológica positiva, se contagiaron cuando tenían entre 15 y 24 años de edad (Hernández, 2013).

Conclusiones

Al analizar los resultados de la salud en la población universitaria (estudiantes) de la FAEO con otras universidades aquí mencionadas, se puede concluir que es similar la problemática de salud; destacan los problemas de obesidad, educación sexual, y vacunación incompleta, por lo que se puede inferir que este grupo de población no lleva a cabo conductas saludables.

Se evidencia la importancia de establecer estrategias que permitan detectar e intervenir de manera oportuna en los estudiantes. Aquí se demuestra que es importante identificar la problemática de salud de los universitarios para poder intervenir eficazmente y mantener una sociedad más saludable.

Recomendaciones

- Es importante que los profesionales de la salud en formación (estudiantes) se apropien de conductas de estilos vida saludables, ya que serán los encargados de promoverlos y ejercerlos a la sociedad.
- Que esta investigación inicial en la FAEO sea permanente, para generar conocimiento científico de manera continua.
- Difundir los resultados de esta investigación para que se considere en otras instituciones educativas y sea un referente para la implementación de más programas.

Referencias

Becoña E., (2013). Los adolescentes y el consumo de drogas. Iglesias Universidad de Santiago de Compostela. n° 77. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*.

Carta de Edmonton para universidades promotoras de la salud e instituciones de educación superior. 2015. Ministerio de Salud, Perú. Disponible en www.redups.cl

Cerqueira M., Leon F., Torre A., (2008-2010). *Evaluación de la promoción de la salud, principios y perspectivas*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial en la Salud (OPS/OMS). Evaluación de la Promoción de la Salud. Principios y perspectivas. México, D.F.

- Cruz L., Ferreira E., Díaz L., Trejo B., Téllez M., Rodríguez N., Hernández M., Montoya A., García L. (2013). Cobertura de vacunación en adultos y adultos mayores en México. *Salud Pública Mexico*; 55 supl 2, 300-306.
- Fernández K., Manzur L., (2014). *Manual de universidades saludables. Estrategia nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles*. Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/archivos/salud/AccionesMunicipales.pdf>
- González L., González N., Mena M., Navarro A. (2014). Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. ¿Modo y estilo de vida saludables? *Revista Humanidades Medicas*, 3(1), 2-12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202003000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hernández R. B., (2013). Caracterización de la consulta de descentralización VIH-SIDA, en Centro Habana. *Nure Investigación*, 39, 10-13. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/430>
- Nascimento B., Spindola T., Araujo M., Almeida R., Costa R., Teixeira R., (2018). El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Enfermería Global*, 49, 244-245. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.261411>
- Universidad Juárez del Estado de Durango (2014). *Plan de Desarrollo Institucional 2013-2018*. Durango, Dgo.
- Navarro R. J., Moctezuma J., Morales A., Velasco M., Monroy E., (2017). *Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INFREM). Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-en-codat-2016-2017-136758>
- Ramos O., Jaimes, Juajinoy A., Lasso A., Jácome S. (2017). Prevalencia y factores relacionados de sobrepeso y obesidad en estudiantes de una universidad pública. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 23(3). http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2017_3_004._Ramos_OA._Prevalencia_Obesidad.pdf
- Torres D., González J., Barrera J., (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2), 241-249. <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457744936020.pdf>
- Valle M., Acona C., Bisoño, V., Ramírez C., Hurtado C. (2009). *Functional health patterns: Marjory Gordon*. Australia.



Epílogo

El presente libro es una reflexión sobre el papel de la enfermería en el campo de la investigación científica, lo cual representa un verdadero desafío puesto que cada investigación plasma distintas perspectivas. Ejemplo de esto es la investigación educativa en enfermería que busca reconocer los conocimientos y actitudes de las personas ante el uso de antibióticos. Otra arista del campo de investigación de enfermería es el cuidado transcultural que fenómeno plantea en la población rarámuri.

El cuidado también es estudiado desde sus representaciones asistenciales: como el cuidado a los pacientes con lesión medular, o el autocuidado que presentan las personas con diabetes mellitus 2. La salud mental es también un tema de interés para enfermería; esto queda de manifiesto en el capítulo que indaga los factores relacionados con la ideación suicida en adolescentes.

El campo de estudio de enfermería es tan amplio que es capaz de ser su propio objeto de estudio como lo reflejan las investigaciones sobre actitudes del personal de enfermería hacia personas que viven con VIH/Sida, o las acciones que los estudiantes de enfermería realizan para cuidar de su propia salud.

La enfermería abarca cada una de las etapas del ciclo de vida, por lo que le son propias investigaciones como los factores que influyen en infecciones respiratorias y gastrointestinales en niños, o temas relacionados con el cuidado a niños con parálisis cerebral, o el trabajo que aborda el riesgo de caídas en el adulto mayor. Otro ejemplo de investigaciones en enfermería son los factores asociados al abandono de la lactancia materna o las representaciones sociales de la vasectomía. Otra arista de la investigación en enfermería es la gestión del cuidado: el presente libro abona al conocimiento con investigaciones como clima y calidad de vida laboral en el personal de enfermería, evaluación, abastecimiento y control del carro rojo, una experiencia de acreditación exitosa.

Para terminar este epílogo me gustaría agregar que el quehacer diario de enfermería está impregnado de conocimiento científico, por lo que es nuestro deber escuchar el llamado que la investigación nos hace, hagamos, pues, de la investigación un hábito y tomenos su ejemplo.



Cómo citar este eBook



[apa 6a ed. Libro completo]

Antuna C., A. comp. (2021). *Enfermería. Comprometida con la salud y el bienestar de la población*. Recuperado de: www.ujed.mx

[apa 6a ed. Ejemplo de capítulo]

Escudero G, R. A, Islas S., P. (2021). La cosmovisión como base en la educación formal para la salud en la etnia rarámuri. En Antuna, C. A. (Comp.) *Enfermería. Comprometida con la salud y el bienestar de la población* (pp. 7–21). Recuperado de: www.ujed.mx

[Chicago 16a ed. Libro completo]

Antuna Canales, Ana Beatriz, comp. 2021. *Enfermería. Comprometida con la salud y el bienestar de la población*. Durango: Universidad Juárez del Estado de Durango. PDF e-book.

[Chicago 16a ed. Ejemplo de capítulo]

Escudero González, Raquel Adilene, y Patricia Islas Salinas. 2021. La cosmovisión como base en la educación formal para la salud en la etnia rarámuri. En *Enfermería. Comprometida con la salud y el bienestar de la población*. Durango: Universidad Juárez del Estado de Durango. PDF e-book

La presente obra muestra el interés de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango por socializar resultados de investigación de diversas temáticas estudiadas por profesionales de enfermería en diferentes estados de la república mexicana, y muestra incursiones en investigación de los cuidados de enfermería como la base para el desarrollo teórico de la profesión. Esperamos que esta compilación contribuya en la formación de las nuevas generaciones y aporte conocimiento que beneficie a los usuarios de los servicios.



UJED
Universidad Juárez
del Estado de Durango