



Investigación en Salud, Enfermería y Educación

COMPILACIÓN DE ESTUDIOS

Perla María Trejo Ortíz
Roxana Araujo Espino
Fabiana Esther Mollinedo Montaña
Ana Gabriela Flores Romo
Alejandro Calderón Ibarra
(Coordinadores)



TABERNA LIBRERÍA EDITORES

Investigación en Salud, Enfermería y Educación

COMPILACIÓN DE ESTUDIOS

Perla María Trejo Ortíz
Roxana Araujo Espino
Fabiana Esther Mollinedo Montaña
Ana Gabriela Flores Romo
Alejandro Calderón Ibarra
(Coordinadores)

MMXXII



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS
FRANCISCO GARCÍA SALINAS

Primera edición 2022

Investigación en Salud, Enfermería y Educación
Compilación de estudios

DERECHOS RESERVADOS

© Perla María Trejo Ortíz

© Roxana Araujo Espino

© Fabiana Esther Mollinedo Montaña

© Ana Gabriela Flores Romo

© Alejandro Calderón Ibarra

(Coordinadores)

@ Universidad Autónoma de Zacatecas

© Taberna Libraria Editores

Calle Fernando Villalpando 206

Centro, 98000, Zacatecas, Zacatecas

tabernalibrariaeditores@gmail.com

Edición y diseño: Manuel Pasillas

Corrección de estilo: Sara Margarita Esparza R.

ISBN: 978-607-8731-62-6

Queda rigurosamente prohibida, sin autorización de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por la ley, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

Los capítulos de la obra son responsabilidad exclusiva de quienes los firman.

Impreso y hecho en México

PRESENTACIÓN	9
DR. RUBÉN DE JESÚS IBARRA REYES	
PRÓLOGO	12
DRA. ROXANA ARAUJO ESPINO	
SALUD	14
EMBARAZO EN ADOLESCENTES RELACIONADO CON SUS HÁBITOS SEXUALES Y CONSUMO DE DROGAS	15
MA. GUADALUPE GALLEGOS ACEVEDO / SONIA PÉREZ HERNÁNDEZ ANA BEATRIZ ÁVILA DELGADO / MARÍA LUZ DE ÁVILA ARROYO MARICRUZ VIDALES JARA	
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FORTALECER EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES	25
MARÍA FERNANDA ANELL CASTILLO / LUIS ANTONIO BOTELLO MENDOZA CARLOS FLORES PÉREZ / ROMERO PACHECO FIDEL TOTOMOL YOVAL BLANCA ESTELA	
ARTICULACIÓN DE LA TEORÍA DE REPRESENTACIONES SOCIALES Y LA TEORÍA DEL ROL MATERNAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS	37
VANESA JIMÉNEZ ARROYO / YESICA YOLANDA RANGEL FLORES	
LACTANCIA MATERNA COMO MÉTODO ANALGÉSICO EN NEONATOS PUNCIONADOS PARA INMUNIZACIONES EN UN HOSPITAL DE ZACATECAS	47
MA. GUADALUPE GALLEGOS ACEVEDO / ALEJANDRA GUADALUPE RODRÍGUEZ SALCEDO KARLA MARCELA SANDOVAL TACHIQUÍN / ISMARI SARAHÍ TORRES FÉLIX LUIS JAVIER ESAÚ ALVARADO FÉLIX	

FACTORES PARA EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES TRABAJADORAS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD	56
GENOVEVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ / MIRIAM GÓMEZ ORTEGA	
BÁRBARA DIMAS ALTAMIRANO / ANDREA GUADALUPE SÁNCHEZ ARIAS	
CLAUDIA CONCEPCIÓN SANTANA GONZÁLEZ	
ÁCIDOS GRASOS MODIFICADOS EN DIETA HIPOCALÓRICA DE PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO	64
JULIETA DE LA TORRE GARCÍA / ROSALINDA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ	
CLAUDIA ARACELI REYES ESTRADA / BLANCA PATRICIA LAZALDE RAMOS	
RUBÉN OCTAVIO MÉNDEZ MÁRQUEZ	
DIETA MEDITERRÁNEA EN LA MODIFICACIÓN Y COMPOSICIÓN CORPORAL DE PACIENTES EN CMF ISSSTE	75
AIDA MARGARITA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ / ROBERTO ROMO GARCÍA	
NANCY JAZMÍN NORIEGA AHUMADA / CRISTINA SARAI CONTRERAS MARTÍNEZ	
USO DE OMEGA 3 PARA AMPLIAR LA CONSERVACIÓN DE LA MEMORIA EN PARÁLISIS CEREBRAL	87
SUZET CAROLINA TORRES HUERTA / ANAYANCIN ACUÑA RUIZ	
ANA MARÍA HERRERA MEDRANO	
ESTILO DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES	96
MA. ALEJANDRA HERNÁNDEZ CASTAÑÓN / VICTORINA CASTREJÓN REYES	
BEATRIZ GARZA GONZÁLEZ / OSCAR ÁNGEL GÓMEZ TERÁN	
SANDRA JENNY CORTÉS HEREDIA	
INTERVENCIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ALUMNOS ESCOLARES DEL ESTADO DE MÉXICO	106
CLAUDIA CONCEPCIÓN SANTANA GONZÁLEZ / MIRIAM GÓMEZ ORTEGA	
GENOVEVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ / BARBARÁ DIMAS ALTAMIRANO	
ESTILO DE VIDA Y NIVEL DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	112
CAMARILLO GUZMÁN GUADALUPE / FLORES PÉREZ CARLOS	
BOTELLO MENDOZA LUIS ANTONIO / VÁZQUEZ HERNÁNDEZ SANDRA	
TOTOMOL YOVAL BLANCA ESTELA	

MOTIVOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ESTUDIANTES DE UNA SECUNDARIA EN ZACATECAS	122
Luz Ma. DELGADILLO LEGASPI / MAYRA ALEJANDRA HERNÁNDEZ RÍOS	
ERIKA JHOSELYN RAMÍREZ RODRÍGUEZ / MARICRUZ VIDALES JARA	
VERÓNICA ORTEGA GÁMEZ / LILIANA ELIZABETH CALDERÓN BOTELLO	
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN HOSPITAL DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA	134
LICONA SANTOS CINTHIA ICELA / HINOJOSA ESPARZA KAREN LILIANA	
GARCÍA SALAS BELEN ASTRID / ALVARADO PIZARRO ÁNGEL NOÉ	
CHÁVEZ RAMOS WENDY JANETH	
FRAGILIDAD MÚSCULO-ESQUELÉTICA ASOCIADA AL ESTADO NUTRICIONAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES	143
OMAR EMIR LÓPEZ MÉNDEZ / VIANEY MÉNDEZ SALAZAR	
LIVIA QUIROZ BENHUMEA / EGLANTINA MICAELA ÁNGELES GARCÍA	
BEATRIZ GUADALUPE ARCE DELGADO	
EL CUIDADOR COMO FACTOR DETERMINANTE DEL ESTADO NUTRICIO DE ADULTOS MAYORES: UN ESTUDIO INTERVENCIONAL	151
NIDIA ELISA VALDIVIEZO SALGADO / EGLANTINA MICAELA ÁNGELES GARCÍA	
JUAN MANUEL BARROSO GONZÁLEZ / YADIRA MEJÍA MEJÍA	
PAOLA MARÍA NÚÑEZ MÉNDEZ	
PADRES EDUCADOS, SEGUIMIENTO CON DISPOSITIVO MÓVIL PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL HOGAR	163
ALEJANDRA RODRÍGUEZ ÁVILA / ELIAZAR GONZÁLEZ CARRILLO	
NORMA PIZARRO / B. LETICIA MORIEL CORRAL	
HAYDEÉ PARRA ACOSTA	
ACTITUD DE PROGENITORES HACIA EL EXCESO DE PESO ASOCIADA A LOS ESTILOS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN EN EL PREESCOLAR	174
PERLA MARÍA TREJO ORTÍZ / ROXANA ARAUJO ESPINO	
FABIANA ESTHER MOLLINEDO MONTAÑO / ALEJANDRO CALDERÓN IBARRA	
ANA GABRIELA FLORES ROMO	

ENFERMERÍA	186
CALIDAD EN LOS REGISTROS DE LA HOJA DE ENFERMERÍA	187
ANA GABRIELA FLORES ROMO / ROXANA ARAUJO ESPINO	
PERLA MARÍA TREJO ORTIZ / LAURA BERENICE ZORRILLA MARTÍNEZ	
ALEJANDRO CALDERÓN IBARRA	
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	197
CLAUDIA CONCEPCIÓN SANTANA GONZÁLEZ / MIRÍAM GÓMEZ ORTEGA	
GENOVEVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ / BARBARÁ DIMAS ALTAMIRANO	
CREENCIAS EN SALUD DE PERSONAS RARÁMURI, UNA MIRADA DESDE LA TRANSCULTURALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	203
BERTHA ALICIA CARRILLO CASTRO / NORMA PIZARRO	
ELIAZAR GONZÁLEZ CARRILLO / HAYDEÉ PARRA ACOSTA	
LETICIA MORIEL CORRAL	
ESTADO DEL ARTE DEL CUIDADO ENFERMERO MEDIANTE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH	214
JESÚS RAMÓN ARANDA IBARRA / ANGÉLICA MARÍA ARMENDÁRIZ ORTEGA	
YADIRA MEJÍA MEJÍA	
EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO INSTALACIÓN DE LA TERAPIA ENDOVENOSA PERIFÉRICA, REALIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	225
GUADALUPE SANTES SAAVEDRA / CYNTHIA LARA GONZÁLEZ	
IRACEMA RAMOS AGUILAR / BLANCA JUDITH LAVOIGNET ACOSTA	
FABIOLA CRUZ NÚÑEZ	
TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	233
CLAUDIA HERNÁNDEZ LANDAVERDE / DORA LUZ RODRÍGUEZ CRUZ	
BLANCA JUDITH LAVOIGNET ACOSTA / FABIOLA CRUZ NÚÑEZ	

EDUCACIÓN	243
PERFIL DE INGRESO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA	244
VALERIA DOMÍNGUEZ LÓPEZ / JUAN PINEDA OLVERA ANA MARÍA LARA BARRÓN	
ESTILOS DE APRENDIZAJE EN TSUBD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO	253
MARÍA ELENA V. ESCALONA FRANCO / MARÍA FLORINDA VILCHIS GARCÍA ROSA MARTHA FLORES ESTRADA / MARÍA DEL ROCÍO FLORES ESTRADA MARCO ANTONIO VILLAGRÁN JIMENO	
ESTILOS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN CD. CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA	266
GEORGINA IMELDA RAMÍREZ SILVA / ALEJANDRA GONZÁLEZ CHÁVEZ KARLA FABIOLA GAMBOA MOLINA / ÁNGEL NOÉ ALVARADO PIZARRO BEATRIZ GARZA GONZÁLEZ.	
FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA PARA EDUCAR MUJERES EMBARAZADAS ACERCA DE SU CUIDADO. ACERCAMIENTO A LA REALIDAD	275
TANIA JUDITH AGUILAR RODRÍGUEZ. / LETICIA MORIEL CORRAL GRACIELA HERNÁNDEZ / NORMA PIZARRO ELIAZAR GONZÁLEZ CARRILLO / PATRICIA DE LOURDES RETAMOZA	

PRESENTACIÓN

Las universidades del Siglo XXI tienen la responsabilidad y el compromiso de renovar de manera constante el saber y el fomento a la producción de conocimiento en todas sus áreas y disciplinas, con el fin de ayudar a mejorar las condiciones generales de la población; por consiguiente, la difusión científica y humanista es una tarea sumamente necesaria dentro de la investigación. A lo anterior, se agrega que la formación de redes académicas ha jugado un papel crucial, pues representa una estrategia para lograr sinergia en la atención a objetivos comunes, como lo es el desarrollo de la investigación y la divulgación de los resultados.

Enfermería, al ser una profesión que tiene como misión el cuidado de las personas, requiere, al igual que otras disciplinas, realizar investigación para generar conocimiento y construir evidencia científica que sustente las acciones del quehacer diario, con el objetivo de mejorar la calidad de sus intervenciones, lo que redundará en una mejor calidad de vida para la población.

En este sentido, la formación de redes en enfermería, de manera multidisciplinaria, representa una oportunidad de trabajo colaborativo que incentiva el intercambio de experiencias y conocimientos diversos, todos con un respaldo teórico y metodológico, que puedan aportar en la generación de nuevas ideas, enfoques y atención los distintos contextos sociales.

Las problemáticas sociales de nuestro siglo son complejas por sus distintas interdependencias y se ha demostrado que no son unifactoriales, por ende, es una necesidad y exigencia hacer frente a los desafíos a través del enfoque multidisciplinario, principalmente por las distintas visiones en que se pueden abordar los contextos, lo que conlleva a dotar de soluciones o perspectivas más integrales y completas.

En este camino de la multidisciplinariedad, «Investigación en salud, enfermería y educación. Una compilación de estudios», es una obra producto de la colaboración de diversos cuerpos académicos pertenecientes a instituciones de educación superior de prestigio, como lo son la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ),

la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH), la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ), la Universidad Veracruzana (UV), la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FESI-UNAM) y la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), que conforman la Red Nacional de Salud y Educación desde 2016.

Es de destacar y reconocer que todas las colaboraciones y los contenidos que se presentan en este compendio se basan en investigaciones realizadas tanto de manera empírica como documental en las áreas de Salud, Educación y Enfermería, aspectos que definen su estructura de la siguiente manera:

En el área de la Salud, se abordan estudios que contemplan el papel de la dieta en diferentes enfermedades; la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal; sobre los cuidadores y su papel en el estado de nutrición de adultos mayores, así como la fragilidad muscular en los mismos; además del embarazo en adolescentes, autocuidado en primigestas, estilo de vida y su relación con la diabetes, la lactancia materna y su papel analgésico, así como los factores asociados a su abandono, motivos relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes, prácticas parentales de alimentación en preescolares, entre otras temáticas de fundamental interés.

En el rubro de Enfermería, los tópicos que se desarrollan en el presente texto incluyen aquellos relacionados con la calidad de los registros de enfermería; la transculturalidad del cuidado en enfermería, terapia endovenosa, tratamiento de úlceras por presión, así como el análisis sobre los principales factores de riesgo para los profesionales en las áreas de cuidados intensivos.

Finalmente, en el apartado de Educación, se incluyen investigaciones relacionadas con el perfil de ingreso de los universitarios, estilos de aprendizaje y formación de la enfermería para el cuidado de la mujer embarazada.

De esta manera, el contenido que se aborda en Investigación en salud, enfermería y educación. Una compilación de estudios, integra temáticas relacionadas con el día a día, es decir, de la cotidianidad del mexicano que en todas las regiones del país desarrolla, de forma que el análisis y la discusión que se desprende de cada problemática presentada es una invitación abierta a conocer desde la multidisciplina las posibles causas, efectos, prevención y soluciones a las mismas, desde la perspectiva científica y humanista.

En suma, el aporte al conocimiento que brindan los 27 capítulos divididos en las categorías de Salud, Enfermería y Educación contribuyen a las discusiones

actuales de alto nivel, además de consolidarse como recurso atemporal de consulta y análisis sobre las nuevas perspectivas y formas de hacer investigación en el área, una constante vigente y no percedera que es una función sustantiva y medular en las universidades.

Sin duda, el texto presentado es una obra precursora y ejemplo de la pertinencia de la investigación desde la multidisciplina; enhorabuena al cuerpo académico consolidado UAZ-188 «Salud integral y desarrollo humano», por incentivar la colaboración de pares académicos y por el compromiso profesional para lograr que fuera posible llevar a buen puerto esta obra.

DR. RUBÉN DE JESÚS IBARRA REYES

Rector de la Universidad Autónoma de Zacatecas

PRÓLOGO

Las Instituciones de Educación Superior (IES) desempeñan dos tipos de funciones, las sustantivas y adjetivas. Las primeras hacen alusión a las actividades de docencia, investigación, vinculación y extensión de su planta docente y administrativa. En el caso particular de la investigación, esta surge en la década de los noventa, como respuesta a la sugerencia de la OCDE de incluir en las políticas públicas, el desarrollo del personal académico y la calidad de la educación nacional, dándole origen al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP), hoy PRODEP, que a su vez crea y fomenta los *Cuerpos Académicos* (CA) para impulsar la investigación entre el profesorado, cuyo objetivo es la mejora continua de la calidad de los programas educativos que ofrecen, y la generación o aplicación innovadora del conocimiento.

El grado de consolidación de los CA puede variar dependiendo de la madurez de las líneas de generación y aplicación del conocimiento que se desarrollen, pudiendo ser un CA en formación, en consolidación o consolidado. Para mantener el estatus del CA, es necesario el cumplimiento de varios indicadores tales como: el grado de habilitación de sus integrantes; la existencia de trabajo colectivo, la calificación de perfil deseable de sus miembros y su vinculación con redes u otros cuerpos académicos.

La presente obra es el resultado de la Red Nacional de Salud y Educación, creada en 2016 por un equipo multidisciplinario en el área de ciencias de la salud. Se recopilaron 27 investigaciones con enfoque cuantitativo (21), enfoque cualitativo (5) y un trabajo de revisión sistemática que conformaron las tres áreas de este importante libro.

El primer apartado lo constituyen las investigaciones realizadas con temáticas relacionadas con la salud, se presentan 17 trabajos que en su metodología la población de estudio fueron neonatos, embarazadas, adolescentes, adultos y adultos mayores; reflejando el enfoque multidisciplinario que pueden tomar las investigaciones y las temáticas a estudiar por investigadores con diversas áreas de formación.

Su objetivo va encaminado a promover el bienestar como algo inherente a la vida humana, además muestra bases científicas para la toma de decisiones en los diferentes niveles de atención a la salud (promoción, prevención, curación y rehabilitación), y así lograr que las personas hagan de su vida un proceso de bienestar y satisfacción en los diferentes grupos poblacionales.

El segundo apartado corresponde al área de Enfermería integrado por seis investigaciones, cuatro con diseño cuantitativos y dos cualitativos, donde se visualiza la implementación de las actividades administrativas, intervenciones autónomas interdependientes y dependientes del cuidado de la salud de la población, además indaga sobre los riesgos sanitarios a los que se enfrentan día a día el personal de enfermería en los diferentes servicios de las instituciones de salud. Estas investigaciones permiten resaltar de manera particular aspectos de la vida cotidiana de la enfermería y sobre todo resaltar la investigación realizada con un efecto directo en este tipo de profesionales.

Finalmente, la sección de Educación está integrada por cuatro investigaciones cuyos resultados pueden ser aprovechados para proponer enfoques educativos innovadores en los planes de estudio de las licenciaturas en Enfermería y Odontología, lo que garantiza una educación de calidad y acorde a las exigencias del mundo laboral. Por otro lado, y a decir de los autores, el contar con las características del perfil de ingreso de los estudiantes permite diseñar estrategias para disminuir la tasa de deserción, y brindar una educación integral acorde a las necesidades de los estudiantes.

Las lecturas de los tres apartados son apoyadas en investigaciones de frontera, cuyos resultados aportan sustento científico para mejorar la efectividad y eficiencia de la atención y cuidado, mejorar la seguridad de la intervención de enfermería, y sistematizar el trabajo profesional; además construir la evidencia científica para sustentar las acciones de enfermería.

Cabe destacar que el presente libro titulado *Investigación en salud, enfermería y educación*. Una compilación de estudios es un texto con un lenguaje inteligible para que estudiantes, docentes y profesionales del área de la salud que laboran en los distintos niveles de atención, puedan replicar las investigaciones y tomar como referente los resultados para la toma de decisiones en su quehacer diario.

DRA. ROXANA ARAUJO ESPINO

Directora de la Unidad Académica de Enfermería/UAZ

SALUD



EMBARAZO EN ADOLESCENTES RELACIONADO CON SUS HÁBITOS SEXUALES Y CONSUMO DE DROGAS

MA. GUADALUPE GALLEGOS ACEVEDO¹

SONIA PÉREZ HERNÁNDEZ

ANA BEATRIZ ÁVILA DELGADO

MARÍA LUZ DE ÁVILA ARROYO

MARICRUZ VIDALES JARA

Universidad Autónoma de Zacatecas

RESUMEN

Los hábitos sexuales y el consumo de drogas son una combinación totalmente insegura, que favorece la violencia y el abuso de poder, donde la adolescente es siempre quien tiene la mayor influencia en esta conducta; la vida nocturna y poco vigilada favorece esta problemática; por ello, el propósito de esta investigación es relacionar el embarazo de 55 adolescentes, con sus hábitos sexuales y consumo de drogas, a través de un diseño descriptivo-correlacional y transversal, con un muestreo no probabilístico, tipo censo. Se encontró el inicio de la vida sexual a los 16 años, con 2 parejas sexuales, sólo 68% refieren que esta pareja es el padre del hijo que espera, 7.3% revela que la primera relación sexual no fue voluntaria, 10.9% tienen sexo con quien pagó, 12.7% continúan teniendo sexo no voluntario, 7.3% tiene coito con parejas ocasionales, 5.5% refiere que su pareja tiene otras parejas, 7.3% de las participantes mantienen coito con otras parejas además de con quien es el padre biológico de este hijo, 12.7% indican que ella o su pareja, estaban bajo el efecto de alguna droga la última vez que tuvieron relaciones sexuales, 10.9% indica haber tenido enfermedades de transmisión sexual. El consumo de alcohol presenta una prevalencia instantánea de 16.4% (IC 95% = .14-.18); el consumo de tabaco una prevalencia instantánea de 9.1% (IC 95% = .07-.10); el consumo de drogas ilegales, una prevalencia instantánea y lápsica de 1.8% (IC95%=.01-.02), mariguana principalmente. Se encontró una relación positiva y significativa entre

1 Correo de contacto: lupitauazuae@gmail.com

el consumo de alcohol y el número de parejas en el último año ($=486, p=.001$) así como entre el consumo de drogas ilegales con el número de parejas que ha tenido la adolescente embarazada a lo largo de su vida ($=790, p =.006$). En conclusión, las relaciones sexuales de las participantes son promiscuas aun cuando están embarazadas.

Palabras Clave: Hábitos sexuales, consumo de drogas, adolescentes embarazadas.

ABSTRACT

Sexual habits and drug use, is a totally insecure combination, which favors violence and abuse of power, where the adolescent is always the one who has the greatest impact of this behavior; nightlife and poorly monitored, favors this problem, therefore, the purpose of this research is to relate the pregnancy of 55 adolescents, with their sexual habits and drug use, through a descriptive-correlational and cross-sectional design, with a non-probabilistic sampling, census type. The beginning of sexual life was found at 16, with 2 sexual partners, only 68% report that this couple is the father of the child they expect, 7.3% reveal that the first sexual relationship was not voluntary, 10.9% have sex with whom they paid, 12.7% continue to have non-voluntary sex, 7.3% have intercourse with casual partners, 5.5% report that their partner has other partners, 7.3% of participants, have intercourse with other partners in addition to who is the biological father of this child, 12.7% indicate that she or her partner was under the effect of a drug the last time they had sex, 10.9% indicated having had sexually transmitted diseases. Alcohol consumption has an instantaneous prevalence of 16.4% (95%CI=.14-.18); tobacco consumption an instantaneous prevalence of 9.1% (95%CI=.07-.10); Illegal drug use, an instantaneous and lapsis prevalence of 1.8% (95%CI=-.01-.02), mainly marijuana. A positive and highly significant relationship was found between alcohol consumption and the number of couples in the last year ($=486, vp=.001$) as well as between the use of illegal drugs with the number of couples that have had the pregnant adolescent throughout her life ($=790, vp=.006$). Conclusion: The sexual relations of the participants are promiscuous even when they are pregnant.

Keywords: Sex habits, drug use, pregnant teenagers.

INTRODUCCIÓN

Los embarazos a temprana edad tienen un efecto no positivo en nuestra sociedad y son un reto para la educación, la salud, la economía, la seguridad y para muchos otros ámbitos, no sólo nacionales, es en todo el mundo, por lo que este fenómeno es considerado un problema de salud pública global que afecta directamente el futuro de los adolescentes y del desarrollo social de las familias del globo terráqueo (Women's Forum [WF], 2018).

Se identificó que muchos de estos embarazos se dan de manera espontánea, sobre todo en momentos de convivencia íntima con compañeros sexuales que se encuentran bajo el efecto de alguna droga, como el alcohol, la mariguana o el crack, lo que habla de la práctica de hábitos sexuales no saludables ni seguros para la pareja, lo más alarmante es que las adolescentes también pueden estar bajo el efecto de alguna droga en el momento de la convencia sexual, lo que las coloca en una alta vulnerabilidad a los efectos de esta conducta (Aldaba, Marín & Gallegos, 2016). Los hábitos sexuales y el consumo de drogas son una combinación totalmente insegura, que favorece la violencia y el abuso de poder, donde la adolescente es siempre quien va a tener la mayor influencia en esta conducta, la vida nocturna o poco vigilada de estas adolescentes favorece esta problemática, por otro lado la moda y la influencia de los medios electrónicos y cibernéticos de comunicación, promueven estos estilos de vida no saludables e inseguros para la integridad de las personas involucradas, que aunado a las necesidades psicobiológicas propias de la adolescencia, llegan a generar esta complicada problemática, que enfrentamos en estos tiempos (Lobato, Jenaro, Rodríguez & Flores, 2016).

Es por todo esto que surge la necesidad del estudio de las conductas sexuales de riesgo que incluyen el consumo de drogas, principalmente el alcohol, la mariguana, el crack y las metanfetaminas, ya que estimulan la desinhibición de la conducta erótica y disminuyen la capacidad de decisión, lo que coloca a los adolescentes en una situación de alto riesgo para el embarazo y sus efectos negativos sobre el producto de la concepción, el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, la violencia sexual y el narcotráfico.

Dado que en la literatura se encuentran pocos estudios con el abordaje de las conductas sexuales y el consumo de drogas en población adolescente que cursa un embarazo, el objetivo de la presente investigación fue relacionar el embarazo de 55 adolescentes con sus hábitos sexuales y el consumo de drogas, lo que servirá de base para el diseño de intervenciones de enfermería en la promoción de la salud,

encaminadas a la prevención del embarazo prematuro y el consumo de drogas en los adolescentes, ya que son temas de suma importancia en la salud pública global, por el gran efecto negativo en su desarrollo físico, social, emocional y familiar, lo que genera una inadecuada calidad de vida.

DESARROLLO

En México, según la Secretaría de Gobernación (SEGOB, 2018), uno de cada seis embarazos, o cerca del 20% corresponden a mujeres de entre 10 y 19 años, situación relacionada con el inicio temprano de la vida sexual o con la violencia contra el sector femenino de la población, por lo que diversas organizaciones e instituciones de nuestro país han unido esfuerzos, con el fin de reducir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y disminuir en 50% la tasa específica de fecundidad de las jóvenes de 15 a 19 años para el 2030 (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), 2017).

No obstante, de acuerdo con el Instituto Nacional para la Mujer, en una encuesta nacional se identificaron 35 factores que contribuyen en la elevada tasa de fecundidad en jóvenes, entre los que se incluyen fenómenos delictivos como el comercio sexual infantil, así como el consumo de alcohol y drogas, el inicio temprano y no vigilado de la vida sexual, además de los mecanismos sociales que se enfocan en reforzar el papel de madre, por las adolescentes embarazadas, donde cada vez es menos probable que reciban apoyo del núcleo familiar o social, lo que pone en riesgo la seguridad e integralidad de las nuevas madres y sus productos (Miller & Avirzua, 2016).

Como ya se mencionó, uno de los principales factores para que se presente el embarazo a edades cada vez más tempranas, es que 62.3% de las adolescentes entre 14 y 19 años han iniciado su vida sexual, este fenómeno se da por la carencia de vínculos afectivos, la falta de comunicación o atención de los padres, por falta de información sexual y las necesidades fisiológicas y psicoemocionales propias de la edad, que orillan a las adolescentes a tener relaciones sexuales irresponsables, lo que ocurre con mayor frecuencia entre las adolescentes de nivel socio económico bajo aparentemente, ya que son quienes llevan el embarazo al final, no así con las de nivel socioeconómico medio y alto, quienes pueden no terminar la gestación por diversos factores (Asociación Mexicana para la Salud Sexual [AMSSAAC], 2017).

Los hábitos sexuales en adolescentes las exponen no sólo a embarazos no planeados, la incidencia de enfermedades de transmisión sexual ha aumentado alarmantemente en este grupo, al igual que el comercio sexual, la trata de personas por

motivos sexuales y el tráfico de personas, la violencia sexual que termina en feminicidios, son algunos de las consecuencias del ejercicio sin control de los derechos sexuales a esta edad (OCDE, 2017).

Si bien la actividad sexual en adolescentes es un fenómeno multifactorial, los factores familiares juegan un importante rol así como, las políticas públicas; además la crianza de ambos padres y la religiosidad, se asocian a postergar la iniciación de vida sexual tanto en hombres como en mujeres y en adolescentes que viven en una familia más numerosa, pues tienden a iniciar la sexualidad más tempranamente por la falta de disposición de tiempo de los padres o tutores, para monitorizar a la familia (González, Molina, Montero & Martínez, 2013).

El ejercicio sexual de riesgo incluye una serie de conductas que se van engrandando cuando el adolescente experimenta nuevas cosas y sensaciones, es el caso del consumo de drogas, ya que identifica diferencias ente la práctica sexual cuando ha consumido y cuando no lo ha hecho, lo que le coloca en un alto riesgo, que puede tener consecuencias negativas en su estilo de vida y en su salud a corto y largo plazo, por otro lado, la práctica sexual bajo el influjo de alguna sustancia psicoactiva lleva al adolescente a vivir violencia y a tener experiencias de prácticas de riesgo que derivan en enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados así como la trata de personas y el tráfico sexual; lo cual ocurre de manera silente y natural para muchos adolescentes que han encontrado de esto su modo de vida y negocio (Aldaba, *et al.*, 2016).

Además, la adolescencia se caracteriza por ser clave en la adquisición de los estilos de vida, saludables o problemáticos; la adquisición de un mayor nivel de independencia del ambiente familiar y un mayor compromiso con el grupo de iguales puede llevar a los adolescentes a nuevos eventos donde se enfrentan a la toma de decisiones que pueden afectar su proyecto de vida a futuro en esta etapa los jóvenes pueden incurrir en conductas problema como fumar, beber, uso de drogas, iniciar su vida sexual, tener relaciones sexuales desprotegidas o bajo el influjo de alcohol o drogas, manejar a exceso de velocidad o bajo el influjo del alcohol (Díaz, Lourdes & González, 2014).

MÉTODO

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo-correlacional, prospectivo y de corte transversal. La población se integró por todas las adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años que acudían a un Centro de Salud Rural, para su revisión

y control. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, tipo censo, por ser una población pequeña, con todas aquellas adolescentes embarazadas que reunieran los criterios de inclusión. La muestra queda conformada por 55 participantes.

Para recabar la información de la presente investigación, se utilizó la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS), realizada, aplicada y validada por el Ministerio De Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España (2013), que reporta *Alpha de Cronbach* de .86 en su escala global, la cual está integrada por 9 apartados o secciones que describen los hábitos sexuales de la participante. Además del Cuestionario Consumo de Drogas (CCD), que analiza el consumo de drogas legales e ilegales, de manera que puede indagarse las prevalencias globales, lápsica, actual e instantánea de consumo, así como sus características, este instrumento fue diseñado por la Secretaría de Salud y el Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) de México (1999).

El presente estudio fue realizado con base en lo dictaminado por la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, así como por el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, vigente en la última reforma publicada en 2014 (Secretaría de Salud de México [SSA], 2014).

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 en español. Para la descripción de la población se utilizó estadística descriptiva frecuencias (f) y porcentajes (%), así como para las variables categóricas y medias de tendencia central para las variables continuas. Para la validación del instrumento de manera global y por sub escalas, se utilizó la prueba *Alpha de Cronbach*. Para el uso de estadística inferencial se corrió la prueba de normalidad *Kolmogorov-Smirnov*, al no haber normalidad en los datos, fue aplicada estadística no paramétrica, como la correlación de Pearson, para el logro del objetivo general, así como frecuencias (f) y porcentajes (%) con intervalos de confianza de 95%.

RESULTADOS

La edad de las adolescentes embarazadas, osciló entre 14 y 18 años de edad, la mayoría tiene la secundaria terminada, son solteras, amas de casa, viven con ambos padres o con su pareja, es su primer embarazo, en promedio de 20 semanas de gestación.

En cuanto a los hábitos sexuales se encontró que el inicio de la vida sexual fue a los 16 años en promedio (LI = 13, LS = 18), han convivido con 2 parejas sexuales en su vida.

(LI = 1, LS = 10), dentro de los últimos 3 años (LI = 1, LS = 5) y con una pareja en los últimos 6 meses (LI = 1, LS = 3), donde sólo 68% indican que esta pareja es el padre del hijo que espera.

Respecto a la primera relación sexual, el 36.4% usó preservativo, 56.36% tomaron precauciones para no embarazarse y 7.3% revela que esta relación sexual no fue voluntaria.

En el ejercicio sexual a lo largo de su vida 50.9% usa preservativo y sólo 12.7% lo usó en la última relación sexual, 10.9% ha tenido relaciones sexuales con quien pagó o negoció algo por ello y sólo 5.5% usó preservativo con quien pagó o negoció, finalmente 12.7% ha tenido relaciones sexuales no voluntarias. El 7.3% tiene coito con parejas ocasionales; 67.3% ha tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días, 32.7% ha tenido relaciones sexuales con nuevas parejas en los últimos 30 días y sólo 10.9 % usó preservativo con estas nuevas parejas.

Respecto a las nuevas parejas sexuales de las participantes sólo 7.3 % lleva el preservativo para ser usado en esa relación sexual, 16.4% de ellos habían tomado precauciones para no llegar a embarazarla antes; 5.5% refiere que esta nueva pareja tiene otras parejas, 7.3% de las participantes mantienen coito con otras parejas más, aparte de su pareja oficial o formal o que es el padre biológico de este hijo.

Un 12.7% de las participantes indican que ella o su nueva pareja estaban bajo el efecto de una droga, la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Además 10.9% indica haber tenido o tener actualmente una enfermedad de transmisión sexual, 5.5% indica que la enfermedad sexual que padece es Gonorrea y 3.6% tiene Herpes genital.

El estilo de vida que favorece el ejercicio sexual de las adolescentes embarazadas, se caracteriza porque 26.4% vive con amigas o familiares lejanos en los últimos 6 a 12 meses, ya que sus padres les despidieron de su casa, o no tienen padres; y aunque 43.6% vive con ambos padres, 32.7% de las adolescentes embarazadas, tienen salidas nocturnas de 4-3 veces por semana en el último mes y 36.4% tiene salidas nocturnas de 4-3 veces por semana en los últimos 6 meses, 20% duerme fuera de casa de 4-3 veces por semana.

TABLA 1
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, DROGAS Y MEDICAMENTOS
NO PRESCRITOS EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS PARTICIPANTES

Consumo	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Alcohol						
Prevalencia Global	40	72.20	15	27.30	.63	.78
Prevalencia Lápsica	35	63.60	20	36.40	.58	.66
Prevalencia Actual	18	32.70	37	67.30	.29	.34
Prevalencia Instantánea	09	16.40	46	83.60	.14	.18
Tabaco						
Prevalencia Global	20	36.40	35	63.60	.35	.38
Prevalencia Lápsica	08	14.50	47	85.5	.13	.19
Prevalencia Actual	06	10.90	49	89.10	.09	.12
Prevalencia Instantánea	05	09.10	50	90.90	.07	.10
Drogas						
Prevalencia Global	10	18.20	45	81.80	.17	.19
Prevalencia Lápsica	02	03.60	53	96.40	.02	.04
Prevalencia Actual	01	01.80	54	98.20	.01	.02
Prevalencia Instantánea	01	01.80	54	98.20	.01	.02

Nota: Datos obtenidos del Cuestionario Consumo de Drogas (CCD), por 55 participantes, donde IC 95% = Intervalo de Confianza al 95%, *LI*= Límite inferior y *LS*= límite superior.

El consumo de alcohol de las adolescentes embarazadas, obtuvo una \bar{X} = 4.23 copas por ocasión, donde el 60% prefiere la cerveza, 36.4% bebe con una frecuencia de una vez al mes o menos y 27.3% bebe en la casa con amigos; en el uso de tabaco presenta una \bar{X} = 2.15 cigarros por ocasión, 25.5% fuma con una frecuencia de una vez al mes o menos; en el consumo de drogas ilegales se presenta una \bar{X} = 1.60 pases en un día típico, 12.7% consume marihuana con una frecuencia de una vez al mes o menos, 10% mezcla este tipo de drogas con otra sustancia y para 12.7% el lugar de consumo es en su casa.

En cuanto a la relación que guardan los hábitos sexuales y el consumo de las participantes, se encontró una relación negativa y significativa entre los hábitos sexuales y la edad de inicio de la vida sexual de las participantes (r^2 = -.890, p = .048),

el número de parejas sexuales que han tenido las participantes ($r^p = -.303$, $p = .024$) y el número de parejas en el último año ($r^p = -.711$, $p = .039$); también se encontró una relación positiva y significativa entre el consumo de alcohol y el número de parejas en el último año ($r^p = .486$, $p = .001$), de igual manera entre el consumo de drogas ilegales con el número de parejas que ha tenido la adolescente embarazada a lo largo de su vida ($r^p = .790$, $p = .006$).

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación puede concluirse que las adolescentes embarazadas inician su vida sexual a los 16 años, sus relaciones sexuales son promiscuas aun cuando están embarazadas; han tenido experiencias sexuales no voluntarias y con quien pagó o negoció algo a cambio, no se protegen y han vivido enfermedades de transmisión sexual.

El estilo de vida de las adolescentes embarazadas favorece el ejercicio sexual no saludable, ya que tiene salidas nocturnas y duermen fuera de casa e indican que ellas o sus parejas estaban bajo el efecto de una droga cuando tuvieron relaciones sexuales. A pesar de estar embarazadas, el consumo de alcohol presenta una prevalencia instantánea (últimos 7 días) cerca del 20% de la población total, mientras que el consumo de tabaco tiene la prevalencia instantánea (últimos 7 días) en 9.1%, el consumo de drogas ilegales presenta la prevalencia instantánea y lápsica cercana al 2%; siendo la marihuana la principal droga de consumo, el consumo de medicamentos no prescritos presenta una prevalencia instantánea en 14.55, el mayor consumo es de paracetamol. Se encontró una relación positiva y significativa entre el consumo de alcohol y el número de parejas en el último año, así como entre el consumo de drogas ilegales con el número de parejas que ha tenido la adolescente embarazada a lo largo de su vida. Lo que se interpreta que, a mayor consumo de drogas lícitas e ilícitas (alcohol, marihuana, etc.) mayor es el número de parejas de las adolescentes.

REFERENCIAS

- Aldaba A. R., Marín G. S. & Gallegos, A., M. (2016), «Prácticas sociales de riesgo en sexo servidoras adolescentes», Tesis no publicada de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Programa de Posgrado, Especialidad de Enfermería en Salud Pública. Zacatecas-México.
- Asociación Mexicana para la Salud Sexual (2017), *Factores para el inicio temprano del ejercicio sexual en adolescentes*. Recuperado de <https://www.amssac.org>.

- Comisión Nacional contra las adicciones (CONADIC) de México (1999), *Cuestionario Consumo de Drogas*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/conadic>.
- Díaz, R. C., & González, R.M. (2014), «Conductas problema en adolescentes en la ciudad de Monterrey, México», en *Revista Enfermería Global*, núm. 13(33), pp. 1-16.
- González, A. E., Molina, G. T., Montero, V.A ., & Martínez, N. V. (2013), «Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile», en *Revista médica de Chile*, núm. 141(3), pp. 313-319.
- Lobato, L., Jenaro, C., Rodríguez, B. M., & Flores, N. (2016), *Los roles de género y su papel en las actitudes y comportamientos afectivo-sexuales: un estudio sobre adolescentes*.
- Miller, U., & Avizua, R. (2016), *Aspectos psico-biológicos del embarazo en la adolescente*, revisión literaria. Recuperado de <https://portalacademico.cch.unam.mx/alumno/biologia2/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2017), *Panorama epidemiológico de la adolescencia en México*. Recuperado de <https://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/>
- Secretaría de Gobernación (SEGOB, 2018), *Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes*. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAPEA_V10.pdf
- Secretaría de Salud de México (SS, 2012), *Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. Recuperado de <http://psicologia.posgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2016/1>
- Secretaría de Salud de México (2014), *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Womens Forum for the Economy & Society (2017), *Cambiando la narrativa para las mujeres: un diálogo cultural necesario*. Recuperado de <http://www.womens-forum.com/registration/>

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FORTALECER EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES

MARÍA FERNANDA ANELL CASTILLO¹

LUIS ANTONIO BOTELLO MENDOZA

CARLOS FLORES PÉREZ

ROMERO PACHECO FIDEL

TOTOMOL YOVAL BLANCA ESTELA

Centro de Alta Especialidad «Dr. Rafael Lucio»

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Región Xalapa, Ciencias de la Salud.

RESUMEN

Introducción. Una estrategia que utiliza el profesional de enfermería para disminuir las complicaciones durante el embarazo es la educación para la salud, a través de actividades encaminadas a la vigilancia prenatal adecuada y fundamentalmente a la educación personalizada y específica, con la finalidad de identificar y prevenir oportunamente los trastornos más frecuentes en el binomio madre-hijo. **Objetivo.** Evaluar el impacto de una intervención educativa en primigestas adolescentes para el fortalecimiento del nivel de conocimientos de autocuidado durante su embarazo que acuden a consulta de control prenatal en un Centro de Salud. **Metodología.** Fundamentado con Souraya Sidani, la cual integra tres enfoques: Teórico, Empírico y Experiencial; es un estudio descriptivo para el enfoque empírico y cuasi experimental, para enfoque experiencial, con una muestra por conveniencia de 16 adolescentes primigestas. La técnica de investigación utilizada fue una con una guía de valoración de datos básicos de la embarazada, y requisitos de autocuidado universales, integrado por 38 reactivos. **Resultados.** La edad de las participantes fluctuó entre los 14 y 19 años. En cuanto a las semanas de gestación de las participantes oscila entre 12 y 36 semanas de gestación y la escolaridad de las participantes, primaria con un 18.8% de las participantes, secundaria un 56.3% y bachillerato

¹ Correo de contacto: feell@hotmail.com

con un 25%. A través del pre-test se observó que el nivel de conocimiento que tenían las embarazadas con respecto al autocuidado era el 37.5% con un conocimiento malo y un 62.5% con un conocimiento regular. El nivel de conocimientos que tuvieron posterior a la estrategia educativa, se observó a las participantes con un 100% de conocimiento bueno. **Conclusiones.** La aplicación de la intervención educativa fue efectiva dado que los resultados mostraron un aumento altamente significativo en el nivel de conocimientos de las participantes después de la intervención educativa.

Palabras clave: Adolescente primigesta, Intervención educativa, Autocuidado, Conocimiento.

ABSTRACT

Introduction. A strategy used by the nursing professional to reduce complications during pregnancy is education for health, through activities aimed at adequate prenatal surveillance and fundamentally personalized and specific education, in order to identify and prevent opportunely the most frequent disorders in the mother-child binomial. **Objective.** To evaluate the impact of an educational intervention on adolescents to strengthen the level of self-care knowledge during pregnancy that attend a prenatal check-up at a Health Center. **Methodology.** Based on Souraya Sidani, which integrates three contributes: Theoretical, Empirical and Experiential; It is a descriptive study for the empirical and quasi-experimental approach, for the experiential approach, with a convenience sample of 16 primitive adolescents. The research technique was based on a guideline of basic data classification of the pregnant woman, and the universal self-care requirements, composed of 38 items. **Results.** The age of the participants fluctuated between 14 and 19 years old. The weeks of gestation of the participants ranged between 12 and 36 weeks of gestation and the schooling of the participants was: primary with 18.8% of the participants, secondary 56.3% and high school with 25%. Through the pre-test we can see that the level of knowledge that pregnant women have regarding self-care was 37.5% with bad knowledge and 62.5% with regular knowledge. The level of knowledge that they had later in the educational strategy, was observed to the participants with 100% good knowledge. **Conclusions.** The application of the educational intervention was also effective.

Keywords. Early adolescent, educational intervention, self-care, knowledge.

INTRODUCCIÓN

El embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término, es una experiencia de mucho impacto en la vida de la mujer, debido a que debe adaptarse a una serie de cambios físicos y psicológicos, sin embargo, pueden existir complicaciones que afectan gravemente a la gestante, a su hijo, a la pareja y familia, pues, se ha considerado como un problema de salud pública (Alanís, Pérez, Álvarez, & Rojas, 2015).

Por lo anterior es importante para la primigesta adolescente proporcionar cuidados adecuados que permitan garantizar un embarazo saludable y parto libre de riesgos. Brindar autocuidado por parte del profesional de enfermería a través de la educación para la salud ayuda a las adolescentes embarazadas a disminuir las complicaciones durante el embarazo, a través de actividades encaminadas a la vigilancia prenatal adecuada y fundamentalmente a la educación personalizada y específica, con la finalidad de prevenir y/o identificar oportunamente los trastornos más frecuentes en el binomio madre-hijo (Medina Barragán, Medina Sánchez, Espericuenta Medina, Vázquez Arámbula, & Moya García, 2012).

Para este proyecto se tuvo como objetivo fortalecer el nivel de conocimientos de autocuidado durante su embarazo. Con el propósito de darles herramientas que les permitan identificar las situaciones que puedan afectar o comprometer el estado de su salud y la de su bebé.

La problemática de este estudio se abordó desde diferentes enfoques que logran una identificación plena del problema y contribuyen al diseño de la intervención, ejecución y evaluación de la misma, siempre con la directriz de mejorar los cuidados que proporcionan los profesionales de la disciplina durante su práctica diaria (Sidani & Braden, 2011).

DESARROLLO

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea (Routi & Routi, 1992).

Asimismo, la adolescencia es una etapa de trascendental importancia en la vida

del ser humano, ya que es en ésta donde ocurre un rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo. La OMS [Organización Mundial de la Salud] define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Por lo tanto, el embarazo adolescente es la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica (Ruoti, 1994). Barceló (2016) dice que el embarazo adolescente se caracteriza por ser un periodo de transición y de gran inestabilidad que involucra distintos ámbitos de la vida adolescente. Es un periodo que repercute significativamente a nivel económico, académico, laboral, social y emocional, aunque hay que tener en cuenta que el contexto cultural y el grupo social al que cada adolescente pertenece ejerce gran influencia en el carácter y la magnitud de tales consecuencias.

El proceso de educación para la salud está configurado por diferentes elementos: análisis de necesidades, formulación de objetivos, planificación de actividades, metodología didáctica y la evaluación. Cabe mencionar que no existen técnicas didácticas estándar, sino que éstas deben adaptarse a los objetivos y también al grupo concreto de población con el que se está trabajando (Costa & López, 1998). Las actividades que se realizaron en este proyecto de intervención con las adolescentes, permitieron realizar una estrategia educativa, utilizando un procedimiento de manera flexible, adaptativa, autorregulada y reflexiva para promover el aprendizaje significativo. Estas estrategias fueron utilizadas para que la promoción de la salud encaminada a fomentar comportamientos de autocuidado y estilos de vida saludables, modificando los conocimientos, las actitudes o los comportamientos a favor de la salud de la embarazada (Barriga & Hernández, 2007).

Para Andreu & Sieber (2000), el conocimiento es personal en el sentido de que se origina y reside en las personas que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal. Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento, porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos.

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona que debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado.

También la educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan a la adolescente primigesta para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud. Por tanto, la educación y el autocuidado son técnicas que influyen sobre el adecuado desarrollo del embarazo; enfermería enseña a la gestante y fortalece en ella la conciencia del valor de su autocuidado, mediante la promoción de la salud.

Dorothea Orem define el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Raile Allgood & Marrier Tomey, 2011).

Es indispensable que la adolescente embarazada adquiriera a través de la educación brindada por el personal de salud, principalmente por el personal de enfermería, el conocimiento de la importancia de su autocuidado durante su gestación, esto llevará a la adolescente que tome acciones que en sus hábitos higiénicos como alimenticios, así como un cambio de actitudes y que asuma la responsabilidad sobre su propia salud y la de su hijo.

Por lo anterior, para esta investigación se utilizó la teórica Dorothea Orem, con su Teoría del Autocuidado, donde define tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, edad adulta y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera (Raile Alligood & Marrier Tomey, 2011).

La teoría de sistemas de enfermería en la que se explican los modos en que las enfermeras y los enfermeros pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.

1. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo. Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.
2. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados. Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente. Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.
3. Sistemas de enfermería de apoyo-educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. Acción de la enfermera: Regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado. Acción del paciente: Cumple con el autocuidado (Raile Alligood & Marrier Tomey, 2011).

ESTRATEGIAS, TÉCNICAS Y/O MÉTODOS

La técnica de investigación a utilizar será el cuestionario, y será dirigido a las primigestas adolescentes. Un instrumento de medición con una guía de valoración de datos básicos de la embarazada, y requisitos de autocuidado universales, integrado por 38 reactivos de carácter mixto (sí, no). Cada respuesta se codificó con valor 1 si la respuesta era (sí) y 0 si la respuesta era (no), obteniéndose un valor mínimo de (0) y un valor máximo de (38); para valorar los resultados se consideraron tres niveles de conocimientos: bueno para valores mayores de 25 puntos, regular para quienes se ubicaron entre 15 a 24 y malo para menores de 14 puntos.

Se aplicarán los cuestionarios a embarazadas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, previamente se les dará a conocer el objetivo y el proceso del llenado del cuestionario manifestando la confidencialidad de la misma. Los resultados que se obtengan posterior a la aplicación del cuestionario serán digitalizados en una base de datos en el programa SPSS v23, un software utilizado para realizar la captura y el análisis de datos para crear tablas y gráficas con los datos obtenidos, posteriormente serán procesados y agrupados de tal forma que puedan ser presentados en gráficos estadísticos para facilitar su análisis y comprensión. Asimismo, este procedimiento se hará una vez aplicado el cuestionario antes y después de la intervención para comparar los dos resultados y conocer el efecto de la intervención de enfermería en las primigestas adolescentes.

PERSONAS

El tamaño de la muestra estará determinado mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia, se determinará invitando al 100% de las primigestas adolescentes que asistían a consulta de control prenatal en el Centro de Salud San Marcos de León.

- Criterios de inclusión:

Que tengan una edad entre 10 y 19 años.

Gestantes primigestas.

Estar cursando el primer trimestre de embarazo

Que firmen el consentimiento informado o en su caso sus padres, cónyuge o la persona encargada de ellas.

- Criterios de exclusión:

Embarazo con amenaza de aborto

- Criterios de eliminación:

Instrumentos contestados parcialmente o no contestados.

Embarazadas que renuncien a seguir con la investigación.

Embarazadas que por diferentes motivos no asistan al menos al 80% de las sesiones de la intervención educativa.

RESULTADOS

La edad de las participantes fluctúa entre los 14 y 19 años; el 6.3% corresponde a la

edad de 14 años con tan sólo una participante y el 25% corresponde a 19 años con un total de 4 participantes (Ver Tabla 1).

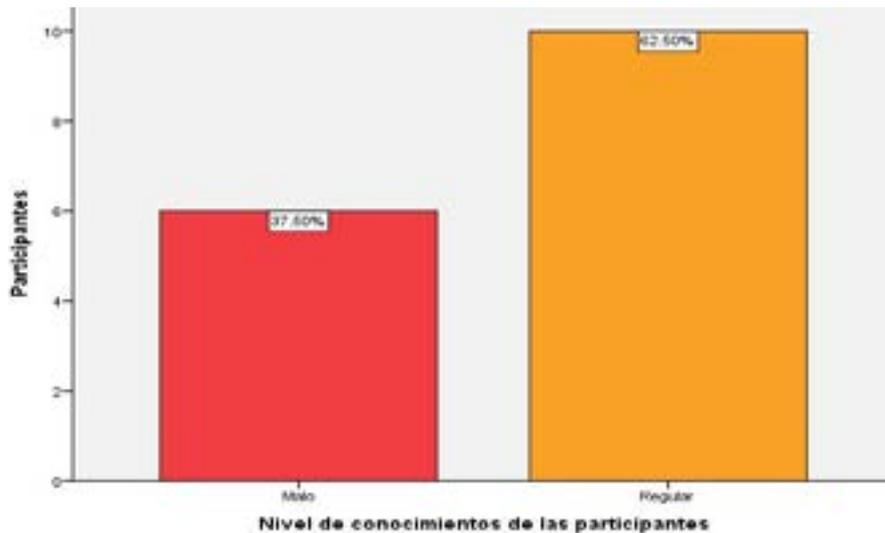
TABLA 1.
EDAD DE LAS PRIMIGESTAS ADOLESCENTES

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
14	1	6.3
15	3	18.8
16	2	12.5
17	3	18.8
18	3	18.8
19	4	25.0
Total	16	100.0

Fuente: Directa

n=16

FIGURA 1.
NIVEL DE CONOCIMIENTOS PRETEST



En relación con el nivel de conocimientos que tuvieron posterior a la estrategia educativa (postest) se observó una media de 33.00 y una desviación estándar de 3.44 con un mínimo de 25 aciertos y un máximo de 37 (Ver Tabla 1), lo que indica que el 100% de las participantes obtuvo un conocimiento bueno.

A través del pre-test de acuerdo con las preguntas realizadas antes de la aplicación de la intervención educativa se observó que el nivel de conocimiento que tenían las embarazadas con respecto al autocuidado presentaba una media de 18.25, con una desviación estándar de 4.53 con un mínimo de 14 aciertos y un máximo de 24. Lo que muestra que el 37.5% contaba con un conocimiento malo y un 62.5% con un conocimiento regular (Tabla 2, Figura 1)

TABLA 2.

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA PRE-INTERVENCIÓN

<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Malo	6	37.5
Regular	10	62.5

Fuente: Directa n = 16

FIGURA 2.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS POST-INTERVENCIÓN



En la Figura 2 se observa el cambio obtenido en las participantes después de la intervención en el cual los puntajes en el cuestionario aumentaron obteniendo todas las participantes un nivel de conocimiento bueno, comprobando así el aumento en el conocimiento de autocuidado en las primigestas adolescentes.

CONCLUSIONES

En conclusión, las participantes no contaban con la información necesaria sobre la importancia de practicar el autocuidado durante su embarazo, lo que indica que muchas de ellas deben estarse capacitando para llevar a cabo su autocuidado.

La aplicación de la intervención educativa fue efectiva dado que los resultados mostraron un aumento altamente significativo en el nivel de conocimientos de las participantes después de la intervención educativa.

Los resultados obtenidos permiten aceptar la hipótesis; por lo que la estrategia educativa de enfermería logra fortalecer el nivel de conocimientos de autocuidado en primigestas adolescentes que acuden a control prenatal en el Centro de Salud San Marcos de León. Así que es determinante para lograr cambios significativos en el nivel de conocimientos de autocuidado en el embarazo.

RECOMENDACIONES

- Otorgar educación acerca del autocuidado en las embarazadas, a través del apoyo y guía que le proporcione el personal de enfermería para lograr cambios de actitud y comportamientos que promuevan y conserven un óptimo estado de salud tanto en la gestante como en el bebé.
- Resaltar la efectividad de la intervención de enfermería utilizando el sistema de apoyo educativo como herramienta para fortalecer acciones de autocuidado en la gestante.
- Aplicar la intervención educativa realizada en otras instituciones dado que se ha demostrado su efectividad y se ha descrito la necesidad de la capacitación a las embarazadas.
- Realizar investigaciones similares en otros establecimientos de salud para identificar la práctica de autocuidado en las adolescentes embarazadas cuyos resultados permitan desarrollar programas de salud con estrategias educativas en relación a las conductas saludables y cuidados de las gestantes que involucre un equipo multidisciplinario.

REFERENCIAS

- Alfaro, N. (2013), «Proceso de atención de enfermería ginecobstétrica aplicado a una madre adolescente: un estudio de caso», en *Enfermería Actual de Costa Rica*, núm. 25, pp. 1-17. doi:<https://doi.org/10.15517/revenf.v0i25.11775>
- Andreu, R., & Sieber, S. (2000), «La gestión integral del conocimiento y del aprendizaje», en *Dialnet*, núm. 326, pp. 63-72.
- Ayavaca, L. B., & Camas, M. M. (2011), *Estrategia educativa sobre riesgos y complicaciones dirigida para adolescentes embarazadas atendidas en consulta externa prenatal del hospital «Vicente Corral Moscoso» cuenca* (Tesis para obtener título de Lic. en Enfermería). Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3644/1/Tesis%20de%20Pregrado.pdf>
- Barceló Martínez, M. (2016), *El embarazo en la adolescencia* (trabajo de fin de grado en Psicología). Obtenido de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3013/1/TFG%20Barcel%C3%B3%20Mart%C3%ADnez,%20Marina.pdf>
- Barriga, F. D., & Hernández, G. (2007), *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista* (2a, Trad.) México, Mc Graw Hill.
- Costa, M., & López, E. (1998), *Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida*, Madrid, Pirámide.
- Encuesta Intercensal (2015), Obtenido de INEGI: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/214>
- ENSANUT (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales*. Obtenido de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Formato siete (2017) (sinetiks.com) Obtenido de *Ocupa Veracruz el segundo lugar nacional en embarazos adolescentes*: <http://formato7.com/2017/01/30/ocupa-veracruz-segundo-lugar-nacional-embarazos-adolescentes/>
- Gómez, P. I. (1996), *Factores que se relacionan con la capacidad de autocuidado en embarazadas* (Tesis de Maestría), Universidad Autónoma de Nuevo León. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/6255>
- INEGI (2016), *Estadísticas a propósito del día internacional de la niña* (11 de octubre), México. Obtenido de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/ni%C3%B1a2016_0.pdf
- La Jornada (5 de mayo de 2015), *La Jornada en línea* (E. O. Alonso, Editor) Recuperado el 10 de junio de 2018, de <http://www.jornada.com.mx/2015/05/05/sociedad/029n2soc>
- La Jornada (6 de marzo de 2018), *La Jornada en línea* (Á. C. Martínez, Editor) Recuperado el junio10 de 2018, de <https://www.jornada.com.mx/2018/03/06/sociedad/034n2soc>

- Marriner, A., & Raile, M. (2007), «Teoría de déficit de autocuidado», En Modelos Y Teorías De Enfermería 6, 267-296.
- Martínez, E., Sánchez, M., & González, D. (2015), Promoción de prácticas de autocuidado durante el embarazo en la comunidad de Coatetelco, Municipio Miacatlán, Morelos.
- Medina Barragán, R. A., Medina Sánchez, M. J., Espericueta Medina, M., Vázquez Arámbula, I. J., & Moya García, M. R. (2012), «Intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado en embarazadas», en Waxapa, núm. 2(7).
- OMS (2018), Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud (2017), Desarrollo en la adolescencia. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Raile Alligood, M., & Marrier Tomey, A. (2011), Modelos y teorías en enfermería (7a ed.). España, Elsevier.
- Routi, M., & Routi, A. (1992), «Sexualidad y embarazo en adolescentes», en Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud, pp. 80-120.
- Ruoti, A. (1994), «Patología obstétrica en la adolescente embarazada / Obstetric patología in pregnant adolescent», en Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia Ginecología e Infantil y de la Adolescencia, núm. 1(2).
- Sidani Souraya; Braden, C. J. (2011), Diseño, Evaluación, y Traducción de las Intervenciones, Primera Edición. © John Wiley and Sons, Inc. Publicado 2011by John Wiley and Sons, Inc.
- Villanueva, L. A., Contreras, A. K., Pichardo, M., & Rosales, J. (2008), «Perfil epidemiológico del parto prematuro», en Ginecol Obstet Mex, núm. 9, pp. 542-548.
- Zambrano, G. E. (2008), «Práctica de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes», en Revista Ciencia y Cuidado, núm. 5(1), pp. 61-73.

ARTICULACIÓN DE LA TEORÍA DE REPRESENTACIONES SOCIALES Y LA TEORÍA DEL ROL MATERNAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VANESA JIMÉNEZ ARROYO¹

YESICA YOLANDA RANGEL FLORES

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

RESUMEN

En el presente trabajo se visibiliza la importancia de la articulación de una teoría social y una teoría de enfermería en un estudio cualitativo que versó respecto al embarazo en adolescentes. **Objetivo.** Analizar cómo son las representaciones sociales en vinculación con la teoría del Rol maternal de Ramona T. Merce respecto a las maternidades tempranas en un grupo de adolescentes embarazadas en Morelia, Michoacán; México. **Material y métodos.** Estudio cualitativo con enfoque en representaciones sociales en vinculación con la Teoría de enfermería del Rol maternal de Ramona T. Mercer. Mediante muestreo intencional, con 13 adolescentes, primigestas. La información se recuperó a partir de entrevistas semiestructuradas e historias de vida, las cuales fueron grabadas en audio previo consentimiento, el análisis se realizó mediante análisis crítico de discurso. **Resultados.** La imagen que prevalece sobre la maternidad genera temor, incertidumbre y culpa; sin embargo, también se contempla como una condición que da sentido a la vida de aquellas que antes del embarazo ya habían visto truncado su proyecto de vida. **Conclusiones.** La articulación de la teoría del rol maternal y la teoría de representaciones sociales permite el conocimiento social desde los sistemas de cuidado que se pueden brindar a las adolescentes embarazadas. Además, se evidenció que, aunque la maternidad pueda aceptarse en el marco de culpa y sacrificio que prevalece en el contexto patriarcal, el hecho de vivir con la pareja se vislumbra como no deseable, por asociarle con violencia y pérdida de autonomía. Derivado de la investigación se realiza

1 Correo de contacto: vanesa.jimenez@umich.mx

diseño, implementación y monitoreo permanente de un programa individual de acompañamiento y empoderamiento del adolescente liderado por personal de enfermería que posee entrenamiento para interactuar con empatía y estricto respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: Vinculación, teoría, adolescentes

ABSTRACT

In the present, the importance of the articulation of a social theory and a nursing theory is made visible in a qualitative study that dealt with teenage pregnancy. **Objective.** To analyze how social representations are in connection with Ramona T. Merce's theory of the Maternal Role regarding early maternity in a group of pregnant adolescents in Morelia, Michoacán; Mexico. **Material and methods.** Qualitative study with a focus on social representations in connection with the Nursing Theory of the Maternal Role of Ramona T. Mercer. Through intentional sampling, with 13 adolescents, primiparous. The information was recovered from semi-structured interviews and life stories, which were audio recorded with prior consent, the analysis was performed through critical discourse analysis. **Results.** The prevailing image of motherhood generates fear, uncertainty and guilt; However, it is also seen as a condition that gives meaning to the life of those who, before pregnancy, have already seen their life project truncated. **Conclusions.** The articulation of the theory of the maternal role and the theory of social representations allows social knowledge from the care systems that can be provided to pregnant adolescents. In addition, it was evidenced that, although motherhood can be accepted within the framework of guilt and sacrifice that prevails in the patriarchal context, the fact of living with the partner is seen as undesirable, as it is associated with violence and loss of autonomy. As a result of the research, the design, implementation and permanent monitoring of an individual program of accompaniment and empowerment of the adolescent led by nursing personnel who has training to interact with empathy and strict respect for sexual and reproductive rights is carried out.

Keywords: Bonding, theory, adolescents

INTRODUCCIÓN

La importancia de la articulación de una teoría social y una teoría de enferme-

ría al rededor del embarazo en adolescentes, debe darse mediante un estudio cualitativo. La utilidad desde un enfoque social implica dos aspectos: el uso del conocimiento, el cual es por definición un proceso socialmente constituido, y el significado que atribuyen, de manera cooperativa, competitiva, homogénea o heterogénea diferentes agentes sociales (Hacking, 2001). La utilidad del presente desde su concepto socialmente construido implica dos tipos de relaciones, la relación que se tiene desde las perspectivas del cuidado de enfermería y los escenarios sociales en donde se aceptan, rechazan, reconversan, transfieren o traducen información los actores sociales o sujetos de investigación. Ahora bien, las teorías de enfermería permiten explicar y comprender las prácticas del cuidado profesional para examinar, organizar, analizar e interpretar los datos de las personas además de que permite compartir el lenguaje común en el gremio mientras que las teorías de índole social permiten auscultar la realidad de los fenómenos humanos y sociales ampliando los horizontes de comprensión y reestructurando el sentido que se le ha otorgado al ser humano y sus prácticas. En relación a la idea anterior, la funcionalidad del conocimiento respecto al embarazo adolescente permitió a través de la articulación de la teoría del rol maternal y la teoría de representaciones sociales conocer la información, las actitudes y el campo de representación de las categorías y subcategorías respecto al fenómeno de estudio a la vez que la teoría de rol maternal permitió identificar éstas desde el microsistema analizando el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, el mesosistema que refiere las influencia socio política y cultural así como el macro sistema relacionado a los contextos de información por medios de comunicación, sector salud y políticas públicas. Por consiguiente, se presenta un panorama de la teoría de las representaciones sociales, la teoría de rol maternal, el método de análisis de los datos y los resultados generados.

DESARROLLO

La teoría de representaciones sociales surge en los inicios de la década del sesenta del siglo pasado, esta teoría estaba dirigida a las personas preocupadas por entender la naturaleza del pensamiento social (Jaramillo, 2012).

En este sentido se comprende que las RS constituyen una unidad funcional estructurada, están integradas por formaciones subjetivas tales como: opiniones, actitudes, creencias, imágenes, valores, informaciones y conocimientos mismos que se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia

el objeto, la información sobre ese objeto y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos (Alfonso, 2014).

Las representaciones sociales se enfocan en el conocimiento social, y por eso los procesos de memoria, percepción, obtención de información y de disonancia trabajan juntos para proporcionar el conocimiento real dentro de un contexto social. Este proceso va más allá de estos límites y comprende valores, historias, mitos, convenciones y símbolos que se adquieren a través de la experiencia directa, principalmente de las relaciones con el grupo de amigos y amigas, familia, escuela, organizaciones, grupos religiosos, iglesias o medios de comunicación (Vergara, 2008).

Dicho de otro modo, las personas se relacionan con su realidad a través de las imágenes que les han sido comunicadas sobre la manera en que funciona el mundo, de esta forma, cuando hace referencia a los objetos sociales, los clasifican, explican y evalúan desde las imágenes de ellos con los que han sido formados. Es necesario clarificar que las RS implican tanto lo que se conoce, lo que se cree y lo que se hace, en este sentido, este conocimiento «de sentido común» les posibilita no sólo conocer el mundo, también interpretarlo y actuar en el mismo (Araya, 2008).

Para comprender la constitución social de la conducta de la adolescente primigesta es necesario abordar el estudio de ésta como ser integral en un proceso de construcción de ideas, valores, creencias, modelos, entre otros.

Implica comprender el fenómeno interno de la joven desde la especificidad de su subjetividad que se constituye y reconstruye a partir de la red de códigos simbólicos que conforman la cultura en la cual operan de manera predominante el lenguaje y el proceso de significación, y por otra parte, sus formas de comportamiento a partir de su interacción en un mundo social conformado por normas, valores, creencias así como representantes de diversas instituciones y discursos de los mismos en torno a la maternidad (Zizek, 2002).

Para lo anterior, se articuló la teoría de representaciones sociales con la teoría del rol maternal de Ramona T. Mercer, quien en los inicios de sus investigaciones se centraba en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto y madres de niños con discapacidades.

Uno de los componentes más importantes de Ramona Mercer se centra en el estudio de las relaciones familiares, el estrés preparto en las relaciones familiares y el rol maternal y las madres de diferentes edades.

El modelo de la adopción del rol maternal de Mercer se sitúa en los círculos

concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, el mesosistema y el macrosistema (Bronfenbrenner, 1979).

- El entorno donde se produce la adopción del rol maternal es el microsistema, es la parte más influyente derivado de las interacciones con el padre, la madre y el niño (Mercer, 1995).
- El mesosistema agrupa, influye y delimita el microsistema e incluye a la familia, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades que se encuentren en la comunidad más inmediata de la madre. El exosistema, un término utilizado en el primer modelo de Mercer, es una ampliación del mesosistema y se define como las interrelaciones de dos o más ambientes o subsistemas que influyen en la madre más indirectamente (Mercer, 1981).
- El macrosistema hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema (Mercer, 1995).

Dentro de este marco señala además los estadios de la adquisición del rol maternal los cuales son anticipación, etapa formal e informal y personal (Mercer,1995).

El modelo de adopción del rol maternal y sus sistemas permite el análisis de la información de investigaciones naturalistas ya que como método inductivo permite un mayor desglose y explicación de los estudios de las adolescentes embarazadas apoyadas en este caso con la teoría social de representaciones sociales.

MÉTODO

Se realizó un muestreo intencional intensivo, 13 adolescentes embarazadas con rangos de edad entre los 15-19 años, cursaban con la experiencia de su primera gesta y tener un mínimo de 20 semanas de gestación que acudieron al Módulo No. 1 de la Secretaría de Salud de Michoacán, que se encuentra ubicado en la zona centro de la ciudad de Morelia.

Es a partir del grupo anteriormente señalado que se realizó la invitación a participar en el estudio a las adolescentes, una vez que ellas aceptaban y firmaban el asentimiento informado se solicitaba datos de los padres y/o tutores de la adoles-

cente para solicitar el consentimiento para que éstas participaran en el estudio. Sólo con la aprobación de padres y los asentimientos de las jóvenes se llevaban a cabo las entrevistas individuales.

Las participantes se contactaron a partir del grupo de adolescentes que acude a pláticas semanales a dicha área con la finalidad de orientarlas respecto a diversos temas de salud durante el embarazo.

La información se recuperó a partir de entrevistas semiestructuradas e historias de vida, las cuales fueron grabadas en audio previo consentimiento, el análisis se realizó mediante análisis crítico de discurso.

Las entrevistas semiestructuradas estaban integradas en dos apartados, uno referente al relato de vida biográfico (vida prenatal, infancia y adolescencia), la otra, profundizaba en las tres dimensiones que integran las representaciones sociales.

El relato de vida biográfico centró la atención en identificar y rastrear discursos y prácticas específicas en torno a la sexualidad y específicamente de la maternidad temprana en estas jóvenes, estos datos permitieron el análisis respecto a la conformación del rol de maternidad desde el contexto familiar, en el segundo apartado de la entrevista se abordaron las dimensiones de las representaciones sociales (conocimientos, creencias y actitud en torno a la maternidad adolescente); se trató de obtener una comprensión más profunda de lo que se ha estudiado (Taylor, 2000), se llevó a cabo la metodología de Krueger de forma tradicional acorde a los primeros cuatro pasos (Álvarez, 2012).

En un primer momento se realizaron las entrevistas semiestructuradas, grabadas por audio y se realizó el análisis de contenido posterior a ello se llevó a cabo la captura, organización y manejo de la información (entrevistas semiestructuradas a adolescentes embarazadas) complementándola con el diario del informante y las notas de campo obtenidas por la investigadora.

Para el tercer momento se codificó la información de acuerdo a las categorías y subcategorías principales de cada una de las tres dimensiones de las representaciones sociales (conocimiento, creencia y actitud); estas dimensiones fueron analizadas a partir del modelo de adopción de Ramona T. Mercer quien se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema y, por último, se realizó codificación abierta y axial.

RESULTADOS

Se realizó el análisis de contenido de la información obtenida mediante la lectura de cada una de las 13 entrevistas realizadas y transcritas por la investigadora. Dicha lectura fue realizada línea por línea con la finalidad de identificar las categorías emergentes, posteriormente se procedió al análisis respecto a la pertinencia y suficiencia de las categorías y subcategorías de tal manera que algunos se modificaron y/o fortalecieron.

Las categorías y subcategorías fueron clasificadas conforme a las dimensiones de las representaciones sociales que son: información, actitudes y campo de representación; estas dimensiones fueron analizadas a partir del modelo de adopción de Ramona T. Mercer quien se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner.

Se obtuvo el campo de representación con las categorías de violencia, esperanza de una nueva oportunidad, renunciadas, espera temida, espera anhelada, abandono y negación de autonomía. Las categorías de las actitudes fueron autodeterminación, incredulidad, miedo, culpa, resistencias, confrontación, aislamiento y autodeterminación y por último para las categorías de dimensión de información se obtuvo el sentido de vida, contexto de sometimiento y control, riesgos para la salud y la vida, consecuencias, fin de proyecto de vida y destino ineludible.

Características sociodemográficas de las participantes

El promedio de edad de las informantes fue de 17, secundaria completa (30.4%) y preparatoria incompleta (15.2%). La totalidad de las informantes se dedicaban al trabajo del hogar, 77% no mantenían relación con el padre de sus hijos, el 7.7% vivía con su pareja y 15.4% mantenía una relación de noviazgo con el padre de sus hijos.

Caracterización de los procesos sexuales y reproductivos de las jóvenes informantes

Respecto al inicio de vida sexual activa se reportó con un promedio de 15.9 años, el promedio de parejas sexuales fue de 2.6, el 77% refirió no haber utilizado ningún método de anticoncepción y el 92.3% refirió sus embarazos como no planeados ni deseados.

Dimensiones de las representaciones de la maternidad temprana en adolescentes

En lo que respecta a la información acerca de la maternidad temprana, se identificó como un contexto de sometimiento y control, riesgo para la salud y la vida, es decir, éste se instituye a manera de miedo y no de agencia, dicho de otro modo,

se teme, pero en este contexto de «miedo a» no se desarrollan competencias para cuidar de manera más efectivas sus embarazos.

También es concebido como el final de proyecto de vida, así como proceso violentado y caracterizado por soledad, además de que la maternidad la perciben como un destino ineludible que a la vez le genera un sentido de vida y una oportunidad para reconducir su camino.

Respecto a las actitudes se señalaron afrontamiento a la situación, en un primer momento la noticia del embarazo fue de incredulidad, posterior a la aceptación del mismo se configuró como miedo al percibir la muerte al momento del parto y se identificó el sentimiento de culpa al romper las expectativas de los demás respecto a la idea de seguir estudiado o conformar una familia en el contexto tradicional, asimismo, surge la resistencia a suspender el proyecto profesional.

La maternidad conlleva a la confrontación del deseo de la joven respecto a cómo llevar y asumir este proceso y el deseo de la familia o pareja respecto a cómo «debe» de afrontar la maternidad y esto la coloca en un estadio de crisis emocional donde se hace presente la autodeterminación respecto a la búsqueda de estabilidad emocional para llevar su embarazo, por lo que decide alejarse temporalmente de estos actores.

Además, la maternidad en el contexto social es celebrado y aceptado por la familia del varón, existe temerización de los prestadores de servicios de la salud a decir de las adolescentes por el trato con el que se dirigen a ellas desde la comunicación verbal o no verbal.

Una vez que ha asumido el embarazo, este se configura como un sentido de pertenencia donde permanece el deseo de una maternidad sola y con independencia de la figura del padre, bajo el convencimiento de que se puede ser una buena madre una vez que nazca su hijo, asumen de forma inconsciente la idea de superación como buenas madres en donde reencausan su afecto y motivo de vida en sus hijos, reconociendo encubierta o abiertamente la posibilidad de que ellos lleguen a ser lo que ellas «no serán», sentimiento inconsciente generador de un futuro de probables frustraciones madre-hijo.

CONCLUSIONES

La articulación de la teoría del rol maternal y la teoría de representaciones sociales permite el conocimiento desde los actores que vivencian el fenómeno, en este caso las adolescentes embarazadas, quienes refrieron que la maternidad se configura en el marco de culpa y sacrificio que prevalece en el contexto patriarcal y el hecho

de vivir con la pareja se vislumbra como no deseable por asociarle con violencia y pérdida de autonomía.

A la par de lo anterior, las jóvenes identifican la maternidad como una experiencia en la que las mujeres-madres deben someterse a diversas estrategias de control por parte de sus parejas y la paternidad aparece como una experiencia deseable para los varones referidas a partir del análisis de las conductas de micro machismos ejercidas por parte del varón hacia la mujer desde el noviazgo e invisibilizadas por las adolescentes.

REFERENCIAS

- Alfonso I. (2006), La Teoría de las Representaciones Sociales, *Psicología Online* [Revista en línea] Disponible en http://www.psicologiaonline.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml
- Álvarez GJL. (2012), *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*, 1a ed, México, Paidós Ibérica.
- Araya S. (2002), «Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión», en *Cuaderno de Ciencias Sociales*, Costa Rica, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Bronfenbrenner, U. (1979), *The ecology of human development: Experiment by nature and design*, EU, Harvard University.
- Jaramillo, I. (2012), «Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes de discurso. Una aproximación conceptual a partir del análisis crítico del discurso», en *Entramado*; núm. 8(2), pp. 124-136.
- Marriner-Tomey, A. y Alligood, M.R. (1994), *Modelos y teorías en enfermería*, 6 ed, España, Mosby.
- Mercer R.T. (1992), «Focus on psychometrics aggregating family data», en *Nurs Health*, núm. 15(4), pp. 313-317.
- Mercer, R.T. (1977), *Nursing care for parents at risk*, Thorofare, EU, Charles B. Slack.
- Mercer, R.T. (1979), *Perspectives health care. on adolescent*, Philadelphia, EU, J.B. Lippincott.
- Mercer, R.T. (1981), «A theoretical framework for studying the factors that impact on the maternal role», en *Nurs Res*; núm. 30, pp. 73-77.
- Mercer, R.T. (1981), *The cesarean experience*, New York, EU, Appleton-Century-Crofts.
- Mercer, R.T. (1984), «Nursing research: The bridge to excellence in practice», en *Image J Nurs Sch*, núm. 16(2), pp. 47-51.
- Mercer, R.T. (1985), «The process of maternal rol attainment over the first years», en *Nurs Res*, núm. 34(4), pp. 198-203.

- Mercer, R.T. (1986), *First time motherhood: Experiences from teens to forties*, New York, EU, Springer.
- Mercer, R.T. (1986), «The relationship of developmental variables to maternal behavior», en *Res Nurs Health*, núm. 9(1), pp. 25-33.
- Mercer, R.T. (1995), *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York, EU, Springer.
- Taylor, S.J. y Bogdan R. (2009), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados, 1a ed, España, Paidós.
- Vergara, M.C. (2008), «La naturaleza de las Representaciones Sociales», en *Revista Latinoamericana de Ciencias Socibales*, núm. 6(1), pp. 55-80.
- Zizek S. (1992), *El sublime objeto de la ideología*, Londres, Siglo XXI.

LACTANCIA MATERNA COMO MÉTODO ANALGÉSICO EN NEONATOS PUNCIÓNADOS PARA INMUNIZACIONES EN UN HOSPITAL DE ZACATECAS

MA. GUADALUPE GALLEGOS ACEVEDO¹
ALEJANDRA GUADALUPE RODRÍGUEZ SALCEDO
KARLA MARCELA SANDOVAL TACHIQUÍN
ISMARI SARAHI TORRES FÉLIX
LUIS JAVIER ESAÚ ALVARADO FÉLIX

Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas

RESUMEN

Los recién nacidos reciben repetidamente procedimientos dolorosos; la literatura menciona que en una semana 580 neonatos recibieron más de 17,500 procedimientos dolorosos, entre 46 y 57% de ellos, no se acompañaron de algún tipo de analgesia, aun cuando es sabido que las intervenciones no farmacológicas para la reducción del dolor en procedimientos menores son el contacto piel a piel, succión no nutritiva y la administración de glucosa o sacarosa, por ello, el objetivo del presente estudio fue identificar el efecto analgésico de la lactancia materna en 590 neonatos sometidos a punción para inmunizaciones, de los cuales a 235 se les proporcionó lactancia materna previamente y 355 no; se utilizó un diseño descriptivo, comparativo entre grupos y un muestreo probabilístico, aleatorio simple, obteniendo la muestra del grupo experimental según la fórmula para el cálculo de muestra de poblaciones finitas, aplicando la escala de Confort Neonatal para evaluar el dolor. Se encontró que 55.1% de los niños que recibieron lactancia materna antes de la punción, mantienen un nivel de dolor leve y 16.5% no presenta dolor durante el procedimiento; mientras que 59% de los niños no amamantados previamente, presentan un nivel de dolor intenso y 38% moderado ($\chi^2 = 136, p = .000$). No se encontró diferencia estadística entre el nivel de dolor y las semanas de gestación del neonato ($p = .648$), ni según la edad de la madre ($p = .238$) en ninguno de los gru-

1 Correo de contacto: lupitauzuae@gmail.com

pos. Es posible concluir que el nivel de dolor experimentado por el neonato que recibe lactancia materna antes de la punción para inmunizaciones es menor, que el de los no amamantados. La lactancia materna es un método que reduce el nivel de dolor en neonatos sometidos a punciones, es un método económico y al alcance de la mayoría de los neonatos que necesariamente deben recibir al menos una punción para ser inmunizados.

Palabras Clave: Lactancia, Dolor, Inmunizaciones.

ABSTRACT

Newborns repeatedly receive painful procedures; The literature mentions that in one week 580 infants received more than 17,500 painful procedures, between 46 and 57% of them, were not accompanied by some type of analgesia, even though it is known that non-pharmacological interventions for pain reduction in minor procedures are the skin-to-skin contact, non-nutritive suction and the administration of glucose or sucrose, therefore, the objective of the present study was: to identify the analgesic effect of breastfeeding in 590 infants undergoing puncture for immunizations, of which 235 they were previously breastfed and 355 not; a descriptive, comparative design between groups and a simple random, probabilistic sampling was used, obtaining the sample of the experimental group according to the formula for the calculation of finite population sample, applying the Neonatal Comfort scale to assess pain. It was found that 55.1% of children who received breastfeeding before puncture maintain a mild level of pain and 16.5% have no pain during the procedure; while 59% of children not previously breastfed, have a moderate level of pain and 38% moderate ($\chi^2=136$, $p=.000$). No statistical difference was found between the level of pain and the weeks of gestation of the newborn ($p=.648$), nor according to the age of the mother ($p=.238$) in any of the groups. It is possible to conclude that the level of pain experienced by the newborn receiving breastfeeding before the puncture for immunizations is lower than that of the non-breastfed. Breastfeeding is a method that reduces the level of pain in infants undergoing punctures, it is an economical method and within the reach of most infants who must necessarily receive at least one puncture to be immunized.

Keywords: Lactation, Pain, Immunizations.

INTRODUCCIÓN

Entre las intervenciones clínicas propuestas por su efecto analgésico se encuentra el inducido por el amamantamiento en el lactante. Su mecanismo analgésico no es completamente conocido, aunque puede tener un origen multifactorial, en el que se interrelacionan aspectos de la contención, el tacto, el contacto con la piel, la estimulación de la succión y el gusto azucarado, junto con la distracción y la inducción hormonal (Hernández, 2015), ya que los recién nacidos son objeto de manera repetida a procedimientos dolorosos, un estudio canadiense informó que durante una semana 580 neonatos recibieron más de 17,500 procedimientos dolorosos, y entre el 46 a 57% de las intervenciones no fueron acompañados de ningún tipo de analgesia.

Hoy en día las intervenciones no farmacológicas para la reducción del dolor en procedimientos menores son el contacto piel a piel, succión no nutritiva y la administración de sabores dulces, como glucosa o sacarosa. Estas intervenciones son fáciles de usar y tienen pocos efectos adversos asociados (Anido Duro, 2015).

Con respecto al dolor, se ha reconocido que los neonatos expuestos a repetidos procedimientos (venopunciones, punciones capilares y aplicación subcutánea o intramuscular de medicamentos) en las primeras horas de vida, aprenden a anticipar el dolor y presentan respuestas más intensas durante estos procedimientos en comparación a los neonatos no expuestos a los mismos.

Mientras que en lactantes cuando no se les brinda algún tratamiento para el dolor, pueden ocurrir efectos a largo plazo, como alteraciones en el desarrollo cognoscitivo, incluyendo memoria y lectura, así como aumento de la somatización, ansiedad, e hipersensibilidad en futuros procedimientos dolorosos. Específicamente, para el manejo del dolor en la aplicación de vacunas, el uso de fármacos es poco recomendado, prefiriéndose intervenciones no farmacológicas puesto que los efectos adversos son casi nulos (Zurita-Cruz, 2017).

Por otra parte, en la literatura se reportan intervenciones exitosas, en la disminución del dolor de lactantes y recién nacidos, al realizar el apego al seno materno; las medidas que se han mostrado efectivas en la disminución del dolor han sido las siguientes, como primera opción amamantar antes, durante y después de la aplicación del proceso sanitario doloroso y como segunda opción, la administración de glucosa o soluciones azucaradas (Rojo, 2017). En un meta análisis donde se buscó evaluar la efectividad y la aplicación de la Tetanalgesia (Apego al seno materno) en el dolor del neonato, se encontró que la tetanalgesia resulta efectiva para la

disminución del dolor neonatal en los procedimientos menores, sin embargo, los profesionales sanitarios perciben una falta de conocimientos y experiencia, por lo que se requiere una mayor formación basada en la evidencia científica para que puedan actuar acorde a ello (Umbert, 2016).

Es por esto que surge la necesidad de evaluar el efecto analgésico de la lactancia materna, al puncionar al neonato para la aplicación de los dos primeros biológicos que se aplican antes de que el neonato sano sea dado de alta con su madre, de los servicios de maternidad o estancia conjunta madre hijo, para poder instalar estrategias que favorecen la cultura analgésica en el neonato.

DESARROLLO

El dolor ha sido definido como toda experiencia sensorial y emocional no placentera que está asociada con daño tisular, o descrita como si lo hubiera, dicho daño es motivado por la puesta en marcha de mecanismos hormonales diversos, así como por un aumento del grado de estrés oxidativo.

Ahora sabemos que las estructuras anatómicas, fisiológicas y neuroquímicas que transmiten el dolor se encuentran desarrolladas antes del nacimiento. A corto plazo, el recién nacido, tras sufrir un estímulo doloroso, puede experimentar un aumento del catabolismo, del consumo de oxígeno, de la frecuencia cardíaca, respiratoria y de la tensión arterial. A largo plazo, algunos estudios sugieren que el dolor que se experimenta en las primeras etapas de la vida puede exagerar la respuesta afectiva-funcional frente a posteriores estímulos o experiencias dolorosas (Narbona-López, Contreras-Chova, García-Iglesias y Miras-Baldo, 2008).

La lactancia materna es la forma de nutrición natural del lactante y sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas son conocidas. La leche materna es el alimento óptimo para el lactante y su composición es la ideal para un mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 4 a 6 meses de vida. La OMS estima que el niño sano de 3 meses de edad necesita aproximadamente 850 ml de leche al día, y que el lactante de 5 a 6 meses necesita más de 1100 ml de leche al día. También precisan de 115 a 120 kcal/kg/día respectivamente, para cubrir necesidades energéticas (Miranda, 2016).

La lactancia materna debe ser la primera opción para aliviar el dolor debido a procedimientos en los recién nacidos que se someten a un único procedimiento doloroso. Se considera un método combinado de analgesia no farmacológica pues incluye el tener al bebé en brazos en contacto piel con piel con su madre, lo cual

lo tranquiliza al sentir su olor corporal y el latir de su corazón, además se nutre de la leche de sabor dulce mientras se distrae succionando. Este método utilizado antes, durante y después de un procedimiento doloroso puede reducir tanto el llanto como la expresión de dolor. El efecto analgésico se obtiene por la presencia de triptófano en la leche, precursor de la melatonina, que aumenta la concentración de beta-endorfinas en la sangre (Miranda, 2016).

La lactancia materna durante los procedimientos consiste en aprovechar el efecto analgésico y de alivio que supone el amamantamiento antes, durante y después de las inyecciones vacunales. Es un sistema cómodo y eficaz, que aprovecha la suma de la succión, la ingestión de una sustancia dulce (la leche humana lo es), la distracción y el abrazo materno y, quizás también, la presencia de algunas sustancias con propiedades analgésicas, contenidas en la propia leche materna.

El efecto aparente es mayor cuanto menor es la edad del lactante, pero siempre es una opción útil y segura (García-Sánchez, Merino-Moína, García-Vera, Lacarta-García, Carbonell-Muñoz y Pina-Marqués, 2015). Por lo que, el propósito del presente estudio es identificar el efecto analgésico de la lactancia materna en neonatos sometidos a punción para inmunizaciones.

MÉTODO

El presente estudio tiene un diseño descriptivo comparativo entre dos grupos: el experimental, constituido por los neonatos que se les amamanta antes de la punción, y el grupo control, constituido por los neonatos que no se les amamanta, sólo se les puncionó.

La población se integró por 590 neonatos sanos en sus primeras 24 horas de vida, que se encontraban hospitalizados junto a sus madres, en el servicio de estancia conjunta en un hospital público de la ciudad de Zacatecas, a quienes se les realizaron punciones para inmunizarlos, según el inicio del esquema nacional de vacunación, cuyas madres aceptan y firman el consentimiento informado de esta investigación.

El muestreo realizado es de tipo probabilístico, aleatorio simple. La muestra se obtiene utilizando la fórmula para el cálculo de muestra de poblaciones finitas, que indicó una muestra de 235 neonatos para el grupo experimental y 355 neonatos para el grupo control.

El instrumento utilizado es la Escala de Confort Neonatal (Narbona-López, *et al.*, 2008) validada mediante un estudio aleatorizado en 1996, con adecuada con-

sistencia interna (α de Crombach= .863) para su escala global, para evaluar el dolor de acuerdo a los siguientes signos físicos y conductuales: alerta, agitación, llanto, movimientos físicos, tono y tensión facial, con escala tipo Likert que va desde 1 (que es el menor nivel) hasta 5 (que es el máximo nivel), con puntos de corte donde de 0 a 6= sin dolor, 7-13= dolor leve, 14-19=dolor moderado y 20 o más= dolor intenso, en la prueba piloto del presente estudio se obtuvo un α de Crombach= .791.

El presente estudio fue realizado con base a lo dictaminado por la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, así como por el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, vigente en la última reforma publicada en 2014 (Secretaría de Salud de México, 2014).

Para la recolección de datos, previa autorización, se acudió al servicio correspondiente, se abordó a la madre que tenía un neonato sano, se explicó en qué consistía el estudio y se pidió su colaboración, firmando el consentimiento informado, a cada madre de los neonatos del grupo experimental, se indicó dar el seno materno a su hijo, 120 segundos antes de la punción para inmunización, una vez terminado el procedimiento, se realizó la evaluación del nivel de dolor al aplicar el instrumento. En el grupo control, se hizo el mismo procedimiento, excepto que no se dio el seno materno al neonato, al terminar se dejó al binomio cómodo y se despide agradecidos.

Los datos de la presente investigación fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS versión 21 en español. Para la descripción de la población se utilizó estadística descriptiva: f y % para las variables categóricas y medidas de tendencia central para las variables continuas. Para la validación del instrumento se utilizó la prueba Alpha de Crombach. Para el uso de estadística inferencial, se realizan índices de 0 -100 de la escala de Confort y así poder catalogar el nivel de dolor; se corrió la prueba de normalidad Kolmorov-Sminouv, al haber normalidad en los datos, fue aplicada estadística paramétrica, como la prueba de t para dar respuesta a los objetivos de estudio.

RESULTADOS

La población de estudio se caracteriza por ser recién nacidos varones en 57.9% de los casos, con 38.4 semanas de gestación en promedio (LI=35, LS=42), 56.6% hijos de mujeres solteras, con un promedio para la edad de 25 años (LI=12, LS=41),

85.5% de ellas mencionaron no tener dificultad para ofrecer lactancia materna a sus hijos.

TABLA 1
NIVEL DE DOLOR EN NEONATOS SOMETIDOS A PUNCIÓN PARA INMUNIZACIÓN
DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL

Grupo	<i>n</i>	<i>Nivel de dolor</i>	<i>f</i>	%	X ²	<i>Valor p</i>
Experimental (con lactancia materna)	127	Sin dolor	21	16.50	136	.001
		Dolor leve	70	55.10		
		Dolor moderado	34	26.80		
		Dolor intenso	2	1.60		
Control (sin lactancia materna)	108	Sin dolor	0	0.00		
		Dolor leve	3	2.80		
		Dolor moderado	41	38.00		
		Dolor intenso	64	59.03		

NOTA: Los datos fueron obtenidos de la Escala de Confort Neonatal; donde: *n*= muestra, *f* = frecuencia, % = proporción, X² = Chi cuadrada y *Valor p*= significancia estadística

En la tabla anterior se muestra que 55.1% de los niños que recibieron lactancia materna antes de la punción para ser inmunizados, mantienen un nivel de dolor leve y que 16.5% de los participantes, no presentan dolor durante el procedimiento; mientras 59% de los niños que no fueron amamantados previamente, presentan un nivel de dolor intenso y 38% moderado (X²=136, *p*=.001).

Por otra parte, no se encontró diferencia estadística entre el nivel de dolor según las semanas de gestación del neonato (*p*=.648), ni según la edad de la madre (*p*=.238), es decir, la lactancia materna tiene el mismo efecto entre los niños de cualquier edad gestacional, y no se presenta variación del efecto analgésico en niños amamantados por madres jóvenes o con experiencia por la edad, que pudiera influir en la lactancia del neonato, en ninguno de los grupos.

CONCLUSIONES

Es posible concluir que, el nivel de dolor experimentado por los neonatos de la muestra que recibe lactancia materna antes de la punción para inmunizaciones es menor que el de los neonatos participantes que no son amamantados (X²=136, *p*=.001).

Por tanto, la lactancia materna es un método que reduce el nivel de dolor en los neonatos de esta muestra, que fueron sometidos a punciones para inmunización intradérmica e intramuscular profunda.

Algo muy importante es que la lactancia materna es un método económico y al alcance de la mayoría de los neonatos, que necesariamente deben recibir al menos dos punciones para ser inmunizados en el inicio del esquema de vacunación de nuestro país.

Es importante mencionar que un alto porcentaje de los neonatos amamantados sufrieron un nivel de dolor leve (55.1%) o no hubo cambios en el confort por lo que no tuvieron dolor (16.5%), lo que muestra que la lactancia materna es un buen método analgésico.

REFERENCIAS

- Anido Duro, I. A. F. (2015), Eficacia de la leche materna en la reducción del dolor en prematuros en procedimientos terapéuticos menores, una revisión de la literatura, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
- García-Sánchez N, Merino-Molina M, García-Vera C, Lacarta-García I, Carbonell-Muñoz L. y Pina-Marqués B. (2015), «Alivio del dolor y el estrés al vacunar», en *Pediatría Aten Primaria*.
- Hernández, A. D. (2015), «The effectiveness of dextrose and breastfeeding to relieve the pain in newborns», en *Revista de Ciencias Médicas*.
- Miranda, C. L. (2016), Ensayo clínico aleatorizado sobre tetanalgesia, Sevilla (España), Biblioteca Las casas.
- Narbona-López E., Contreras-Chova F., García-Iglesias F. y Miras-Baldo M. J. (2008), Manejo del dolor en el recién nacido, España, Asociación española de Pediatría. Recuperado de www.aeped.es/protocolos/.
- Royo, H. R. (2017), «Utilización de la lactancia materna como medida de analgesia no farmacológica en los procedimientos dolorosos en lactantes», en *Revista neurología científica, España*.
- Secretaría de Salud de México (2012), Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Recuperado de http://psicologia.posgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2016/12/NORMA_Oficial_Mexicana_NOM0_2_SSA3_2012.pdf.
- Secretaría de Salud de México (2014), Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación

el 6 de enero de 1987. Texto vigente en la última reforma publicada DOF 02-04-2014 Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios. Última Reforma DOF 02-04-2014 1 de 31. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.

Umbert, M. S. (2016), «Aplicación de la tetanalgesia y eficacia», en *Rev. Balarica*, España. Recuperado de www.aeped.es/protocolos/.spanols/spaña

Zurita-Cruz, J. N. (2017), «Lactancia materna para el control del dolor agudo en lactantes», en *Nutrición hospitalaria*.

FACTORES PARA EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES TRABAJADORAS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

GENOVEVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ¹

MIRIAM GÓMEZ ORTEGA

BÁRBARA DIMAS ALTAMIRANO

ANDREA GUADALUPE SÁNCHEZ ARIAS

CLAUDIA CONCEPCIÓN SANTANA GONZÁLEZ

Profesores de la Facultad de Enfermería

y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. Se ha observado que la incorporación a la actividad laboral es un factor que propicia el abandono de la lactancia materna. **Objetivo.** Determinar cuáles son los principales factores para el abandono de la lactancia materna en madres trabajadoras de una Institución de Salud. **Metodología.** Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, el universo se conforma por mujeres trabajadoras de una Institución de Salud, muestreo no probabilístico a disponibilidad del investigador, muestra integrada por 104 mujeres trabajadoras que aceptaron participar en la investigación. El instrumento que se utilizó para recabar la información consta de 20 ítems. **Resultados.** Factores principales para el abandono de la lactancia materna. Incorporación al trabajo 31%, No tener derecho a esa prestación 22%, No contar con espacio apropiado para la extracción de leche 17%, Problemas de pezón 5%, hospitalización de madre o hijo 9%, por estética 3%, rechazo del pecho 5%. El 75% consideró que su incorporación laboral afectó mucho en la lactancia materna, 20%

1Correo de contacto: genogg1601@hotmail.com

afectó poco y sólo el 5 % no afectó nada. **Conclusiones.** Los principales factores para el abandono de la lactancia materna en madres trabajadoras de una Institución de Salud, es la incorporación rápida a la vida laboral, así como la falta de un lugar apropiado para la extracción o amamantamiento durante la jornada laboral, el no tener derecho a la hora de lactancia materna por el tipo de contrato.

Palabras clave: Factores, lactancia, trabajo

ABSTRACT

Breastfeeding is the ideal way to provide young children with the nutrients they need for healthy growth and development. WHO recommends exclusive breastfeeding for six months, the introduction of age-appropriate and safe foods thereafter, and the maintenance of breastfeeding up to 2 years or more. It has been observed that incorporation into work activity is a factor that leads to the abandonment of breastfeeding. **Objective.** To determine the main factors for the abandonment of breastfeeding in working mothers of a Health Institution. **Methodology.** Study with a quantitative, descriptive, cross-sectional approach, the universe is made up of working women of a health institution, non-probabilistic sampling at the convenience of the researcher, a sample composed of 104 working women who agreed to participate in the research. The instrument that was used to collect the information consists of 20 items. **Results.** Main factors for the abandonment of breastfeeding. Incorporation into work 31%, Not having the right to that benefit 22%, Not having adequate space for the extraction of milk 17%, Nipple problems 5%, hospitalization of mother or child 9%, For aesthetics 3%, Rejection of the breast 5%. 75% considered that their labor incorporation affected a lot in breastfeeding, 20% affected little and only 5% did not affect anything. **Conclusions.** The main factors for the abandonment of breastfeeding in working mothers of a health institution, is the rapid incorporation into working life, as well as the lack of an appropriate place for extraction or breastfeeding during the working day, not be entitled to breastfeeding time for the type of contract.

Key words: factors, abandonment, breastfeeding

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna (LM) es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamen-

te todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más (OMS, 2019).

Tanto la OMS como la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) recomiendan iniciar el amamantamiento en la primera hora de vida, ya que se asocia a un aumento de las cifras de LM exclusiva y a mayor duración y éxito de la LM en los meses siguientes. Además, promulgan también mantener la LM exclusiva durante los seis primeros meses, la introducción de alimentos apropiados y seguros para la edad a partir de entonces y el mantenimiento de la LM hasta los dos años o más. Esta recomendación ha sido adoptada, igualmente, por la Asociación Española de Pediatría (AEPED) (Arias y Cabello, 2016).

Se ha encontrado que la principal causa del abandono de la LM referida por las mujeres fue la incorporación al trabajo (28,2%). Como se mencionó anteriormente, en nuestro país y en otros países latinoamericanos, como México y Argentina, se ha visto un alto índice de abandono de la lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras. El conocimiento de cómo almacenar y manejar apropiadamente la leche materna es esencial para el éxito de la lactancia materna. La orientación de las madres trabajadoras que practican la lactancia materna exclusiva, la creación de lactarios domiciliarios, será una manera de incentivar a las comunidades y crear conciencia de la importancia de este recurso (Núñez, Franco y Labrador, 2017).

Este creciente abandono de la práctica de la LM influye de manera negativa e inmediata a diferentes gradientes y a largo plazo en la calidad de vida y la salud de la población de una nación. En México, sin ir más lejos, el problema de las prácticas inadecuadas de alimentación en niños menores de 2 años de edad, y en particular las prácticas inadecuadas de LM, se ha visto agravado por la falta de atención que se ha puesto en el tema por parte del gobierno, el sector privado y la sociedad civil. Dado que la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en el país en niños menores de 6 meses de edad es la más baja en América Continental.

DESARROLLO

En México las políticas públicas en torno a la LM apenas comienzan, y su implementación y regulación representan un reto enorme para los tomadores de deci-

siones y servidores públicos, pues se requiere la implementación de una serie de estrategias y acciones que incluyan un monitoreo y evaluación constantes. Sólo con la participación integral de todos los sectores de la sociedad será posible colocar a la LM como un tema de elevada importancia en la agenda nacional, como lo recomiendan las organizaciones y los expertos líderes a nivel nacional e internacional (González y Rivera, 2016).

La pérdida paulatina del hábito de lactancia natural constituye un hecho bio-social de proyecciones incalculables para el futuro de la humanidad. La aparición de productos dietéticos preparados por las industrias capaces de sustituir sin riesgos aparentes e inmediatos la leche de mujer coincidió con un progresivo abandono de la lactancia materna en países desarrollados (Hernández, 2010).

Cuando una mujer vuelve a su trabajo luego de finalizada su licencia por maternidad enfrenta numerosos obstáculos que requieren del esfuerzo de diferentes actores para que la lactancia materna no se interrumpa. El primer actor que entra en juego es el equipo de salud que deberá anticipar estrategias para cuando la mujer vuelva al trabajo informando sobre los métodos de extracción y conservación, como también sobre sus derechos en relación a la lactancia. También desempeña un gran papel en la protección de la lactancia el grupo de la familia, quien debe apoyar a la madre en sus tareas o en la atención de otros hijos, a fin de la madre disponga de momentos tranquilos para amamantar. El sostenimiento de la lactancia materna también requiere del compromiso de los compañeros de trabajo, quienes deben entender que una mujer que amamanta está contribuyendo a un mejor clima laboral (madre más relajada, hijos más sanos, menos ausentismo, etc.) y, por lo tanto, debe ser respetada y acompañada (Mangialavori & Tenisi, 2017).

Durante el embarazo se tiene el derecho a gozar un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto, en los que percibirás tu salario íntegro; sin embargo, este descanso se puede extender si no puedes trabajar a causa del embarazo o el parto, teniendo como derecho el 50% de tu salario por un periodo no mayor de 60 días.

En tu etapa de lactancia por un periodo hasta de seis meses tienes derecho a dos reposos por día de media hora cada uno para alimentar a tu bebé, en un lugar que designe tu empresa con las condiciones de higiene adecuadas (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2016).

Un Espacio Amigo de la Lactancia consiste en un sector privado e higiénico, dotado de las comodidades mínimas y necesarias para que las mamás puedan ex-

traerse leche. El Ministerio de Salud de la Nación recomienda que toda mujer trabajadora pueda contar en su lugar de trabajo con un espacio de estas características. Para eso propone la instalación de un Espacio Amigo de la Lactancia permanente en todo ámbito de trabajo donde se desempeñen 20 o más mujeres en edad fértil, o bien un Espacio Amigo de la Lactancia temporario, toda vez que el número de trabajadoras en edad fértil sea menor de dicha cantidad (Mangialavori y Tenisi, 2017).

Sala de Lactancia para Centro de Trabajo es un espacio privado, digno, higiénico y cálido en el cual la madre trabajadora puede extraer, almacenar y conservar la leche materna. Posteriormente, al término de su jornada laboral, podrá transportar la leche materna a su hogar.

Beneficios de instalar una Sala de Lactancia en el Centro de Trabajo: familiar: reduce gastos en la compra de fórmulas, favorece el vínculo familiar, concilia la vida familiar y laboral, ahorro en gastos médicos. Centro de Trabajo: disminuye el ausentismo laboral, genera compromiso y sentido de pertenencia, permite conservar al personal con mayor potencial, incrementa la productividad, asegura la reincorporación al trabajo, disminución en los gastos en salud (Secretaría de Salud EM, 2019)

Por lo anterior el objetivo del presente trabajo es determinar cuáles son los principales factores para el abandono de la lactancia materna en madres trabajadoras de una Institución de Salud.

MÉTODO

Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, el universo se conforma por mujeres trabajadoras de una Institución de Salud, se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador, la muestra está integrada por 104 mujeres trabajadoras que aceptaron participar en la investigación. El instrumento se piloteó con una población similar a la del estudio, consta de 20 ítems; referente a datos sociodemográficos, conocimiento sobre lactancia materna y factores principales para el abandono de la LM en su centro laboral. Este cuestionario fue elaborado por la responsable de la clínica de lactancia materna de la Institución. Se presentó el proyecto al comité de ética de la Institución, la cual dio su aprobación para la realización de la investigación emitiendo un acta de aceptación. Se entregó el consentimiento informado a las trabajadoras y se procedió a la aplicación del mismo. Los datos que se obtuvieron se analizaron en el programa SPSS para obtener el análisis de los resultados y plasmarlos mediante cuadros y gráficas.

RESULTADOS

De acuerdo a las características sociodemográficas de las participantes se encontró que la de las mujeres oscila entre los 20 y 25 años (31%), de 26 a 30 años (41%), de 31 a 35 años (28%), respecto al nivel de estudios el 58% tienen licenciatura, 22% especialidad y el 20% maestría; el 52% son enfermeras, 13% médicos, 35% personal administrativo en cuanto al tipo de contratación: el 68% es personal de contrato, 18 % personal de suplencias, 14 % personal de base; el 51% tiene hijos de edades entre 1-5 años, 34% entre 6 y 10 años, 11% con hijos de más de 10 años y sólo el 4% tiene hijos de meses.

En cuanto a la LM el 49% mencionó haber dado lactancia materna los primeros 6 meses mientras que un 19% refirió que sólo fue durante 3 meses, 25 % amamantó a su hijo hasta más de 2 años y el 7 % no lo realizó desde su nacimiento; el 89% decidió dar lactancia materna por su conocimiento sobre el tema y los beneficios, el 11% no pudo hacerlo por complicaciones del bebé y de la madre.

Los factores principales para el abandono de la lactancia materna son: Falta de interés en la lactancia materna 8%, Incorporación al trabajo 31%, No tener derecho de esa prestación 22%, No contar con espacio apropiado para la extracción 17%, Problemas de pezón 5%, hospitalización de madre o hijo 9%, Por estética 3%, Rechazo del pecho 5%. El 75% consideró que su incorporación laboral afectó mucho en la lactancia materna, 20% afectó poco y sólo el 5 % no afectó nada.

CONCLUSIONES

Con esta investigación se demuestra que desafortunadamente el personal de salud también está expuesto a factores que no te permite llevar a cabo la protección a la lactancia materna, debido a que los jefes de áreas hospitalarias no propician los medios para que su propio personal de salud pueda implementar estas políticas.

Como personal de una Institución de Salud se considera la lactancia como la mejor forma de alimentar al bebé, la más sana, natural y placentera, lo que probablemente traduce los beneficios emocionales que representa para ellas y el efecto de las campañas de promoción de la Lactancia Materna, pero existen factores que propician el abandono aun sabiendo de los beneficios que existen por la lactancia materna.

Los principales factores para el abandono de la lactancia materna en madres trabajadoras de una Institución de Salud es la incorporación rápida a la vida laboral, así como la falta de un lugar apropiado para la extracción o amamantamiento

durante la jornada laboral, el no tener derecho a la hora de lactancia materna por el tipo de contrato bajo el que labora en ese momento. Situaciones que obligan a las madres al abandono debido a que no existen los medios que las apoyen durante este periodo.

La mayoría de las madres trabajadoras sólo dieron lactancia materna hasta los 6 meses, un porcentaje menor refirió que lo llevó a cabo hasta los 3 meses debido a su incorporación laboral.

Es necesario apoyar las políticas dirigidas al fomento de la lactancia materna tras la incorporación al trabajo, con medidas como la implementación de salas de lactancia en instituciones donde se cuente con personal femenino, reafirmar programas que promueva la lactancia materna en las instituciones de salud, así como otras estrategias para facilitar la lactancia materna y el trabajo: como flexibilidad en los horarios de trabajo, jornada parcial, hacer válida la hora de lactancia materna para todas las trabajadoras sin importar el tipo de contrato o la antigüedad. Las estrategias dirigidas a impulsar la lactancia materna en el trabajo tienen varios beneficios para las trabajadoras, sus hijos, la sociedad y para la propia institución. Si se fomenta una cultura de lactancia materna se podrá disminuir la mayoría de las enfermedades no transmisibles que provocan la muerte en las diferentes etapas de la vida. Asimismo, se reducirá el ausentismo, mejorará las relaciones de trabajo.

REFERENCIAS

- Arias, L; Cabello, B. (2016), La lactancia materna durante el embarazo y en tándem, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675311/arias_secades_lauratfg.pdf?sequence=1
- González T; Hernández, S; Rivera, J; Hernández M., (2016), Postura de la academia nacional de medicina en torno a la lactancia materna en México. Sistemas Inter. Consejo nacional de ciencia y tecnología. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
- Hernández, A., García, R., Gil, M., García, D., Acosta, R. (2010), «Influencia de factores de riesgo sobre lactancia materna», en Revista Información Científica, núm. 66 (2). Recuperado de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeFactoresDeRiesgoSobreLactanciaMaterna-6128696.pdf>
- Mangialavori, G., Tenisi, M., (2017), La lactancia materna y las mamás que trabajan, Recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación para lugares de trabajo y empleadores, Direc-

ción Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Área de Nutrición. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001134cnt-lactancia-materna-mamas-%20trabajan.pdf>

Núñez P; Franco S; Labrador R., (2017), «Impacto del lactario domiciliario en madres trabajadoras. Hospital central de san Cristóbal», en Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, vol. 80, núm. 1. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3679/367951839004.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2019), Lactancia materna. Recuperado de <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

Secretaría del Trabajo y Previsión Social, (2016), Protege tus Derechos Laborales desde tu embarazo y en el periodo de lactancia, Gobierno del Estado de México. Ley Federal del Trabajo LFT. Recuperado de <https://www.gob.mx/stps/articulos/sabias-que-la-ley-federal-del-trabajo-lft-protege-tus-derechoslaborales-desde-tu-embarazo-y-en-el-periodo-de-lactancia>.

ÁCIDOS GRASOS MODIFICADOS EN DIETA HIPOCALÓRICA DE PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

JULIETA DE LA TORRE GARCÍA
ROSALINDA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ¹
CLAUDIA ARACELI REYES ESTRADA
BLANCA PATRICIA LAZALDE RAMOS
RUBÉN OCTAVIO MÉNDEZ MÁRQUEZ

Universidad Autónoma de Zacatecas

RESUMEN

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOPQ) es un trastorno caracterizado por alteraciones hormonales en el ciclo menstrual, cuyos signos y síntomas son hirsutismo, acné, acantosis nigricans, obesidad, alopecia, entre otros. Afecta actualmente alrededor del 6 al 10% de las mujeres en edad reproductiva, en México el SOPQ afecta alrededor del 6% de la población. Se hizo una revisión bibliográfica para conocer las generalidades de esta patología, epidemiología, complicaciones médicas, nutricionales y el diagnóstico. Se identificó en la literatura si al modificar la ingesta de ácidos grasos en una dieta hipocalórica en las pacientes se presenta modificación de la presencia de SOPQ. La dietoterapia por sí sola no puede actuar, sino que cumple una función muy importante para la disminución de las complicaciones, ya que ayuda en la disminución de peso, además las modificaciones en contenido de ácidos grasos en la dieta ayudan a mejorar el perfil lipídico lo que sumado al efecto de los medicamentos indicados para esta condición permiten un mayor éxito terapéutico.

Palabras clave: ácidos grasos, dieta hipocalórica, síndrome de ovario poliquístico.

ABSTRACT

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is a disorder characterized by hormonal alterations in the menstrual cycle, whose signs and symptoms are hirsutism, acne,

¹Correo de contacto: rosalinda@uaz.edu.mx

acanthosis nigricans, obesity, alopecia, among others. It currently affects about 6 to 10% of women of reproductive age, in Mexico the PCOS affects about 6% of the population. Therefore, in the present work a bibliographic review was made to know the generalities of this pathology, epidemiology, medical, nutritional complications and diagnosis. As well as identifying in the literature if when modifying the intake of fatty acids in a hypocaloric diet in patients there is a change in the presence of PCOS. It was observed that diet therapy alone cannot act, but it plays a very important role in reducing complications, since it helps in weight loss, and changes in the content of fatty acids in the diet help to improve the Lipid profile what added to the effect of the medications indicated for this condition allow greater therapeutic success.

Keywords: fatty acids, hypocaloric diet, polycystic ovary syndrome

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOPQ) es un trastorno hormonal habitual en las mujeres en edad fértil, pueden tener periodos menstruales con poca frecuencia o prolongados, se desconoce la causa exacta de esta condición. El diagnóstico y tratamiento tempranos junto con el control de peso pueden reducir el riesgo de tener complicaciones a largo plazo. La prevalencia en la población varía entre 6 y 10% (Escott, 2012), es la causa más común en consultas ginecológicas por anovulación, hirsutismo o trastornos menstruales, es mayor en hermanas o madres de mujeres afectadas, lo que apoya la teoría que posee una base genética relacionada con producción y acción de esteroides, así como los ligados al metabolismo de carbohidratos y regulación de energía.

Este síndrome pertenece a un estado de hiperandrogenismo, el cual ocasiona alteraciones en la fertilidad y ciclo menstrual de las mujeres, en cuanto al tratamiento se cuenta con intervenciones ginecológicas y endocrinológicas para poder hacer la modificación adecuada a estas alteraciones, que junto con el exceso de hormonas androgénicas provocan el clásico cuadro clínico. Sin embargo, cada vez se encuentran nuevos factores como la obesidad y la resistencia a la insulina, cuya interacción se relaciona con el exceso de hormonas androgénicas y alteraciones ovulatorias presentes en el cuadro clínico, aunque se desconoce los mecanismos que dependen de la manifestación de la enfermedad repercute en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares a futuro.

Esta investigación tiene como objetivo la revisión bibliográfica para conocer las generalidades; epidemiología, complicaciones médicas-nutricionales y diagnóstico al investigar si una dieta hipocalórica modificada en los ácidos grasos para pacientes con SOPQ es capaz de apoyar la respuesta terapéutica.

DESARROLLO

Síndrome de Ovario Poliquístico

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOPQ) es una enfermedad caracterizada por alteraciones hormonales en el ciclo menstrual (Figura 1), que afecta entre el 6 y el 10% de mujeres en edad reproductiva (Escott, 2012). El Síndrome de Ovario Poliquístico es un trastorno complejo, multifactorial, poligénico con influencias ambientales (Winnykamien, 2017).

FIGURA 1. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO



Tomada de <https://laguiadelasvitaminas.com/sindrome-de-ovario-poloquistico/>. Recuperada el día 01 de abril 2019 a las 8:00 pm.

Se identifica por una secreción elevada de andrógenos, con signos y síntomas como hirsutismo, acné, obesidad, acantosis nigricans, además de irregularidades menstruales y alteraciones metabólicas como se observa en la Figura 2 (Vigil, 2009).

FIGURA 2. SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO



Tomada de <http://las-hormonas.blogspot.com/2013/11/sindrome-del-ovario-poliquistico-pcos-i.html>. Recuperada el día 29 de marzo de 2019 a las 12: 00 am.

Hoy en día se considera que el SOPQ, puede ser la causa más frecuente de infertilidad en mujeres; presencia de síndrome metabólico, Hiperandrogenismo, resistencia a la insulina y acantosis nigricans. Se reporta además que las mujeres con SOPQ, en algunos casos presentan antecedentes de diabetes mellitus gestacional (Escott, 2012).

Epidemiología

La prevalencia de SOPQ varía dependiendo de los criterios de diagnóstico, fenotipos y población estudiada. Bozdag *et al.*, examinaron 55 estudios de prevalencia, de acuerdo con los criterios de diagnóstico de Institutos Nacionales de Salud (NIH), Rotterdam 2003 y la Sociedad del Exceso de Andrógenos y la Sociedad de Síndrome de Ovario Poliquístico (AE-SOP) las tasas de prevalencia del SOPQ fueron 6, 10 y 10% respectivamente. Por lo que se ha hecho hincapié en la necesidad de definir los fenotipos específicos, pero la prevalencia e investigación siguen siendo poco claras, observe Figura 3 (Neven, 2018). Estudios epidemiológicos han reportado manifestaciones distintas en poblaciones seleccionadas mientras que otros descri-

ben prevalencia similar en todos los continentes y grupos étnicos, esta controversia es debido a la inclusión de diferentes criterios e impactos metabólicos del síndrome (Goldrat, 2018).

En México un estudio de 150 mujeres encontró una prevalencia de SOPQ de un 6%, con mayor frecuencia en mujeres con obesidad y con diabetes, ambos relacionados con la resistencia a la insulina. Es importante resaltar que la prevalencia de obesidad en México se ha incrementado rápidamente como consecuencia del estilo de vida sedentario y el elevado consumo de azúcares refinados y grasas saturadas. El incremento progresivo en su prevalencia es acompañado por un incremento en sus complicaciones y condiciones asociadas (Rodríguez, 2011). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2016 indicó una prevalencia de sobrepeso y obesidad cercana a 75.6% en mujeres mayores de 20 años (ENSANUT, 2017). La prevalencia del SOPQ varía entre 5 y 21% de acuerdo con criterios NIH-1990; del 10 al 15% de acuerdo con los criterios AE-SOP y del 6 al 21% si se sigue el Consenso de Rotterdam 2003. Las variaciones en la prevalencia pueden deberse a diferencias étnicas y culturales (Winnykamien, 2017).

Dieta

El tratamiento dietético tiene como objetivo conseguir una pérdida de peso mantenida en el tiempo que permita disminuir el riesgo que el exceso de peso ocasiona para la salud del paciente. A lo largo de los años, se han utilizado numerosos abordajes dietéticos para la obesidad. La dieta moderadamente hipocalórica (Figura 8) es el tipo de tratamiento dietético más recomendado por los distintos organismos y sociedades científicas en el tratamiento dietético de la obesidad, se entiende como aquella dieta que origina un déficit calórico de entre 200 y 500 kcal/día (Gallargo, 2011).

Los esquemas hipocalóricos deben usarse con mucho cuidado, ya que pueden llevar al paciente a una mala nutrición, en la actualidad, se recomienda que no se prescriban dietas de menos de 1200 kcal, pues con menos energía el paciente presenta deficiencia de vitaminas y nutrientes inorgánicos. Se utilizan las dietas hipocalóricas en pacientes con obesidad, para que el equilibrio energético sea negativo y de esta manera llegar al peso deseado.

Sin embargo, a pacientes con patologías como hipotiroidismo, dislipidemias y síndrome metabólico, este tipo de dietas también los puede beneficiar. Es importante señalar que las necesidades energéticas son individualizadas; cuando se disminuye el aporte energético (Téllez, 2014).

Es recomendable que la decisión sobre qué cantidad de energía diaria (Kcal/día) sea prescrita y ajustada, se determine a partir de tres datos importantes:

- Los requerimientos de energía diarios (GET) para su peso corporal actual.
- La ingestión de energía diaria del paciente.
- El balance energético del paciente (Gallardo, 2011).

Beneficios de la dieta en pacientes

La modificación del estilo de vida, incluyendo dieta y ejercicio se considera primordial en el tratamiento, en particular aquellas mujeres con obesidad general o abdominal, estableciendo estrategias terapéuticas dirigidas a disminuir la adiposidad abdominal y el exceso de peso, de esta manera disminuye el exceso de andrógenos y mejoran las alteraciones reproductivas (Huérfano, 2016). Basado en la evidencia, las modificaciones del estilo de vida que conduzcan a una reducción de peso corporal de un 5 % a un 10 % determinan efectos de carácter metabólico y endocrino; entre los beneficios metabólicos se encuentran:

- Reducción de la grasa visceral.
- Mejoría de la sensibilidad a la insulina y reducción de la insulinemia.
- Mejoría de la dislipidemia.
- Mejoría de las manifestaciones clínicas de hiperandrogenismo.
- Mejoría de las anormalidades menstruales y ovulación (Nieto 2009).

Los cambios del estilo de vida consiguen beneficios clínicos; las pacientes con SOPQ, tratadas con un programa de estilo de vida saludable a largo plazo, seguido por la restricción calórica moderada y la actividad física, han demostrado que la pérdida de peso puede conducir a la prevención de complicaciones mayores del SOPQ en más de un tercio de las mujeres; diversos estudios han reportado que su uso asociado a la dieta y ejercicio, mejora los aspectos metabólicos y hormonales en estas pacientes. Los cambios en el estilo de vida, combinados con entrenamiento físico y asesoramiento dietético destinado a la pérdida de peso sostenida, deben ser considerados como primera línea de tratamiento. Esto permite mejorar las alteraciones metabólicas, menstruales, fertilidad y trastornos hormonales en estas pacientes (Huérfano, 2016).

Se puede considerar como tratamiento no farmacológico la reducción del peso en 5% del peso inicial, la pérdida de grasa abdominal mejora el perfil endocrino y

aumenta la probabilidad de la ovulación y el embarazo, disminuyendo la resistencia a la insulina e incorporando la actividad física por lo menos 90 minutos de actividad aeróbica a la semana (Chiliquinga, 2017).

Dieta en pacientes con SOPQ

La dieta, el ejercicio físico y el cambio de estilo de vida desempeñan un papel crucial en el manejo clínico del SOPQ, tanto para controlar sus manifestaciones como para prevenirlas, y deberán recomendarse para corregir el exceso de peso o para evitarlo cuando exista tendencia al mismo. Estas medidas potencian y complementan el tratamiento farmacológico utilizado en la actualidad (Fonseca, 2010).

Desarrollar buenos hábitos alimenticios es esencial para que las comidas produzcan los beneficios esperados en nuestro cuerpo, al modificar los hábitos nutricionales, se obtendrán beneficios, ya que, al realizarlo de forma cotidiana, se irá convirtiendo poco a poco en una forma de vivir, lo cual contribuirá en la calidad de vida y mejorar el estilo de vida. La composición de la dieta óptima ha establecido que la intervención nutricional debe lograr, no sólo la pérdida de peso a corto plazo y la mejoría de los síntomas y de la fertilidad, sino también, reducir a largo plazo el riesgo de Diabetes Mellitus tipo II, enfermedad cardiovascular y otras complicaciones asociadas. Una dieta óptima debería mejorar la sensibilidad a la insulina y corregir/ prevenir las anormalidades metabólicas y cardiovasculares asociadas. La importancia de los cambios de estilo de vida y la pérdida de peso en la evolución de la paciente.

A pesar de que se recomienda la pérdida de peso como la estrategia primaria del tratamiento, se desconocen medidas efectivas para alcanzar y mantener a largo plazo, tanto la pérdida de peso, como la mejoría metabólica y reproductiva en estas pacientes (Nieto, 2009).

Aunque la dieta juega un papel en la regulación de la concentración plasmática de glucosa e insulina, la mayoría de los estudios se han enfocado, principalmente, en la restricción calórica. Recientemente, se han evaluado algunas intervenciones dietéticas en pacientes con SOPQ. El reemplazo de dos comidas en 43 pacientes durante 8 semanas, produjo una disminución de peso, circunferencia abdominal y grasa e insulina. El reemplazo de comidas fue efectivo en el manejo a corto plazo. En ese estudio, continuar con una dieta con restricción moderada de grasa y carbohidratos por 6 meses fue igualmente efectivo en el mantenimiento de la reducción de peso y de las variables metabólicas (Nieto, 2009).

Ácidos Grasos

Las grasas son parte esencial de una dieta saludable, pero para que la salud sea óptima, es necesario poner atención a la cantidad total y tipo de grasas que se consumen. El requerimiento para la grasa total es de 20 a 35 % de las calorías ingeridas en todos los grupos de edad. Un consumo de grasas mayor del 35% de las calorías a menudo significa que la ingestión de grasa es excesiva. El consumo bajo de grasa total (menos del 20% de las calorías) aumenta la posibilidad de obtener cantidades insuficientes de vitamina E y ácidos grasos esenciales, lo cual podría afectar las concentraciones sanguíneas de triglicéridos en una fracción del colesterol, el colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL).

Las grasas constituyen la reserva energética más importante del organismo, aportan 9 kilocalorías por gramo (Kcal/g), transportan vitaminas liposolubles y se encuentran en gran variedad de alimentos y preparaciones. Además, desarrollan funciones fisiológicas, inmunológicas y estructurales. Los ácidos grasos son necesarios para algunas funciones fisiológicas y estructurales (Cabezas, 2016).

Los ácidos grasos se clasifican por la presencia de dobles enlaces en su molécula, pudiendo ser Ácidos Grasos Saturados (AGS) o Insaturados (AGI). Éstos, a su vez, pueden ser Ácidos Grasos Monoinsaturados (AGM) o poliinsaturados (AGP), representando la gran mayoría de las grasas de la dieta, si bien existen formas de Ácidos Grasos Trans (AGT), mucho más minoritarios en los alimentos naturales, pero que han adquirido una gran importancia por su creciente presencia en la dieta de los países modernos. Continuando con los tipos de grasa, dentro de los ácidos grasos poliinsaturados existen dos familias, los omega-6 llamados así por tener el primer enlace doble en el carbono de la posición 6, y los omega-3 que lo tienen en el carbono en posición 3. Dentro de la categoría de ácidos grasos poliinsaturados existen dos que merecen un especial interés, debido a su importante función biológica son los llamados ácidos grasos esenciales, debido a que los seres humanos no pueden sintetizarlos, deben ser aportados por la dieta y son el ácido linoleico y el α -linolénico. En ambos casos, y una vez que nuestro organismo dispone de ellos, pueden ser alongados para generar ácidos grasos de cadena más larga y de gran importancia biológica (Carillo, 2011).

La suplementación con ácidos grasos omega-3 puede reducir las concentraciones lipídicas en mujeres con SOPQ con sobrepeso y obesidad, además de que el ciclo menstrual se vuelve más regular (Nadjazadeh, 2013). El efecto de los ácidos grasos omega-3 en las mujeres con SOPQ reportan que la suplementación de este

tipo de ácidos grasos puede tener un efecto beneficiosos en la mejora de resistencia a la insulina en mujeres con SOPQ, mejorando la resistencia a la insulina, además de que los ácidos grasos omega-3 pueden contribuir a la mejora de complicaciones metabólicas y efectos beneficiosos sobre el perfil de lípidos en pacientes, además de mejorar valores bioquímicos de colesterol HDL, LDL y triglicéridos (Khani, 2019).

La suplementación de vitamina D con ácidos grasos omega-3 ayuda significativamente con la ansiedad de mujeres con SOPQ, además de disminuir los niveles de andrógenos ayudando a minimizar los síntomas relacionados; además de mejorar la capacidad antioxidante, reduciendo comorbilidades de mujeres con SOPQ (Jamilian 2018). Los ácidos grasos reducen el estrés oxidativo, disminuyen la hipertensión y mejoran los perfiles lipídicos y la actividad antiinflamatoria, por lo que tienen un papel potencial contra el riesgo de enfermedad cardiovascular. En los últimos años, los ácidos grasos han sido considerados como agentes terapéuticos para el tratamiento del SOPQ (Günalan, 2018).

CONCLUSIONES

La dietoterapia por sí sola no puede actuar, sino que cumple una función muy importante para la disminución de las complicaciones ya que ayuda en la disminución de peso, además de las modificaciones en ácidos grasos ayudan a mejorar el perfil lipídico, y el medicamento recomendado por el médico ayudará internamente en el organismo para una mejor función. Se puede decir que en México muchas mujeres padecen algunos de los signos y síntomas de SOPQ, sin embargo no se toma la importancia debida, ya que se cree que éstos son parte de ser mujer, por lo que se debe fomentar la constante atención cuando una adolescente comienza a presentar bello facial o en brazos, alteraciones en el ciclo menstrual, ya que al detectar a tiempo SOPQ se pueden retardar complicaciones mayores y brindar una calidad de vida mejor. El manejo dieto-terapéutico de las pacientes con SOPQ por medio de una disminución de peso con la dieta hipocalórica modificada en ácidos grasos ayuda en el mejoramiento de la sintomatología en esta enfermedad, obteniendo un mejor control al combinarlo con el tratamiento médico.

REFERENCIAS

Cabezas, Z. C., Hernandez, T., & Vargas, Z. M., (2016), «Aceites y grasas: efectos en la salud y regulación mundial», en Revista Facultad de Medicina, núm. 64(4), pp. 761-768.

- Carrillo, F. L., Dalmau, S. J., Martínez, A., J., R., Solá, A., R., & Pérez, J., F. (2011), «Grasas de la dieta y salud cardiovascular», en Sociedad Española de Arteriosclerosis, núm. 23(1), pp. 1-36.
- Chiliquinga, V. S., Aguirre, F.R., Agudo, G. M., Chù, L. A., & Cuenca, B. S. (2017), «Criterios diagnósticos y tratamiento integral terapéutico del síndrome de ovarios poliquísticos», en Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, núm. 43(3), pp.173-181.
- Escott, S., S. (2012), «Trastornos endocrinos», en Nutrición diagnóstico y tratamiento (580), Barcelona, Wolters Kluwer.
- Fonseca, E. (2010) «Acné, dieta y síndrome de los ovarios poliquísticos», en Servicio de dermatología, núm. 16(1), pp. 1-3.
- Goldrat, O., & Delbaere, A. (2018), «SOP: actualización y el enfoque de diagnóstico», en Bioquímica clínica, núm. 18, pp. 1-31.
- Günalan, E., Yaba, A., & Yilmaz, B. (2018), «El efecto de la suplementación de nutrientes en el manejo del síndrome de ovario poliquístico asociado a disfunciones metabólicas: una revisión clínica», en Nutrient Supplementation in PCOS, núm. 19, pp. 220-232.
- Huérfano, T., Ortiz, M., (2016), «Tratamiento no farmacológico del síndrome de ovario poliquístico. Modificación del estilo de vida: ejercicio y nutrición», en Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana, núm. 76(11), pp. 74-75.
- Jamilian, M., Samimi, M., Mhrosseini, N., Afshar, E. F., Aghadavod, E., Talaee, R., Jafamejad, S., Hashemi, D. S., & Asemi, Z. (2018), «La influencia de vitamina D y omega-3 coadministración de suplementos en clínica, parámetros metabólicos y genéricos en mujeres con síndrome de ovario poliquístico», en Journal of Affective Disorders, núm. 238, pp. 32-38.
- Khani, B., Mardanian, F., & Jafari, F. S. (2019), «Efectos de la suplementación de omega-3 en los síntomas del síndrome de ovario poliquístico y el síndrome metabólico», en Revista de Investigación en Ciencias Médicas, núm. 22(64), pp. 1-6.
- Nadjarzadeh, A., Dehghani, F., Vaziri, N., Daneshbodi, H., Hassan, L. M., & Mozaffari, K. H. (2013), «Efecto de la suplementación con omega-3 sobre el perfil de andrógenos y el estado menstrual en mujeres con síndrome de ovario poliquístico: un ensayo clínico aleatorio», en Iran Journal of Reproductive Medicine, núm. 11(8), pp. 665-672.
- Neven, A. C., Laven, J., Teede, H. J., & Boyle, J. A. (2018), «Un resumen sobre el síndrome de ovario poliquístico: Criterios para el diagnóstico, prevalencia, manifestaciones clínicas y gestión de acuerdo con las últimas directrices internacionales», en Seminario en Medicina y Reproducción, núm. 36(1), pp. 5-12.
- Nieto, R., & Nottola, N. (2009), «Tratamiento del síndrome de ovario poliquístico: cambios de estilo de vida: Nutrición y ejercicio», en Revista Venezolana Endocrinología y Metabolismo, núm. 5(3), pp. 112-117.

- Rodríguez, F. M. (2011), «Síndrome de ovario poliquístico, el enfoque del internista», en Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, núm. 49(6), pp. 611-620.
- Téllez, V. M. (2014), «Dietoterapia», en Nutrición Clínica (242), México, El manual moderno.
- Vigil, P., Steinberger, E., Del Río, M. J., & Cortés, M. E. (2012), Síndrome de ovario poliquístico, Selección de Temas en Ginecoobstetricia, Santiago de Chile, Editorial Publimpacto, pp. 833-842.
- Winnykamien, I., Dalibón, A., & Knoblovits, P. (2017), «Síndrome de ovario poliquístico», en Rev Hosp Ital B Aires, núm. 37(1), pp. 10-20

DIETA MEDITERRÁNEA EN LA MODIFICACIÓN Y COMPOSICIÓN CORPORAL DE PACIENTES EN CMF ISSSTE

AIDA MARGARITA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ¹

ROBERTO ROMO GARCÍA

NANCY JAZMÍN NORIEGA AHUMADA

CRISTINA SARAI CONTRERAS MARTÍNEZ

Programa de la Licenciatura en Nutrición, Unidad Académica de Enfermería UAZ

RESUMEN

Introducción. La dieta mediterránea es una valiosa herencia cultural que representa mucho más que una simple recomendación nutricional, es un estilo de vida saludable. Es considerada uno de los patrones dietarios con mayor evidencia científica acumulada en cuanto a sus beneficios en salud humana, siendo cada vez mayor el interés del mundo científico en el estudio de su rol preventivo y como tratamiento en diversas patologías asociadas al síndrome metabólico, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedades neurodegenerativas y cáncer, entre otras. **Objetivo.** Evaluar el impacto de la alimentación mediterránea en la composición corporal de los pacientes. **Metodología.** Se realizó una intervención nutricional basada en la dieta mediterránea en una población de 35 pacientes adultos de una Clínica de Medicina Familiar (CMF) del ISSSTE, se hicieron mediciones de peso, talla porcentajes de masa grasa (MG), masa muscular (MM) y agua a través de bioimpedancia eléctrica y determinación de índice de masa corporal (IMC). **Resultados.** Se encontró que la dieta mediterránea disminuyó el porcentaje de grasa corporal y eleva la hidratación, aunque se mantuvieron igual los porcentajes de músculo de los pacientes de una la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE. **Conclusiones.** Se logró influir de manera positiva en la composición corporal de los individuos, disminuyendo el peso, aumentando su hidratación, disminuyendo el porcentaje de grasa, modificando hábitos.

1 Correo de contacto: rdzrdzaida@gmail.com

Palabras clave: dieta mediterránea, composición corporal, bioimpedancia eléctrica.

ABSTRACT

Introduction. The Mediterranean diet is a valuable cultural heritage that represents much more than a simple nutritional recommendation, it is a healthy lifestyle. It is considered one of the dietary patterns with the greatest accumulated scientific evidence regarding its benefits in human health, with the increasing interest of the scientific world in the study of its preventive role and as a treatment in various pathologies associated with the metabolic syndrome, diabetes mellitus, cardiovascular disease, neurodegenerative diseases and cancer, among others. **Objective.** To assess the impact of the Mediterranean diet on the body composition of patients. **Methodology.** A nutritional intervention based on the Mediterranean diet was carried out in a population of 35 adult patients from a Family Medicine Clinic (CMF) of the ISSSTE, measurements of weight, height percentages of fat mass (MG), muscle mass (MM) and water were made through electrical bioimpedance and determination of body mass index (BMI). **Results.** It was found that the Mediterranean diet decreased the percentage of body fat and increased hydration, although the muscle percentages of the patients in the Family Medicine Clinic of the ISSSTE remained the same. **Conclusions.** It was possible to positively influence the body composition of individuals, reducing weight, increasing hydration, reducing the percentage of fat, modifying habits.

Keywords: Mediterranean diet, body composition and electrical bioimpedance.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional de una persona es el reflejo de su estado de salud. El aumento en la incidencia de enfermedades cuyas patologías están ligadas a factores nutricionales está ocasionando grandes problemas de salud pública en una escala mundial. La valoración del estado nutricional (Martínez *et al.*, 2011), en diferentes grupos de edad, ayuda a identificar riesgos de padecer enfermedades y/o establecer estrategias para mejorar la salud.

La Secretaría de Salud (2015) declaró que la principal causa de mortalidad son las enfermedades del corazón con un 18.92%, la segunda causa es la diabetes mellitus con un 12.41% mientras que la tercera causa son tumores malignos (cáncer) con un 11.7%, considerando la población total de fallecidos de 8315 individuos.

Para valorar a un adulto existen diferentes parámetros como: a) La evaluación antropométrica mediante la cual se determina la masa corporal total y la composición corporal a través de indicadores como el peso, % de grasa corporal, % masa muscular, % agua corporal, Índice de Masa corporal (IMC), pliegues y circunferencias. b) Parámetros bioquímicos mediante el estudio de suero/plasma en cuanto a su composición y/o el contenido de algún nutriente. c) La evaluación nutricional mediante la cual se determina la ingesta de alimentos, energía y nutrientes (Ravasco, 2010) (Martínez, 2010).

La composición corporal se realiza mediante medidas y evaluaciones del tamaño, forma, proporcionalidad, maduración biológica del cuerpo humano, con el objetivo de conocer los procesos implicados en la nutrición, crecimiento, rendimiento deportivo, efectividad de la dieta en la pérdida de grasa corporal y regulación de líquidos corporales (Zudaire, 2015).

El cuerpo humano está dividido en tres compartimentos que en conjunto conforman, dependiendo de la edad y sexo, el peso corporal de un adulto: Masa celular, constituida por músculos, órganos (vísceras, hígado, cerebro) y sangre. Tejido de soporte extracelular compuesto por dos partes líquido extracelular, el esqueleto y otras estructuras de soporte. Grasa corporal se encuentra debajo de la piel (grasa subcutánea) y alrededor de los órganos (visceral) como intestino y corazón (FAO s/f).

El estudio de la composición corporal resulta esencial para comprender el efecto que tiene la dieta en el metabolismo, la actividad física, la enfermedad y otros factores del entorno sobre el organismo, constituyente además de distintas formas y diferentes grados de diagnóstico, tratamiento y evaluación del estado de nutrición en numerosas especialidades básicas y clínicas como nutrición, medicina, antropología física y las ciencias aplicadas al deporte. De manera más concreta, es el eje central de la valorización del estado de nutrición, de la monitorización de pacientes con desnutrición aguda o crónica y riesgo asociado a la obesidad lo que se puede derivar en la diabetes mellitus, hipertensión arterial entre otras patologías.

La Impedancia bioeléctrica es una herramienta que nos ayuda a evaluar la composición corporal, es un método sencillo que proporciona información más precisa que el IMC y la medición de los pliegues cutáneos para la estimación comparativa de la MG, MM e hidratación (Martínez, 2010).

Las alteraciones del estado nutricional en cierto tipo de enfermedades, provocan cambios en la estructura del organismo (Tafur *et al.*, 2018) tales como disminución de la masa celular, pérdida de proteínas o alteraciones en la relación de los

líquidos intra y extracelular. La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, que se define por la presencia de un exceso de grasa corporal debido a un balance energético positivo mantenido a lo largo del tiempo. Esta enfermedad provoca una degradación del estado de salud, por sí misma y por estar asociada a un mayor riesgo de padecer diabetes, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer. El diagnóstico y seguimiento de la obesidad requiere apropiados métodos de medida de la grasa corporal y planes de alimentación adecuados en el momento de estudiar los cambios de la composición corporal tras una intervención dietética.

La alimentación mediterránea es considerada uno de los patrones dietarios con mayor evidencia científica acumulada en cuanto a sus beneficios en salud humana (Rodríguez, 2000), siendo cada vez mayor el interés del mundo científico en el estudio de su rol preventivo y como tratamiento en diversas patologías asociadas a el síndrome metabólico, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedades neurodegenerativas y cáncer, entre otras. Es un patrón nutricional saludable considerado como un modo de vida excelente también para preservar la biodiversidad y las características sociales de los países mediterráneos, además de asociarse con una reducción de mortalidad y mejora en la calidad de vida (Márquez F. *et al.*, 2008).

Es una valiosa herencia cultural común, una combinación equilibrada de alimentos basada en productos frescos, locales y de temporada, que integra paisajes, técnicas y gestos sociales. Ha evolucionado, incorporando sabiamente nuevos alimentos y nuevas técnicas como resultado de su localización estratégica y la enorme capacidad de los pueblos mediterráneos para mezclar e intercambiar conocimientos. Se caracteriza por abundancia de pan, pasta, verduras, legumbres, frutas y frutos secos, utilización del aceite de oliva como principal fuente de grasa, el consumo de cantidades limitadas de carnes rojas, consumo moderado de pescado, moluscos y crustáceos, aves de corral, productos lácteos, huevos y vino durante las comidas, el agua es la bebida principal de este patrón de alimentación. Todo ello, acompañado de la práctica de una actividad física moderada, constituye un estilo de vida muy saludable (Slowmed, 2013).

Basada en una pirámide, entrega las recomendaciones de proporción y la frecuencia de consumo de alimentos expresada como número de raciones diarias o semanales. Además, incorpora elementos culturales, medioambientales y de estilo de vida, tales como: actividad física diaria, descanso adecuado como parte de un estilo de vida saludable y equilibrado, la buena convivencia durante las comidas, importancia de consumir alimentos de temporada, frescos y mínimamente procesados,

priorizar productos tradicionales, locales y respetuosos con el medio ambiente y la biodiversidad, hacer de la cocina una actividad importante (Araneda 2015).

El interés de esta investigación es combinar un plan de alimentación de tipo mediterráneo con el diagnóstico integral basado en composición corporal e IMC, ya que las características de la población en México son en general enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus e hipertensión arterial el nuevo tipo de diagnóstico arrojará datos específicos en torno a la composición corporal.

Se adoptó una alimentación con características de tipo mediterránea que se caracteriza por agregar en la dieta abundantes frutas, verduras, hortalizas, cereales y leguminosas, utilizando los alimentos de origen animal y los lácteos de manera moderada y excluyendo los de grasas saturadas, adoptando en gran cantidad grasas mono saturadas para tener un equilibrio que nos permita la combinación de un adecuado y amplio diagnóstico con un tipo de alimentación específica y totalmente similar para todos los pacientes. El objetivo general fue «Evaluar el Impacto de la alimentación mediterránea en la composición corporal en pacientes que acuden a consulta al departamento de nutrición de la CMF ISSSTE».

Se busca establecer planes de alimentación con características de poblaciones que no comparten el índice principal de morbilidad y mortalidad de México. Al mejorar el comportamiento alimentario se puede apoyar al tratamiento de pacientes y por ende al mejoramiento de su estado de salud (Álvarez & Bendezu, 2011).

MÉTODO

Se realizó una Intervención Nutricional en una Clínica de Medicina Familiar (CMF) del ISSSTE en Zacatecas, el universo fue de 35 derechohabientes que asistían a la consulta nutricional en el periodo de tiempo de 01 febrero a 30 de junio del 2015 (10 hombres y 25 mujeres). Los criterios de inclusión fueron: población entre 18 y 59 años derechohabiente de la CMF ISSSTE canalizados al consultorio de Nutrición y que quisiera participar en la intervención. Dentro de los criterios de exclusión, que los pacientes estuvieran dentro del rango de edad, mujeres embarazadas, población que no tenga alguna extremidad inferior. Se eliminó a la población que no cumplió con las tres consultas.

Las variables independientes fueron sexo, peso, talla, alimentación y las dependientes IMC, % grasa corporal, % masa muscular y % agua corporal. La medida de la talla se obtuvo en metros con báscula mecánica Nuevo León Médica Clínica 160kg, se pide al paciente se pare sin calzado, puntas de los pies ligeramente sepa-

rados, talones juntos, brazos al costado del cuerpo, cabeza erguida, hombros firmes con la vista en posición contraria al instrumento de medición. Peso, porcentajes de grasa corporal, agua corporal y masa muscular se obtuvieron mediante la balanza digital OMRON con dispositivo de impedancia bioeléctrica HBF-510LA a una frecuencia de 50 KHz, con electrodos de pies y manos. Los pacientes fueron evaluados sin calzado, cabeza erguida mirando hacia el frente y brazos extendidos hacia el frente sujetando en ambas manos los electrodos. El registro de composición corporal se tomó en las tres consultas (inicial y dos seguimientos) de acuerdo a las interpretaciones basadas en las tablas de masa corporal de Omron Healthcare (2014), los cambios propuestos fueron disminuir MG y aumentar MM e hidratación.

El IMC se obtuvo dividiendo el peso entre la talla al cuadrado ($IMC = \text{Peso, kg} / \text{talla, m}^2$) con interpretación de acuerdo a la OMS.

Consulta Inicial: Se realizó la valoración mediante aplicación de Historia Clínica en formato especial del departamento de Nutrición de la CMF en la que se obtienen datos de identificación, clínicos, evaluación de hábitos, registros bioquímicos y evaluación antropométrica. Después de hacer un diagnóstico del paciente se le proporcionó el plan de alimentación, según necesidades individuales del paciente.

Orientación: Se proporcionó información como platicas, plan de alimentación basada en la dieta mediterránea, trópicos, lista de alimentos.

Impedancia Bioeléctrica: Una vez analizado que el paciente es candidato para el protocolo de investigación, se realiza la evaluación de % de grasa, agua y músculo para su seguimiento.

Segunda Consulta (orientación y evaluación): Se realiza la evaluación nutricional (recordatorio de 24hrs), antropometría, aclaración de dudas que pudieron o no surgir entre la primera y la segunda consulta más el seguimiento de IMC, % grasa, % agua y % músculo.

Tercera Consulta (empoderamiento): Para esta última consulta se hizo una retroalimentación con el paciente, es decir, en esta parte de la intervención, el paciente por sí solo sabe aspectos nutricionales básicos como para poderlos aplicar en su día a día, identifica qué es saludable y qué no para su organismo y los pasos para tener una mejor calidad de vida.

Análisis estadístico: Se realiza la recolección de los datos de los formatos de historia clínica, la cual consta de los datos iniciales más los de seguimiento. Los datos se registraron en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, el análisis de la información se hizo a través del programa estadístico SPSS versión 20, se obtuvo el

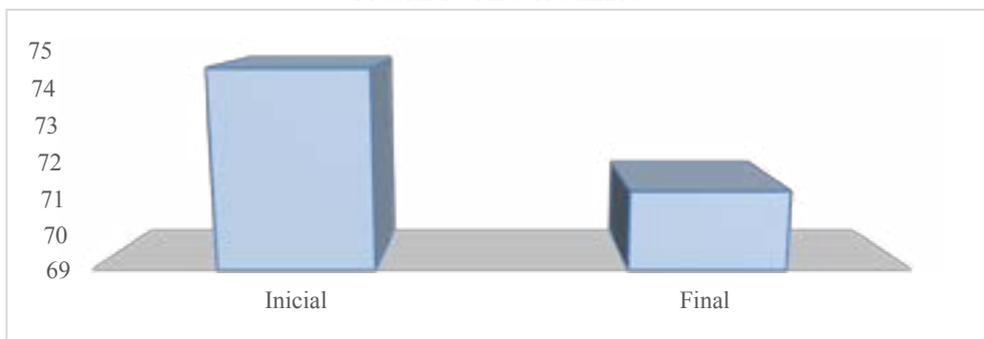
promedio (media) de cada una de las variables para posteriormente hacer un comparativo de la consulta inicial y final, al IMC y % de MG, MM y agua, se les realizó la prueba estadística de T de student para muestras relacionadas.

El estudio fue realizado bajo la Declaración de Helsinki (1964), mediante el respeto al participante, su derecho a la autodeterminación, confidencialidad, autonomía, así como derecho a tomar decisiones bajo la autorización de un consentimiento informado. Se tomaron en cuenta también convenios en el reglamento a la Ley General de Salud respetando su dignidad, privacidad y protección de sus derechos (gob.mx 2014).

RESULTADOS

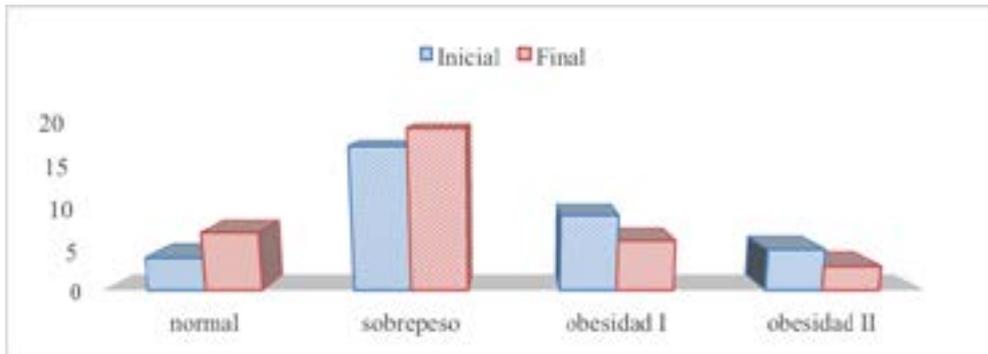
El presente estudio proporcionó una evaluación integral de pacientes sometidos a un plan de alimentación con características de tipo mediterráneo, evaluándolos con parámetros de índice de masa corporal y bioimpedancia eléctrica.

FIGURA 1 PESO PROMEDIO



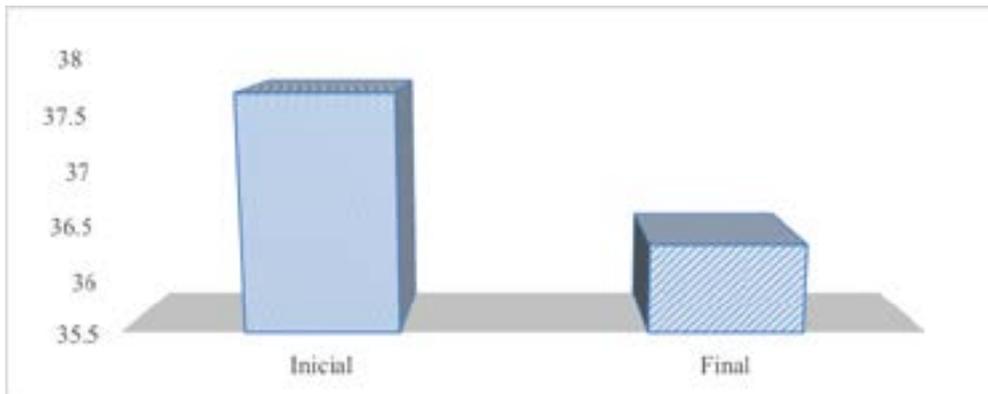
En general se observó una pérdida de peso de 3.3kg (Figura 1) que refleja una pérdida corporal de 4.5%, los hombres perdieron 31kg equivalentes al 3.1% y las mujeres 83.9 kg equivalentes a 4.6%. Estos valores nos revelan que los resultados son positivos, dado que se pierde peso de forma gradual.

FIGURA 2. ÍNDICE DE MASA CORPORAL



De acuerdo a la Figura 2, el número de pacientes con IMC normal aumentó de la primera a la tercera consulta de 4 a 7 pacientes, la frecuencia de obesidad tipo I disminuyó de 9 a 6 personas, la obesidad tipo II también disminuyó de 5 a 3 personas, por lo que aumentó el sobrepeso dos personas más en la consulta final.

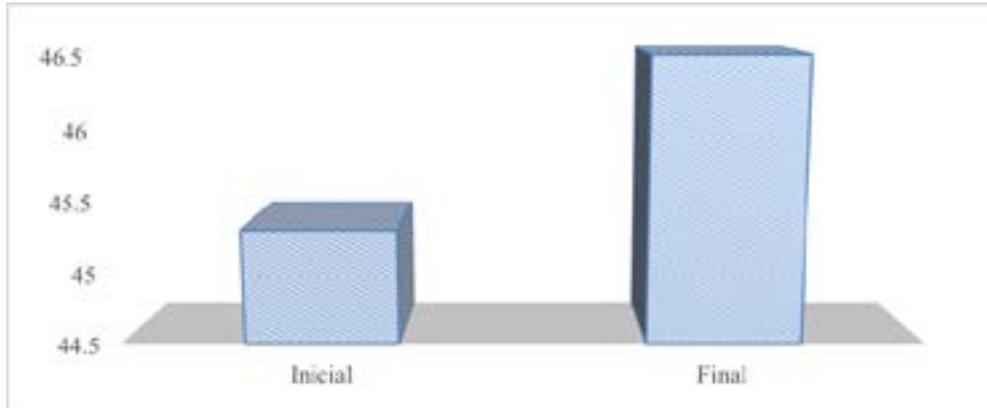
FIGURA 3. PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL



En general, el porcentaje de grasa inicial era de 37.69% que evalúa a la población en un alto riesgo para la salud, en la evolución final disminuye 1.37% quedando con un 36.32% (Figura 3). Respecto a la diferencia por sexo, los hombres fueron diagnosticados en el porcentaje de grasa corporal inicial de 37.69% y final de 36.32% que en ambos es diagnosticado como obesidad con una pérdida total de 1.37%. En

el caso de las mujeres se observó un porcentaje de grasa inicial de 39.52% obesidad y final de 38.08%, sobrepeso con una pérdida total de 1.44%.

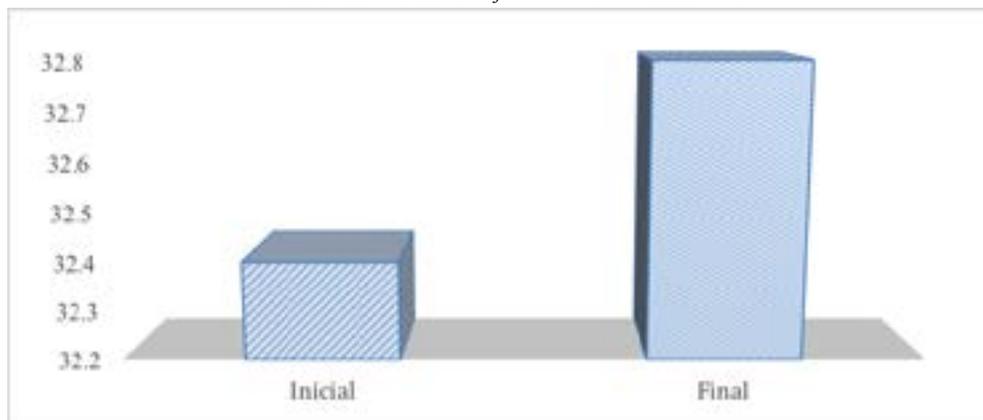
FIGURA 4. PORCENTAJE DE AGUA CORPORAL



En la Figura 4 se observa el promedio de porcentaje de agua inicial de 45.3% y 46.5% el final, lo que refleja un aumento de 1.2%. Los resultados del agua de los hombres presentan un porcentaje de hidratación inicial de 48.67% y final de 49.85% con un aumento de 1.18% que es evaluado como bajo nivel de hidratación, ya que el parámetro mínimo saludable es de 50%. En las mujeres se encontró un nivel de hidratación inicial de 43.95%, considerado bajo y final de 45.20% con un aumento de 1.25%, considerando que 45% es el rango mínimo saludable, por lo que alcanza a ubicarse en un buen nivel de hidratación.

En la Figura 5 se observa el porcentaje de masa muscular inicial de 32.4% y final de 32.8%, lo que refleja el aumento de 0.4%. Especificando por sexo, a nivel muscular los hombres presentaron un porcentaje inicial de 38% y final de 38.3% que en ambas mediciones se diagnostica como normal con un aumento total sólo de 0.3%. Las mujeres presentaron un porcentaje inicial de 30.16% que se diagnostica como normal y final de 30.53% diagnosticado como normal elevado con un aumento final de 0.37%, mientras que (Tabla 4) a nivel muscular se presentaron resultados leves pero favorables. Se dice que el aumento de tono y masa muscular se desarrolla a partir de la actividad física y ejercicio continuo, el aumento se puede aunar directamente a la pérdida de grasa y no a la actividad física, dado que esta última no fue evaluada.

FIGURA 5. PORCENTAJE DE MASA MUSCULAR



Según los hallazgos encontrados, se acepta que el apego a la alimentación mediterránea disminuye el porcentaje de grasa corporal y eleva la hidratación, mejora de forma directa los porcentajes de masa muscular de los pacientes ya que aunado a la disminución de grasa conlleva un aumento en la masa muscular total, pero el aumento de ésta va relacionado de mayor manera con el ejercicio regular del individuo.

La adherencia de un plan de alimentación no siempre resulta de forma positiva, existen diversos factores que influyen en que se siga de forma adecuada que van ligados de forma más directa al interés por cambiar sus hábitos a unos más saludables. En una intervención de adhesión a la dieta mediterránea en jóvenes universitarios (De la Montaña *et al.*, 2012) sólo se logró una adhesión del 31.2% en hombres y 35.2% en mujeres donde se refleja que estos universitarios deberían de modificar su dieta hacia patrones más saludables. En relación al presente estudio, los resultados reflejan una muy buena respuesta en torno a la adhesión al plan nutricional considerando los resultados de cada una de las mediciones.

CONCLUSIONES

Se logró establecer que el impacto de la alimentación mediterránea si influye de manera positiva en la composición corporal de los individuos ya que resultó una diferencia significativa en las medias de IMC, %MM, %Mg y % agua con $p < 0.05$ de acuerdo a la T de student.

Con el compromiso del paciente en respetar el plan de alimentación, adherirse a las recomendaciones nutricionales y de actividad física se logra establecer

una evolución en la pérdida de peso (4.5%), pérdida de grasa (1.7%), aumento de hidratación (1.2%) y mantener el tono muscular (0.4%).

REFERENCIAS

- Álvarez G. & Bendezu R. (2011), Estado nutricional y su relación con los hábitos alimenticios de los internos de la EAP de Enfermería de la Universidad Wiemer. Tesis de grado, Licenciatura en Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Wiener.
- Araneda, M. (2015), Eidualimentaria. Obtenido de Pirámide de la dieta mediterránea: <http://www.edualimentaria.com/alimentacion-saludable-dieta-mediterranea/piramide>
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios. Subdirección de Investigación. Facultad de Medicina y Hospital Universitario, UANL. <http://www.medicina.uanl.mx/investigacion/wp-content/uploads/2019/05/22-declaracion-de-helsinki-asociacion-medica-mundial-1.pdf>
- De la Montaña J. et al., (2012), «Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia», en *Nutr Clin.Diet. Hosp.*; vol.32, núm. 3, pp. 72-80. Recuperado de <https://revista.nutricion.org/PDF/ADHERENCIA.pdf>
- Gobierno de México 2014. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Disposiciones Comunes.
- FAO s/f. Nutrición Básica, Parte II, Capítulo 8. Composición corporal, funciones de los alimentos, metabolismo y energía.
- Márquez F. et al., (2008), «Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional», en *Antropo*, núm. 16, pp. 11-22. Recuperado de <https://bibliotecavirtual.diba.cat/documents/10934/3667829/document1.pdf>
- Martínez E. (2010), «Composición corporal: su importancia en la práctica clínica y algunas técnicas relativamente sencillas para su evaluación», en *Salud, Barranquilla. Ene-Jun*, vol. 26, núm. 1. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522010000100011&script=sci_abstract&tlng=es
- Martínez et al., (2011), «Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores de 50 años mediante parámetros dietéticos y de composición corporal», en *Nutr. Hosp.*, vol. 26, núm. 5, pp. 1081-1090. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000500024
- Omron Healthcare, (2014) Tablas de masa corporal. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/110-2014-10-28-tablas%20masa%20corporal.pdf>
- Ravasco P. et.al., (2010), «Métodos de valoración del estado nutricional», en *Nutr. Hosp.*, vol. 25, supl. 3, Madrid, Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecno-

- logía para el Desarrollo. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009
- Rodríguez M. (2000), «Efectos beneficiosos de la diete mediterránea», en Revista Offarm, vol. 19, núm. 3, pp. 104-109. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-efectos-beneficiosos-dieta-mediterranea-15467>
- Slowmed (2013), Food as a means of dialogue in. Obtenido de La dieta mediterránea: <https://dietamediterranea.com/slowmed.pdf>
- Secretaría de Salud (2015), Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico General de la Salud Poblacional.
- Tafur J. et.al., (2018), «Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor», en Revista Latinoamericana de P. 360-Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia. Recuperado de https://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf
- Zudaire M. (2015), ¿Qué es la composición corporal? Fundación EROSKI, España. <https://www.consumer.es/alimentacion/que-es-la-composicion-corporal.html>

USO DE OMEGA 3 PARA AMPLIAR LA CONSERVACIÓN DE LA MEMORIA EN PARÁLISIS CEREBRAL

SUZET CAROLINA TORRES HUERTA¹

ANAYANCIN ACUÑA RUIZ

ANA MARÍA HERRERA MEDRANO

Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas

RESUMEN

Se presentan los beneficios de la suplementación con omega 3, para el mejoramiento del funcionamiento neuronal, obteniendo así mejoras cognitivas durante la etapa de la adolescencia, en pacientes de la Asociación pro Paralítico Cerebral Zacatecas (APAC). Se analizó el comportamiento cognitivo de los alumnos adolescentes que abarcan de 12 a 18 años. **Metodología.** Tipo de estudio analítico, longitudinal, experimental, con un universo de estudio de 10 alumnos(as) que pertenecen a la Asociación Pro paralítico Cerebral de Zacatecas. Se realizaron 3 evaluaciones con un test adaptado de la encuesta NEUROPSI al inicio y final del estudio. Se proporcionó el complemento alimenticio con omega 3. **Resultados.** al realizar las mediciones iniciales, a mitad y final del estudio. El inicial consistió en una valoración sin el uso del suplemento, en el mediano se presentaron los primeros cambios con el suplemento omega 3, la investigación arrojó que los alumnos participantes presentaron mayor retención cognitiva; ya en el paso final se obtuvo una mejor perspectiva del proceso, mayor retención, mejor concentración y mayor desenvolvimiento cognitivo. Es mediante la comparación de los factores iniciales (sin suplementar) y los factores finales (con suplementación) o logros definitivos, que se dan las herramientas alimenticias para un mejor aprovechamiento, adquiriendo así la función del omega 3 en el desarrollo del sistema nervioso y en la funcionalidad del cerebro. Los resultados fueron favorables, puesto que se presentaron cambios en memoria, aprendizaje y rendimiento escolar. Los alumnos mostraron mayor atención al dirigir la palabra, retención

1 Correo de contacto: anayancin.acuna@uaz.edu.mx

de información y mayor autoestima, sin embargo, dicho cambio no se presentó en todos por igual, dado que cada organismo es diferente. De acuerdo con los resultados obtenidos, la suplementación con ácidos grasos omega 3, logró una mejoría en 4 de sus 7 áreas analizadas. Las cuales son memoria verbal espontánea, memoria verbal por claves, área de observación y memoria verbal por reconocimiento.

Palabras clave: Parálisis cerebral, omega 3, rendimiento cognitivo

ABSTRACT

The benefits of supplementation with omega 3 are presented, for the improvement of neuronal functioning, thus obtaining cognitive improvements during the stage of adolescence, in patients of the Zacatecas Brain Paralytic Association. The cognitive behaviour of adolescent pupils aged 12 to 18 was analyzed. **Methodology.** Type of analytical study, longitudinal, experimental, with a study universe of 10 students, who belong to the Pro Paralytic Brain Association of Zacatecas. Three evaluations were carried out with an adapted test of the NEUROPSI survey at the beginning and the end of the study. The dietary supplement was provided with omega 3. **Results.** The research showed by comparing the initial factors (without supplementation) and the final factors (with supplementation) or definitive achievements, which are given the food tools for better use, thus acquiring the function of omega 3 in the development of the nervous system and in the functionality of the brain. The results were favourable, because there were changes in memory, learning and school performance.

Keywords: Cerebral palsy, omega 3, cognition rendiment

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años se conoce que la deficiencia de algunos ácidos grasos esenciales puede provocar serias alteraciones en las personas, tales como problemas de crecimiento, desarrollo tanto físico como mental, cambios en la conducta y disminución de la agudeza visual.

Se conoce que, desde la fecundación, los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI), participan en la neurogénesis, migración neuronal, sinaptogénesis y mielinización. Las neuronas son las principales células del sistema nervioso, tienen como función

recibir información y por medio de impulsos nerviosos enviarla a lo largo de las redes de comunicación (órganos), por todo el sistema nervioso.

Hoy en día, el consumo de estos ácidos grasos, se han tomado más como de manera indispensable debido a la larga lista de enfermedades a las que las personas están propensas, su consumo o bien suplementación, debe ser parte de nuestros hábitos alimentarios diarios (Mataix, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud, en mujeres y varones adultos una ingesta del .5% total de energía diaria, corresponde a 1gr de omega 3 al día en mujeres y 1,6gr de omega 3 al día en hombres.

Evaluar el efecto del ácido graso omega 3 incorporado a la alimentación, sobre la memoria en adolescentes con Parálisis Cerebral, midiendo los cambios que se presentan en los 4 meses de evaluación. A través de esta investigación se analizó el comportamiento cognitivo de los alumnos adolescentes que abarcan de 12 a 18 años de edad, los resultados que se obtuvieron se compararon con el inicio (sin suplementar) y el final, obteniendo así la función de omega 3 en el desarrollo del sistema nervioso y en la funcionalidad del cerebro.

DESARROLLO

Al año 2010, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270, lo que representa el 5.1% de la población total (INEGI, 2016). La prevalencia de discapacidad en México para 2014 es de 6%, según los datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Esto significa que 7.1 millones de habitantes del país no pueden o tienen mucha dificultad para realizar las 8 actividades cotidianas: caminar, hablar o comunicarse, mover extremidades, recordar, vestirse, independencia, aprender con mayor facilidad y problemas emocionales o mentales (INEGI, 2016).

Las funciones del ácido graso poliinsaturado omega 3, se reconocen por ayudar a la mejora de la sinapsis de las neuronas, lo anterior con base en un estudio realizado sobre la influencia de omega 3 en la demencia (abordándose también en el declive cognitivo y la situación del deterioro cognitivo ligero). Caballer-García menciona que «una dieta pobre en ácidos omega-3, que se está convirtiendo en una tendencia en los hábitos alimentarios occidentales en los últimos tiempos» (Caballer-García & Jiménez-Treviño, 2010), podría figurar como un factor de riesgo para la aparición de alteraciones cognitivas.

Con referencia a los artículos mencionados y la evaluación que se realizó, se

logra comprobar que el uso de omega 3 como suplemento, administrado de manera disciplinada y constante, incrementa la capacidad de retención de información a partir del inicio de su aplicación, dando resultados favorables a corto plazo a quien lo consume. Actualmente no se tiene el conocimiento suficiente ante la sociedad acerca de los beneficios de este mismo, por ello la divulgación de estos aciertos, sería de alto beneficio.

Durante varias décadas la afectación cognitiva en niños y adultos con Parálisis Cerebral se ha situado en un segundo plano, sin darle mayor importancia. La mayoría de los estudios se centra en los problemas como alteración física (Pirila, *et al.*, 2004). En el año 2010, Pirila y Van Dee Meere, encontraron que jóvenes con Parálisis Cerebral presentaban bajas puntuaciones en pruebas de atención dividida, así como en la atención especial o centrada.

La Parálisis Cerebral como síndrome neurológico motor no progresivo, afecta a nivel neurológico provocando secuelas de tipo cognitivo, este trastorno se considera uno de los más presentes en las personas diagnosticadas.

En el año 2012, se presentó una investigación donde se demostró la función del ácido grasos omega 3 como ayuda en la mejora cognitivo a nivel académico, ya que los niños participantes de 7 a 9 años de edad que participaron aprendían a leer. Se suplemento con 600mg/día de aceite de alga a cada niño. Al final de la investigación se demostró que los niños que llevaron a cabo el uso de suplemento, tuvieron mayor facilidad de aprender a leer, comparando con los niños que no se implementó el aceite de alga (Richardson, Burton, Sewell, Spreckelsen, Mongtomery, 2012).

MÉTODO

Tipo de estudio: analítico, longitudinal, experimental. Universo de estudio: 10 alumnos(as) que pertenecen a la Asociación Pro paralítico Cerebral de Zacatecas, Zac. La selección se efectuó mediante el diagnóstico médico ya inscrito en su historia clínica. Tipo de muestra: de conveniencia.

Evaluación: Se realizaron 3 evaluaciones con un test adaptado de la encuesta llamada NEUROPSI (mide la conservación de atención y memoria); así los cambios que se obtuvieron al inicio y final de la evaluación, se lograron corroborar.

Descripción por áreas del test:

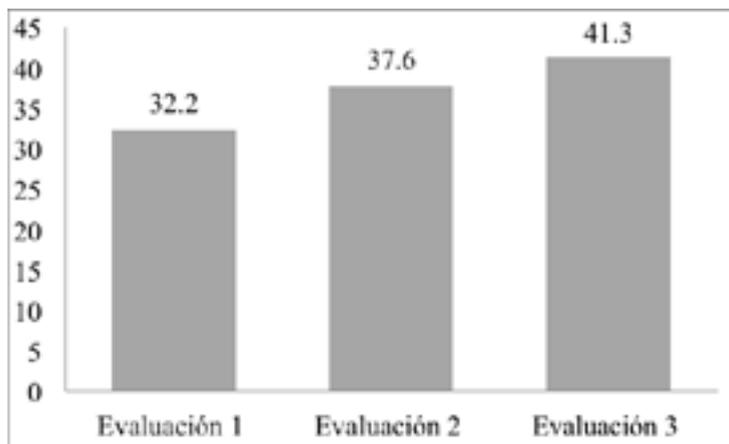
- Orientación: esta se enfoca en observar si el alumno se encuentra orientado en tiempo y espacio. Tiene un valor total de 7 puntos.

- Codificación de caras: se enfoca a poder relacionar las caras con los nombres de las personas que se muestran en la imagen, la cual se les dio a conocer durante la evaluación. Tiene un valor de 4 puntos.
- Formación de categorías: Los alumnos relacionan cuatro diferentes imágenes que tienen algo en común. Por ejemplo, se muestran las imágenes de cuatro partes de cuerpo (boca, ojo, pierna y brazo) y se explica que la boca y el ojo pertenecen a la cara, así como el brazo y pierna pertenecen a las extremidades. Se muestran varias imágenes que se pueden relacionar, pero con límite de tiempo para realizarlo (5 min). Tiene un valor de 25 puntos.
- Memoria verbal espontánea: Se presenta una lista de palabras (cuerpo, animales, frutas) las cuales se dicen de manera continua, al final los alumnos deben repetir las palabras y así se puede corroborar el aumento o disminución de la retención de información rápida y repentina. Tiene un valor de 12 puntos.
- Memoria verbal por claves: Se muestra la misma lista anterior de diferentes palabras (frutas, partes del cuerpo y animales), se hace la misma dinámica, pero la diferencia es que al final se pide al alumno diferenciar y dividir por grupos las palabras. Tiene un valor de 12 puntos.
- Memoria verbal por reconocimiento: Se presenta una lista de varias palabras, las cuales incluyen las anteriores, pero también algunas que no se mencionaron. El objetivo de este apartado es observar si el alumno logra diferenciar las palabras mencionadas de las que no se encuentran dentro de la lista. Tiene un valor de 12 puntos.
- Evocación de nombres: Muestra una vez más los nombres e imágenes que se muestran al principio de la evaluación (área de codificación de caras). El objetivo de ésta es que al terminar la encuesta se recuerden los nombres y caras de las personas. Tiene un valor de 8 puntos.
- El total de los puntos en el test son: 80 puntos (Ardila & Ostrosky, 2012).

RESULTADOS

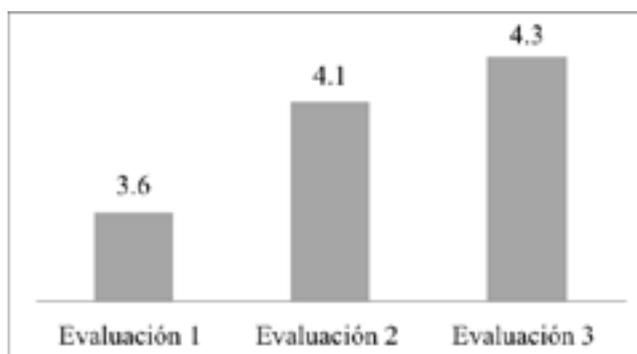
Los resultados fueron favorables, ya que se presentó al menos un cambio mínimo (memoria, aprendizaje, rendimiento escolar, aunado a la mejora de autoestima).

FIGURA 1.
COMPARATIVO GLOBAL DE LAS 3 EVALUACIONES



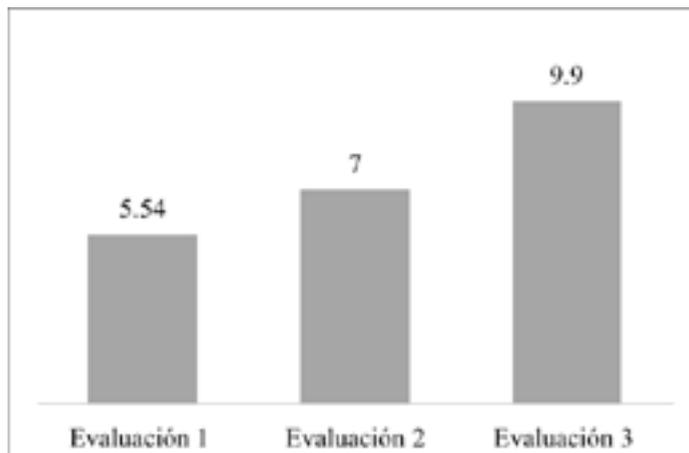
En la Figura 1 se muestra el resultado de las tres evaluaciones realizadas en el ciclo escolar 2015–2016, de febrero a julio. Basándose en los resultados del valor de la media, la cual se mantuvo como punto clave para observar los resultados de las evaluaciones, demuestra el aumento de la media conforme pasaba el tiempo y se realizaban las evaluaciones de manera individual.

FIGURA 2.
COMPARATIVO DEL ÁREA DE ORIENTACIÓN



La Figura 2 indica el área que se muestra en la evaluación que es la de orientación, esta se enfoca en observar si el alumno se encuentra orientado en tiempo y espacio. En comparación con la primera evaluación, los alumnos mostraron mayor orientación en espacio y tiempo (edad, hora, fecha, nombre, localidad, etc). Lo que muestra como resultado un aumento de 0.7 de la media.

FIGURA 3.
COMPARATIVO DE MEMORIA VERBAL POR RECONOCIMIENTO



En la Figura 3 se presenta una lista palabras, las cuales incluyen a las anteriores, pero también algunas que no se mencionaron. El objetivo de este apartado es observar si el alumno logra diferenciar las palabras mencionadas de las que no se encuentran dentro de la lista. Los resultados muestran una elevada diferencia entre la primera evaluación y la tercera, ya que se encuentra un aumento de 4.36 valor de la media.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, la suplementación con ácidos grasos omega 3, logró una mejora en la mayoría de las áreas analizadas. De las 7 áreas que se presentan en la evaluación sólo 4 tuvieron un cambio notorio las cuales son área de observación, memoria verbal espontánea, memoria verbal por claves, memoria verbal por reconocimiento.

En el caso de la investigación que se realizó en APAC, los alumnos mostraron

una mejoría notoria en aprendizaje, especialmente en el área de memoria verbal por reconocimiento. La prevención o tratamiento oportuno de la pérdida de memoria es de gran peso, ya que mientras más pronto se suplemente mejores son los resultados.

En el año 2006, Tolentino, León, Herrera, Fernández y González, hicieron una investigación acerca de los efectos de omega 3 en la función neuronal. En el cual se obtuvo un efecto positivo, ya que, si se tiene un nivel bajo de este ácido graso en las membranas neuronales, propicia la disminución de la transmisión nerviosa, por lo que es importante mantener un nivel óptimo de omega 3 en el consumo diario. Comparando con los alumnos de APAC, se mostró un cambio favorable, especialmente cuando se les cuestionó en el área verbal por reconocimiento (la cual tiene por objetivo diferenciar la lista de palabras nombradas a las que no se nombraron). Se obtuvo una mejora de capacidad de memoria, ya que las neuronas se mantenían con un nivel adecuado de omega 3 y facilita la transmisión de sinapsis (Coronado-Herrera, Vega y León, Gutiérrez-Tolentino, García-Fernández, 2006).

Cabe mencionar que los padres de familia y maestros de la Institución notaron cambios relevantes en algunos de los alumnos, ya que presentaban mayor fluidez al hablar y mejor comunicación, entre los compañeros de escuela o los maestros.

CONCLUSIONES

El consumo de omega 3 de manera constante y en dosis adecuadas de acuerdo a la edad de cada persona, puede ser un aliado.

Conforme a los resultados presentados, se obtiene un efecto bastante notorio, comparando el inicio y final de las 3 evaluaciones realizadas durante el periodo de investigación. A medida que pasa el tiempo y se realizan las evaluaciones, se comprueba que hay un aumento del valor de la media, asimismo, teniendo un cambio positivo en los alumnos, hablando cognitivamente.

Dividiendo los resultados por áreas, de las evaluaciones realizadas, se comprueba que el área de orientación, muestra una mayor orientación en tiempo y espacio, ya que los resultados presentan un aumento del valor de la media de 0.7 en comparación con la primera evaluación. Los alumnos se observan con mayor satisfacción tanto personal como escolar a nivel cognitivo, ya que se muestran más confiados y tienen mayor facilidad de palabra y diálogo.

Así que tomando en cuenta todos los aspectos sobre los resultados se concluye que el ácido graso omega 3, es un excelente colaborador para la mejora del rendimiento cognitivo (memoria, aprendizaje). Por lo que es altamente recomendado

para la prevención y disminución de padecimientos relacionados con problemas cognitivos. Se recomienda continuar con la investigación de las bondades de omega 3, dado que aún falta mucho por descubrir.

REFERENCIAS

- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012), «Síndromes neuropsicológicos», en Guía Para El Diagnóstico Neuropsicológico, pp. 82–87. <https://doi.org/10.1111/j.1752-1734.2009.01350.x>
- Caballer-García, J., & Jiménez-Treviño, L. (2010), «Ácidos omega-3 en psicogeriatría: Implicaciones en depresión y demencia», en Revista de Neurología, núm. 2(2), pp. 83–92.
- Coronado-Herrera M, Vega y León S, Gutiérrez-Tolentino R, García-Fernández B, D.-G. G. (2006), «Los ácidos grasos omega- 3 y omega- 6: nutrición, bioquímica y salud», en Revista de Educación Bioquímica, núm. 25, pp. 72-79. Retrieved from www.redalyc.org/pdf/490/49025302.pdf
- INEGI (2016), Población. Discapacidad [Versión Electrónica] Recuperado el 12 de Diciembre de 2016, Disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
- Mataix J, y A. Gil (2004), Los ácidos grasos poliinsaturados w-3 y monoinsaturados tipo oléico y su papel en la salud, Editorial Médica Panamericana, Argentina, pp. 13–47.
- Richardson, Burton, Sewell, Spreckelsen, Mungtomery, (2012), Docosahexaenoic Acid for Reading, Cognition and Behavior in Children Aged 7–9 Years: A Randomized, Controlled Trial (The DOLAB Study).
- Silja Pirila, Jaap van der Meere, Paivi Korhonen, Pirjo Ruusu-Niemi, Mirkka Kyntaja, Pirkko Nieminen & Raija Korpela (2004), «A Retrospective Neurocognitive Study in Children with Spastic Diplegia», en *Developmental Neuropsychology*, núm. 26, pp. 679–690.

ESTILO DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

MA. ALEJANDRA HERNÁNDEZ CASTAÑÓN¹

VICTORINA CASTREJÓN REYES

BEATRIZ GARZA GONZÁLEZ

OSCAR ÁNGEL GÓMEZ TERÁN

SANDRA JENNY CORTÉS HEREDIA

Universidad Autónoma de Querétaro

RESUMEN

Introducción. La promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella para su cuidado. **Objetivo.** Conocer la situación de estilos de vida en estudiantes en Ciencias Sociales de una universidad pública. **Diseño.** Descriptivo-transversal. **Método.** Se utilizó la escala de Estilos de Vida Saludable de J. Nola Pender (Chaparro, 2014) y fue aplicado al total de estudiantes inscritos a la facultad y que acudieron el día de la aplicación del instrumento (371), previo consentimiento verbal. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes en el estudio. Se efectuó estadístico univariado obteniéndose frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión, utilizando el programa estadístico SPSS v. 22. **Resultados.** la media estadística de las dimensiones que conforman el estilo de vida, las que mayor atención requieren son: actividad física (16.84%), manejo del estrés (17.24) y responsabilidad con su salud 18.62%). En el estilo de vida global se tiene un 64.5% de cumplimiento de los indicadores planteados. **Conclusión.** Las áreas de oportunidad para establecer acciones concretas de promoción de la salud son actividad física, manejo del estrés y responsabilidad con su salud.

Palabras clave: Estilos de vida, Estudiantes de licenciatura, Promoción de la Salud.

¹ Correo de contacto: alehdez983@yahoo.com.mx

ABSTRACT

Introduction. Health promotion consists in providing the population with the necessary means to improve their health and exercise greater control over it for their care. **Objective.** To know the situation of lifestyles in students in Social Sciences of a public university. **Design.** Transversal descriptive. **Method.** The scale of Healthy Lifestyles of Nola Pender (Chaparro, 2014) was used and was applied to the total of students enrolled in the faculty and who attended the day of application of the instrument (371), with prior verbal consent. Univariate statistics were performed obtaining frequencies, percentages and measures of central tendency and dispersion, using the statistical program SPSS v. 22. The confidentiality of the information and the anonymity of the participants in the study were guaranteed. **Results.** The statistical average of the dimensions that make up the lifestyle, the ones that require the most attention are: physical activity (16.84%), stress management (17.24) and responsibility with your health 18.62%). In the global lifestyle there is a 64.5% compliance with the indicators proposed. **Conclusion.** The areas of opportunity identified to establish concrete actions are physical activity, stress management and responsibility with your health.

Keywords: Lifestyles, Bachelor students, Health Promotion

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella. La salud como derecho humano fundamental consignado en la Carta de Ottawa (PAHO, 1986), se sustenta en pre-requisitos tales como la paz, educación, vivienda, alimentación, un ecosistema estable, la justicia social y equidad, por lo que es de suma importancia el papel de las organizaciones, la comunidad y el comportamiento individual para mejorar la salud (Vidal, *et al.* 2014).

Sin embargo, las desigualdades sociales son responsables de una pobre salud entre los grupos que enfrentan situaciones que los vulneran, tales como menores niveles de educación, ingresos y ocupación, quienes suelen tener menor esperanza de vida y una alta prevalencia de enfermedades; por lo que las condiciones de salud individual o de un grupo poblacional en un momento histórico, están condicionadas por los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (Salgado, *s/f*), por lo que el ser humano al relacionarse con el medio externo se auto programa, autorregula

y adapta su conducta para su cuidado, ya sea para recuperar su salud, para el autocuidado colectivo en acciones planeadas y desarrolladas en cooperación con otros miembros de la comunidad, familia o grupo y finalmente se tiene el autocuidado individual conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo como gestor de su salud (Barragán-Ledesma, 2015).

El Modelo de DSS postulado por la OMS en el año 2005, incorpora elementos relevantes a considerar como factores asociados y predictores en la adopción de estilos de vida promotores de salud tales como aspectos biológicos y genéticos, del medio ambiente y entornos, el sistema de salud y estilos de vida, dependiendo de éstos últimos, prácticamente la mitad de los DSS (Vidal, *et al.*, 2014).

Por lo anterior, es importante conceptualizar el estilo de vida, como «La forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales (OMS,1998). Por su parte, J. Nola Pender propone el modelo de Promoción de la Salud en 1987 y revisado en 2002, este modelo fue construido con base a la Teoría de aprendizaje social de Bandura y la importancia de los procesos cognitivos en la modificación de comportamientos, así como por la Teoría de Fishbein sobre la acción razonada, por lo que la conducta depende de actitudes personales y de normas sociales (Chaparro, 2014).

De esta forma, el propósito del presente estudio es identificar la situación de estilos de vida en estudiantes en Ciencias Sociales de una universidad pública en el Estado de Querétaro, que sirva como base para el establecimiento de estrategias en salud, tendientes a mejorar aquellas dimensiones que requieran atención.

DESARROLLO

El concepto de promoción de la salud en universidades e instituciones de educación se basa en el trabajo, experiencia y aprendizaje de los movimientos denominados Comunidades Saludables, tienen como fundamento la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986, la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado en 2005, de igual forma, las Metas del Milenio del año 2000 y la Iniciativa de la Sociedad Civil de 2001 emitidas por el OMS, son importantes para determinar el rol y responsabilidad de las instituciones de educación superior, para coadyuvar en la salud y bienestar de la sociedad (PAHO/WHO, s/f).

Por otra parte, en la Carta Edmonton del 2005, se establece la importancia de las Universidades e Instituciones de educación superior en la Promoción de la

Salud, al observar internamente sus propios sistemas, proceso y cultura, así como su relevancia en la salud individual, organizacional y el bienestar, al asumir el liderazgo a través de la colaboración y redes de trabajo, ya que tienen procesos de gobierno colegiado propios que pueden favorecer (PAHO/WHO, 2007).

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2007); describe a la juventud como un periodo particularmente favorable en cuanto al estado de salud de su población menciona que la característica principal tiene que ver con el vigor y la entereza. Paradójicamente, es también una de las etapas en la cual se enfrenta a diversos riesgos que se derivan de sus formas de actuar (curiosidad y afirmación como experiencia en los diversos grupos), considerando que estas formas tienen que ver con la época y sociedad determinadas.

En este orden de ideas, los estilos de vida son el resultado de patrones de comportamiento de los individuos y de la comunidad en que éstos se desarrollan, por lo tanto, las acciones dirigidas a modificar dichos estilos deben incluir las condiciones sociales de vida, de ahí que también se puede influir de forma paralela en modificar la relación de los individuos con su medio ambiente.

En el caso particular que nos ocupa, se puede establecer que el ingreso a la educación superior trae cambios para los estudiantes en el sentido de la educación, el aprendizaje, relaciones interpersonales y las perspectivas del futuro. Los estudiantes se encuentran con una serie de novedades y modificaciones, además de lidiar con otras situaciones como vivir lejos de la familia y asumir las actividades de la vida diaria (comer, vestirse), aunado a las actividades académicas y el cumplimiento del programa educativo (De Carvalho, Pereira, Reus, Limberger, 2014). Estos cambios, pueden repercutir en la adopción de estilos de vida no saludables y, por ende, incrementar los riesgos de enfermar. En este sentido, la implementación de un programa de cuidado de la salud, debe contener actividades dirigidas en términos de prevención universal, prevención selectiva e indicativa.

En el marco de las Universidades Promotoras de la Salud (UPS), la experiencia en esta Facultad se fundamentó en el Plan con el que se genera esta propuesta en la que se considera crear redes y conexiones en la que participe cada miembro de esta comunidad con la finalidad de fomentar el autocuidado como una acción diaria considerando aspectos macro (Universidad-Facultad) y personales que permitan enfocarnos en el bienestar individual y colectivo con base en un conjunto de programas con enfoque multidisciplinar, el propósito es coadyuvar en la formación educativa y adquisición de conductas promotoras de la salud en estudiantes.

La medición del estilo de vida promotor de la salud se ha efectuado a nivel internacional con la escala Perfil del Estilo promotor de la Salud-II, basado en el Modelo de Nola Pender, obteniendo como resultado que los seis factores de que consta el instrumento explican el 45.9% de la varianza con un Alfa de Chronbach de 0.93, (Vidal, *et al.*, 2014) por lo que, derivado de su alta confiabilidad, se considera este instrumento como útil para el diagnóstico y seguimiento de los estilos de vida saludables entre la población de la facultad.

MÉTODO

Se realizó un diseño descriptivo transversal en estudiantes de las licenciaturas de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, en una universidad pública en Querétaro, Qro. Se utilizó la escala de Estilos de Vida Saludable de Nola Pender revisado en 2002, al total de estudiantes inscritos a la facultad y que acudieron el día de la aplicación del instrumento (371), previo consentimiento verbal. Los resultados de la escala, así como la información obtenida de la cédula de identificación, forma parte del diagnóstico en salud que sirve de base para establecer las primeras estrategias y acciones tendientes a favorecer el autocuidado en los jóvenes estudiantes. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes en el estudio. El análisis estadístico univariado se basó en la obtención de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión, para lo cual se utilizó el programa estadístico SPSS v. 22.

RESULTADOS

Se entrevistó a los estudiantes de las siete carreras que se imparten en la FCPyS campus centro y en los campi de Amealco y Cadereyta, Qro. Como se muestra en la Tabla 1; las licenciaturas con mayor porcentaje de estudiantes son Comunicación y periodismo (34%), Ciencias Políticas y Administración Pública (20.8%) y Sociología (16.4%)

En relación con el semestre, el 49.3% de los estudiantes cursan el segundo semestre correspondiente al Área Básica, a partir del tercer semestre distribuyen en la licenciatura correspondiente, de ahí que los siguientes semestres indiquen porcentajes entre 15 y 19% de la población estudiantil (Tabla 2).

La edad de los estudiantes se encuentra entre 17 y 21 años, disminuyendo el porcentaje para edades entre 22 y 24 años, finalmente se ubica un grupo de 25 años y más (Figura 1).

TABLA 1.
DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES POR CARRERA Y SEXO, FCPy S

<i>Carrera</i>	<i>Mujer</i>	<i>%</i>	<i>Hombre</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Comunicación y periodismo	76	35.0	52	36.1	128	35.5
Sociología	41	18.9	20	13.9	61	16.9
Ciencias Políticas y Administración Pública	39	18.0	38	26.4	77	21.3
Relaciones Internacionales	16	7.4	7	4.9	23	6.4
Estudios Socio-territoriales	22	10.1	15	10.4	37	10.2
Desarrollo Local	13	6.0	2	1.4	15	4.2
Gestión Pública y Gobierno	10	4.6	10	6.9	20	5.5
Total	226	100	145	100	371	100

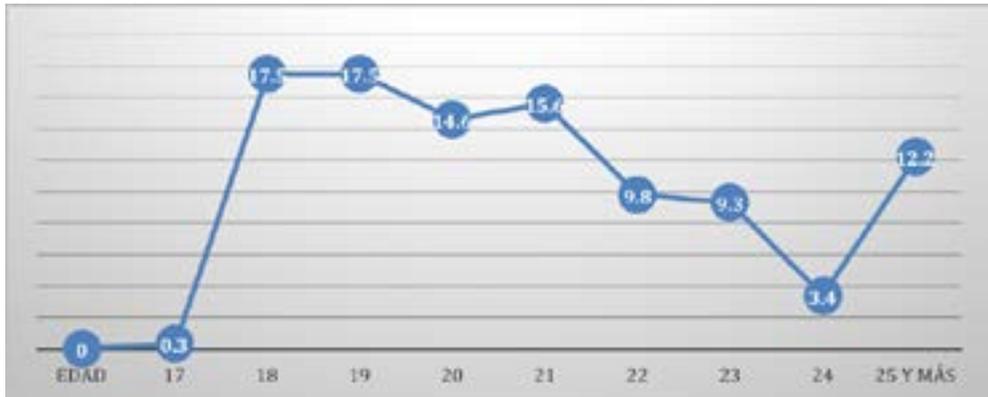
Nota: Elaboración propia a partir de cédula de identificación *n* = 371

TABLA 2.
DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES POR SEMESTRE Y SEXO, FCPy S

<i>Semestre</i>	<i>Mujer</i>	<i>%</i>	<i>Hombre</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Segundo	108	47.8	75	51.7	183	49.3
Cuarto	34	15.0	22	15.2	56	15.1
Sexto	44	19.5	29	20.0	73	19.7
Octavo	40	17.7	19	13.1	59	15.9
Total	226	100	145	100	371	100

Nota: Elaboración propia a partir de cédula de identificación *n* = 371

FIGURA 1.
EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA FCPyS



De acuerdo con la escala de Estilos de Vida, se describirán los principales resultados con cada una de las sub-escalas que la conforman y del global ya descritas en Chaparro (2014).

Nutrición

Se valora en 9 ítems, esenciales para el sostenimiento, la salud y el bienestar. Esto incluye la elección de una dieta diaria saludable consistente con los lineamientos provistos en la pirámide nutricional, sin embargo, prácticamente la mitad de los hombres como mujeres, nunca o sólo algunas veces consume los alimentos y porciones requeridas.

Actividad física

Se valora con 8 ítems, en los que no se observan diferencias sustanciales por sexo, ya que más de un 70% de los estudiantes no siguen un programa de ejercicios, el 63% no realizan ejercicio por lo menos tres veces a la semana y en porcentaje similar, no llevan a cabo actividades como caminar, bailar, o nadar. Tampoco tiene el conocimiento de medir su pulso o frecuencia cardíaca.

Responsabilidad en Salud

Se valora a partir de 9 ítems, en los que estudiantes mencionaron que algunas veces acuden al médico ante una señal inusual o síntoma extraño (49.2%), e informan

que su acercamiento hacia el mejoramiento de la salud lo tienen a partir de programas de televisión (86.2%), pero no acuden a profesionales de salud para discutir su problemática o pedir una segunda opinión, aunado a que no realizan examen mensual de su cuerpo, a pesar de indicar que el 93.3% de los entrevistados han asistido a cursos sobre el cuidado de la salud.

Manejo de estrés

En el manejo de estrés (8 ítems), se observa que los estudiantes no duermen nunca o algunas veces lo suficiente (64.6%), sólo algunas veces toman tiempo para relajarse (41.1%), no tiene un método para manejar su tensión (70%), no practica relajación o meditación (86%) y refieren no mantener un balance para prevenir el cansancio (78%), por lo que prácticamente el 45.9% no tiene un balance entre su actividad escolar y trabajo.

Relaciones interpersonales

Es la dimensión (9 ítems) que en términos generales mejor se evalúan, ya que entre el 35 y 50% de los entrevistados frecuentemente solicitan el apoyo con familiares y amigos cercanos.

Crecimiento espiritual

En esta dimensión constituida por 13 ítems, casi la mitad de los estudiantes refieren que frecuentemente han crecido de forma positiva, que su vida tiene un propósito y se sienten satisfechos consigo mismo.

Finalmente, al analizar la media estadística de las dimensiones que conforman el estilo de vida, las que mayor atención requieren son: actividad física (16.84%), manejo del estrés (17.24) y responsabilidad con su salud 18.62%). En el estilo de vida global se tiene un 64.5% de cumplimiento de los indicadores planteados en el instrumento (Tabla 3).

TABLA 3.

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL ESTILO DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN DE ESTILOS DE VIDA

<i>Dimensión</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>DE</i>	<i>Rango</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Nutrición	20.18	20.00	18.00	4.18	25.00	9.00	34.00
Actividad Física	16.84	16.00	12.00	5.70	23.00	8.00	31.00
Responsabilidad en Salud	18.62	18.00	16.00	5.12	27.00	9.00	36.00
Manejo de Estrés	17.24	17.00	15.00	4.12	23.00	8.00	31.00
Relación interpersonal	25.27	25.00	25.00	4.75	26.00	10.00	36.00
Crecimiento	24.77	25.00	28.00	5.28	27.00	9.00	36.00
Estilo Global	122.64	121.00	118.00	21.94	127.00	63.00	190.00

Nota: Elaboración propia

CONCLUSIONES

El realizar estudios diagnósticos sobre Estilos de Vida en estudiantes de nivel licenciatura, permite ubicar cuales son las áreas de oportunidad en este grupo etareo, para desarrollar actividades promotoras de la salud, que como lo menciona Redondo (2004) que puedan incidir directamente en la modificación de estilos de vida/conductas saludables; lo que puede favorecer el desarrollo de una cultura de salud individual y colectiva.

De esta forma, la universidad como institución formadora pueden influir positivamente, a partir de la información y formación de sus estilos de vida para responsabilidad con su autocuidado y de su contexto próximo. De esta forma Lange (2006), refiere que las actividades principales de la universidad son la docencia y la investigación, lo que permite la incorporación del concepto de salud como una responsabilidad personal y social.

REFERENCIAS

Barragan-Ledesma, L., González-Peraza, M., Estrada-Martínez, S., Hernández-Cosain, Y., Hernández-Cosain, E., Ríos-Valle, J., & Flores-Saucedo, M. (2015), «Estilos de Vida y dimensiones, en estudiantes universitarios de área de la Salud», en *Ciencia y Humanismo en la Salud*, núm. 2 (2), pp. 53-63.

- Chaparro, L., Vargas, L., Blanco, J.P., Carreño, S.P. (2014), Universidad Saludable a partir del análisis de los estilos de vida de la comunidad universitaria de la sede Orinoquia-Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Proyecto 13391.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2007), Situación actual de los Jóvenes en México. Cap. 3. La salud de los jóvenes. Disponible en <http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/03.pdf>
- De Carvalho, V., Pereira, M., Reus, T.R., & Limberger, A. (2014), «Diagnóstico de comportamientos y de hábitos de salud de los estudiantes universitarios», en *Paradigma*, núm. 35 (1), pp. 167-179.
- Lange I. (2006), Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior. OOS/INTA/Universidad Católica de Chile. Disponible en <http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf>
- Organización Panamericana de Salud (PAHO, 1986), Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Consultado (20/05/2017). Disponible en <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Organización Panamericana de Salud (PAHO, 2007), The Edmonton Charter for Health Promoting Universities and Institutions of higher education. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10669%3A2015-about-health-promoting-universities.
- Redondo, E. P. (2004), Introducción a la Educación para la Salud, Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
- Salgado de Snyder, V.N. (s/f), La investigación en Salud Pública y los Determinantes Sociales de la Salud. Academia de Ciencias de Morelos, A.C. Disponible en
- OMS/Ministerio de Sanidad y Consumo (1998), Promoción de la Salud, Glosario, World Health Organization. Consultado el (12/06/2017). Disponible en <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Müller, R., Rodríguez, M., & Chávez, A. (2014), «Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile», en *Ciencia y Enfermería*, núm. 20(1), pp. 61-74.

INTERVENCIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ALUMNOS ESCOLARES DEL ESTADO DE MÉXICO

CLAUDIA CONCEPCIÓN SANTANA GONZÁLEZ¹

MIRÍAM GÓMEZ ORTEGA

GENOVEVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

BARBARÁ DIMAS ALTAMIRANO

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

Introducción: Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. **Objetivos.** Ejecutar intervención en estilos de vida saludable en alumnos escolares del sexto grado de una primaria del Estado de México. **Método.** Fue un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal e intervención, el universo fueron alumnos de una primaria en el Estado de México, la muestra alumnos del sexto grado, el muestreo no probabilística, por conveniencia de 118 alumnos. Se aplicaron dos instrumentos: incluyó datos sociodemográficos y estilo de vida saludable. Se llevó a cabo en dos etapas de diagnóstica y de intervención. Para la intervención se dieron sesión de alimentación y actividad física de 30 minutos antes del recreo una duración de dos horas tres veces por semana. **Resultados.** En la etapa de intervenciones el índice de masa corporal fue el 28% sobrepeso, 72% normal. En la actividad física el 100% realizan algún deporte. El tipo de actividad física el 60% realiza fútbol, únicamente el 40% corren. El 100% conoce el plato del bien comer y la jarra del buen beber. **Conclusión.** Aplicar intervenciones en estilos de vida saludable coadyuva a la salud de la población escolar mejorando el estado físico, mental y social previniendo de enfermedades crónicas de generativas en la etapa adulta.

Palabras clave: Intervención, alumnos, vida saludable.

1 Correos de contacto: claudiasantanagonzalez@gmail.com, ccsantanag@uaemex.mx

ABSTRACT

Introduction. Lifestyles have been considered as determining and conditioning factors of an individual's state of health. **Objectives.** To carry out an intervention in healthy lifestyles in sixth grade schoolchildren of a primary school in the State of Mexico. **Method.** It was a study with a quantitative, descriptive, cross-sectional and intervention approach, the universe was students from a primary school in the State of Mexico, the sample was sixth grade students, non-probabilistic sampling, for convenience of 118 students. Two instruments were applied: it included sociodemographic data and a healthy lifestyle. It was carried out in a diagnostic and intervention stage. For the intervention, a 30-minute feeding and physical activity session was given before recess, lasting two hours three times a week. **Results.** In the intervention stage, the body mass index was 28% overweight, 72% normal. In physical activity, 100% perform some sport. Regarding the type of physical activity, 60% do soccer, only 40% run. 100% know the plate of good eating and the jug of good drinking. **Conclusion.** applying interventions in healthy lifestyles contributes to the health of the school population by improving the physical, mental and social state, preventing chronic generative diseases in adulthood.

Keywords: Intervention, students, healthy life.

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida saludables son considerados como un conjunto de hábitos, comportamientos y conductas que llevan a los individuos a alcanzar un nivel de bienestar y satisfacción plena de sus necesidades en la vida; por el contrario, los estilos de vida no saludables están relacionados con comportamientos que generan efectos negativos para la salud (Díaz, Belén y Torres, 2015).

Refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante, en 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad (OMS, 2019).

Además, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2018) se evaluó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. En niños en edad escolar de 5 a 11 años de edad, tres de cada 10 menores padecen sobrepeso 18% u obesidad 17% (prevalencia combinada de 35.6%).

Reyes *et al.*, (2017), en su estudio de prevalencia de obesidad infantil relacionada con hábitos alimenticios y de actividad física refiere la prevalencia total de obesidad y sobrepeso infantil fue de 37.8%. El 68.9% consume alimentos «chatarra» menos de dos veces por semana; 1.6% ingiere comida rápida más de tres veces por semana; 47.5% consume bebidas azucaradas menos de dos veces a la semana y la mayoría de los niños tiene un horario establecido para jugar o practicar alguna actividad física tres o más veces por semana.

De acuerdo a Campos *et al.*, (2019) en su estudio estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes, de muestra niveles de actividad física, el 65.4% de los niños, niñas y adolescentes participantes se categoriza como inactivo.

Por lo anterior; es necesario realizar programas de salud, aplicando intervenciones contando con estrategias, programas específicos con la finalidad de mejorar el estado de salud de las personas en las diferentes etapas de la vida.

Reconociendo la Organización Mundial de la Salud (2004), aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

En México se reconoce las recomendaciones el Instituto Mexicano del Seguro Social (2020), una alimentación incluye hacer 5 comidas al día, 3 principales y dos colaciones, aumentar el consumo de verduras, frutas y cereales integrales, evitar o reducir el consumo de alimentos industrializados o ultra procesados, beber de 6 a 8 vasos de agua natural al día y evitar el consumo de refrescos, jugos y bebidas azucaradas.

Por otra parte, se define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, incluso durante el tiempo de ocio, de acuerdo a la intensidad en moderada o intensa. La OMS (2020) sugiere, en los niños y adolescentes, realizar actividad física 60 minutos al día de ejercicio en una intensidad moderada a intensa, principalmente aeróbicas, al menos tres días a la semana; coincidiendo con el Instituto de Salud del Estado de México e Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO

Ejecutar intervención en estilos de vida saludable en alumnos escolares del sexto grado de una primaria del Estado de México.

MÉTODO

Es un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal e intervenciones. El universo fueron alumnos de una primaria el Estado de México, la muestra alumnos del sexto grado, el muestreo no probabilística, por conveniencia de 118 alumnos, criterios de exclusión alumnos con ausentismo o que no firmaron el consentimiento informados el padre o tutor. Se llevó a cabo en dos etapas; de diagnóstica e intervenciones. Se aplicaron 2 instrumentos: datos sociodemográficos y estilo de vida saludable. La técnica fue una encuesta, el instrumento es un cuestionario integrados por estilos de vida saludable, validados por expertos.

En la primera etapa de diagnóstico se realizó la medición antropométrica para determinar, peso, talla y se calculó el IMC, posteriormente se les aplicó un cuestionario de estilos de vida saludable.

En la segunda etapa de intervenciones, integrada por sesiones y actividad física, cada sesión integrada por una conferencia, videos, trípticos, carteles, y se colocaron periódicos murales en la escuela con temas relacionados a modificar estilos de vida saludable. Las conferencias fueron actividad física y orientación alimentaria, se consideró las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013 a sí mismo en actividad física se aplicó de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud; para niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad; el ejercicio fue aeróbico el caminar y correr una duración de 30 minutos diarios antes del recreo escolar; en orientación alimentaria por otra parte; retomando la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, se consideraron temas como: el plato del bien comer y jarra del bien beber, las sesiones de educación y promoción para la salud fueron tres veces por semana de una duración de unas dos horas durante dos meses.

Considerado los aspectos bioéticos; es un estudio sin riesgo se sustentó en el Artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y la Ley General de Salud en el Artículo 100. Los padres de familia firmaron el consentimiento. Posteriormente, se realizó el análisis y la interpretación de datos mediante el programa estadístico SPSS, versión 22.

RESULTADOS

En la etapa diagnóstica, el género femenino predomina con el 57.6 % y con el 42.3% el masculino, la media de edad es 12 años. El Índice de Masa Corporal fue el 38.1% sobrepeso, el 14% obesidad 48.3% normal. Respecto a la actividad física el 34% realizan algún deporte y 66% son sedentarias. Respecto al tipo de actividad

física, el 51% práctica futbol, mientras el 40% camina, únicamente el 9% corren. El 76 % conoce el plato del bien comer y el 24% no lo identifica; el 45% identifica la jarra del bien beber y el 55% no la conoce. El 80% no realizan las tres comidas al día y el 20% sí. Posterior a la intervención, el Índice de Masa Corporal fue: 28% se encontraban en sobrepeso, 72% en peso normal. En la actividad física el 100% realizan algún deporte. El tipo de actividad física el 60% realiza futbol, únicamente el 40% corren. El 100% conoce el plato del bien comer y la jarra del buen beber.

CONCLUSIONES

La prevención de las enfermedades crónicas, es responsabilidad del gobierno, personal de salud y padres de familia es necesario actuar en edades tempranas promocionando un estilo de vida saludable mediante la actividad física y la dieta equilibrada, y así, disminuir los factores de riesgo asociados, como la obesidad. La educación y promoción para la salud es el proceso permanente de enseñanza y aprendizaje permiten, mediante el intercambio de información fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables.

REFERENCIAS

- Campo-Tenera, L., Herazo-Beltrán, Y., García-Puello, F., Suarez-Villa, M., Méndez, O., & Vásquez-De la Hoz, F. (2017), «Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes», en Revista Salud Uninorte, núm. 33(3), pp. 419-428. <https://www.redalyc.org/journal/817/81753881016/html/>
- Díaz M, Belén M, Torres A. (2015), «Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales de Chía, Cundinamarca», en Pediatría.; núm. 48, pp. 5-20. <https://core.ac.uk/download/pdf/82017607.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2018), Instituto Nacional de Salud Pública. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Instituto de Salud del Estado de México (2018), Actividad Física. https://salud.edomex.gob.mx/isem/actividad_fisica
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2020), Recomienda IMSS hábitos saludables para mejorar calidad de vida y prevenir enfermedades en este inicio de año. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202001/017>

- Organización Mundial de la Salud (2021), Obesidad y Sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#>
- Organización Mundial de la Salud (2004), Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2020), Actividad física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Reyes-Sepeda, J. I., García-Jiménez, E., Gutiérrez-Sereno, J. J., Galeana-Hernández, M. C., y Gutiérrez-Saucedo, M. E. (2017), «Prevalencia de obesidad infantil relacionada con hábitos alimenticios y de actividad física», en Revista de Sanidad Militar, núm. 70(1), pp. 87-94.
- Secretaría de Salud (2013), Norma Oficial Mexicana Nom-009-SSA2-2013; La Promoción para la salud. Diario Oficial de la Federación en México. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5324923&fecha=09/12/2013
- Secretaría de Salud (2012), Norma Oficial Mexicana NOM-43-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Diario Oficial de la Federación en México. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

ESTILO DE VIDA Y NIVEL DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

CAMARILLO GUZMÁN GUADALUPE ¹

FLORES PÉREZ CARLOS

BOTELLO MENDOZA LUIS ANTONIO

VÁZQUEZ HERNÁNDEZ SANDRA

TOTOMOL YOVAL BLANCA ESTELA

Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana

RESUMEN

Introducción. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, menciona que en el 2014 422 millones de personas adultas presentaron diabetes. En México datos publicados por la Federación Mexicana de Diabetes indican que fue la segunda causa de muerte a nivel nacional en el 2016. Estudios relacionados han demostrado que el control adecuado y un buen estilo de vida pueden reducir y retardar el desarrollo de complicaciones. **Objetivo.** Conocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que habitan en la Reserva Territorial de Xalapa, Ver. **Metodología.** La investigación fue cuantitativa con método observacional, descriptivo y transversal, muestreo a disposición con un tamaño de muestra de 120 sujetos. Se aplicó el instrumento IMEVID y se comparó con los niveles de glucosa. Se corrieron frecuencias absolutas, así como tablas de contingencia, interpretado por porcentajes. **Resultados.** La media de edad fue de 57, la mayor parte de la población con DM2 es casada con un 47.5%, predominando la escolaridad primaria con 48.3 %, 50 sujetos han desarrollado una o varias complicaciones derivadas del mal control de la Diabetes. 72 participantes tienen descontrolados los niveles de glucosa, siendo el sexo femenino con mayor porcentaje. El estilo de vida desfavorable y poco favorable se presentó más en personas con cifras de glucosa poco controlada y descontrolada con un total de 77 personas lo que representa el

¹ Correo de contacto: gcamarillo@uv.mx

64% de la población estudiada. **Conclusiones.** Es importante seguir investigando variables sociodemográficas y epidemiológicas que permitan conocer de manera concreta los factores que influyen para un control glucémico y adopción de estilo de vida saludables, retomándolos con mayor certeza, la teoría de Dorothea Orem permea las posibles intervenciones a realizar por el profesional de enfermería.

Palabras clave: Diabetes, Estilo de vida, glucosa.

ABSTRACT

Introduction. Diabetes mellitus is a leading cause of morbidity and mortality worldwide, in 2014, 422 million adults had diabetes. **Objective.** Know the lifestyle of patients with Type 2 Diabetes Mellitus **Methodology.** Quantitative, descriptive and cross-sectional research, sample size 120 subjects. The IMEVID instrument was applied and compared to glucose levels. **Results.** 50 subjects have developed complications, 72 have uncontrolled glucose levels, unfavorable lifestyle was presented in people with uncontrolled glucose figures with 64%. **Conclusions.** It is important to know the factors that influence to adopt healthy lifestyles, Dorothea Orem's theory permeates the possible interventions to be carried out by the nursing professional.

Keywords: Diabetes Mellitus, Lifestyle, Glucose.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la diabetes mellitus se ha convertido en una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, ya que menciona que «en el año 2014 al menos 422 millones de personas adultas presentaron diabetes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En México datos publicados por la Federación Mexicana de Diabetes (FMD), «indican que la segunda causa de muerte a nivel nacional en el año 2016 fue dicha patologías con un 15.4%», de acuerdo con la misma federación la falta de control en esta enfermedad se asocia al desarrollo de complicaciones que terminan generando discapacidad y la muerte, estudios relacionados han demostrado que el control adecuado puede prevenir y reducir el desarrollo de complicaciones crónicas (FMD, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el estilo de vida como

«una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales» (Centro Colaborador de Promoción a la Salud [CCPS], 1998).

Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, por lo que el propósito de la presente investigación fue conocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que habitan en la Reserva Territorial de Xalapa, Veracruz.

DESARROLLO

La diabetes mellitus se ha convertido en una de las principales causas de muerte y discapacidad a escala mundial, expertos de la Organización Mundial de la Salud mencionan que «en el año 2014 al menos 422 millones de personas adultas presentaron diabetes. Asimismo, durante el año 2015 se estimó que esta enfermedad fue la causa directa de 1,6 millones de muertes» (OMS, 2019).

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud señala que una de cada doce personas -62 millones- viven con diabetes en las Américas. El número se triplicó desde 1980, y la enfermedad es actualmente la cuarta causa de muerte en la región, después del infarto, el accidente cerebrovascular y las demencias. Si no se toman medidas, se estima que casi 110 millones de personas tendrán diabetes para 2040 (PAHO, 2017).

En México datos publicados por la FMD «indican que la segunda causa de muerte a nivel nacional en el año 2016 fue la diabetes mellitus con un 15.4%, esto representa 105574 defunciones por esta causa» (Secretaría de Gobernación [SG], 2019).

Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes de tipo 2 se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. En la mayoría de los casos, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. La diabetes afecta a una gran parte de la población en México, el nivel socioeconómico, las características físicas, edad, y sexo no son obstáculo para que esta se desarrolle (OMS, 2018).

En cuanto a la fisiopatología de la diabetes Mellitus Tipo 2, si hay producción de insulina, no obstante, no es suficiente tanto en cantidad como en calidad, existe una resistencia del cuerpo a la insulina y se presenta en personas con obesidad, sedentarismo, malos hábitos alimenticios, incluso por genética.

De acuerdo con la NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus «se establece el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, polifagia) y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl» (SG, 2019).

Tratamiento

Se han descrito diversos tratamientos y remedios para esta enfermedad. Se sabe a la fecha que no existe un método específico que pueda darle fin a la DM, sólo se ha observado que puede mejorarse la calidad de vida, así como la utilización de mecanismos preventivos en contra de la enfermedad.

Es de importancia aclarar que el tratamiento para la diabetes debe ser aplicado a lo largo de la vida y debe seguirse adecuadamente para evitar complicaciones. Leo P. Krall y cols. del Centro Joslin para la diabetes reportan la existencia y necesidad de cinco principales herramientas para el tratamiento de la diabetes, éstas son: Educación, Actividad Física, Dieta, Medicamentos Administrados por Vía Oral y Administración de Insulina (Taylor, 2006).

Estilo de vida según la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1986 el estilo de vida como «una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales» (CCPS, 1998). Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc.

Teoría de Dorothea Orem

En el término autocuidado, la palabra auto se utiliza en el sentido del ser humano completo. El autocuidado comporta la connotación dual de «para uno mismo» y «realizado por uno mismo». El autocuidado es una acción que tiene un patrón y

una secuencia y, cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos. Los requisitos de autocuidado son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humanos (Taylor, 2006). Esta teoría sistematiza de manera concreta las diversas maneras de comportarse que tienen las personas.

La severidad percibida, la gravedad de la enfermedad, así como la autopercepción de identificarse como pacientes vulnerables, logran que el paciente retome de forma más consciente su autocuidado, esta postura deriva de otros preceptos psicológicos y antropológicos construyendo así interpretaciones que hace de su enfermedad, mismas que, según los pacientes, deviene de un proceso azaroso más que comportamental. Orem permite identificar las pautas que debe comprender el personal de enfermería para poder brindar atención en cuanto a prevención de enfermedades se refiere.

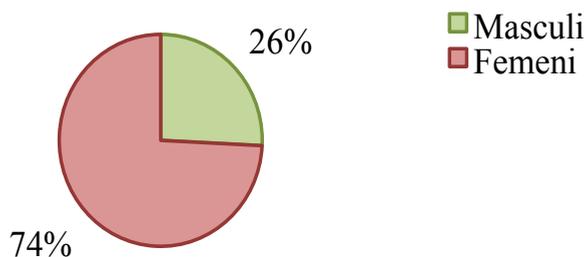
MÉTODO

Investigación de alcance descriptivo, puesto que las variables principales fueron descritas en cuanto a su frecuencia y comportamiento. Esta investigación es de corte transversal dado que la recolección de la información se hizo en un sólo momento en el tiempo y es observacional, dado que las variables en ningún momento fueron manipuladas. El tipo de muestreo fue no probabilístico, a disposición, asegurando así la presencia de las variables indagadas en la población objetivo, total de la muestra es de 120 sujetos, mismos a quienes se les aplicó el instrumento IMEVID de López Carmona Juan Manuel y cols (2000). De igual manera, uno de los criterios de inclusión es que los pacientes contaran con resultados de análisis clínicos en donde se observara la cifra de glucosa en sangre en el último mes previo a la entrevista. El análisis de datos se hizo mediante el paquete estadístico SPSS versión 21 donde se corrieron frecuencias absolutas, así como tablas de contingencia.

RESULTADOS

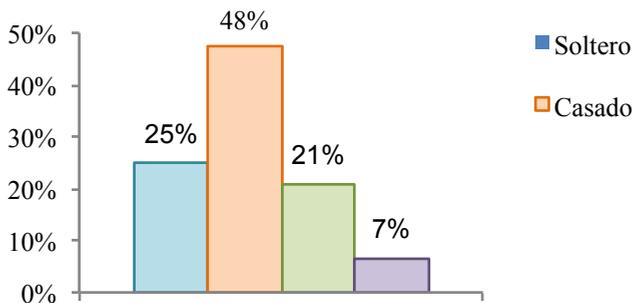
Respecto a las características sociodemográficas, se observa un predominio significativo del sexo femenino, con una frecuencia de 89 mujeres (74%), en relación al sexo masculino donde hubo una frecuencia de 31 hombres (26%). Ver Gráfica 1.

GRÁFICA 1.
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA



Respecto al estado civil, la mayoría son casados (as) con un 47.5%, cabe señalar que el 25% se encuentra soltero o viudo. Se hace mención a este dato ya que en revisión de diversos artículos se pudo observar que las personas diabéticas solas obedecen en menor grado su tratamiento médico, debido a la falta de apoyo de otra persona para manejar correctamente su estilo de vida.

GRÁFICA 2.
ESTADO CIVIL



Se identificaron como las principales complicaciones la retinopatía, neuropatía y nefropatía, siendo las mujeres las que más han desarrollado estas condiciones (Tabla 1).

TABLA 1

COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA DIABETES POR EL SEXO

Complicaciones

		<i>Retinopatía</i>	<i>Neuropatía</i>	<i>Nefropatía</i>	<i>Otros</i>	<i>Ninguna</i>	<i>Total</i>
Sexo	Femenino	22	13	14	5	35	89
	Masculino	11	4	0	2	14	31
Total		33	17	14	7	49	120

Nota: Datos obtenidos del Instrumento IMEVID

n = 120

En cuanto al control sobre la enfermedad se refiere, podemos observar que las mujeres son las que tienen mejor controlada su glucosa, esto va de la mano con la costumbre que presentan las mujeres ante su cuidado personal y el de su familia, instinto y acto natural del sexo femenino (Tabla 2).

TABLA 2.

CIFRAS DE GLUCOSA POR SEXO

Cifra de glucosa actual

		<i>Controlado</i>	<i>Poco controlado</i>	<i>Descontrolado</i>	<i>Total</i>
Sexo	Femenino	17	32	40	89
	Masculino	9	9	13	31
Total		26	41	53	120

Nota: Elaboración propia

n = 120

Referente al IMC según el sexo de los participantes, se encontró que 31 participantes del sexo femenino presentan sobrepeso, seguidas de 20 que se ubicaron en un rango normal, y 16 de ellas se encuentran en obesidad grado 1, mientras que 17 de los participantes del sexo masculino presentan sobrepeso, seguidos de 6 que se encuentran con IMC normal (Tabla 3).

TABLA 3.
 ÍNDICE DE MASA CORPORAL POR SEXO

		Índice de masa corporal					No sabe	Total
		<i>Normal</i>	<i>Sobrepeso</i>	<i>Obeso</i> 1	<i>Obeso</i> 2	<i>Obeso</i> 3		
Sexo	Femenino	20	31	16	10	1	11	89
	Masculino	6	17	3	2	0	3	31
Total		26	48	19	12	1	14	120

Nota: Elaboración propia

n = 120

Es alarmante contabilizar la frecuencia de personas enfermas y que no están controladas de la glucosa, es importante hacer mención a este dato, dado que el descontrol glucémico conlleva a la aparición de las complicaciones comunes de la enfermedad, en esta tabla podemos observar que 53 de los 120 sujetos encuestados tienen un nivel de glucosa descontrolado.

El estilo de vida poco favorable y desfavorable invariablemente conducirá a niveles elevados de glucosa en la sangre, lo cual hace que se incremente el riesgo de desarrollar alguna de las complicaciones de la diabetes tipo 2 (Tabla 4).

TABLA 4.
 CIFRA DE GLUCOSA RELACIONADO CON ESTILO DE VIDA

		Cifra de glucosa actual			Total
		<i>Controlado</i>	<i>Poco controlado</i>	<i>Descontrolado</i>	
Estilo de vida	Favorable	9	9	8	26
	Poco favorable	9	21	31	61
	Desfavorable	8	11	14	33
Total		26	41	53	120

Nota: Elaboración propia

n = 120

CONCLUSIONES

Con la realización de este trabajo de investigación se llevó a cabo un análisis acerca de los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en los cuales se identificaron:

Variables socio-demográficas; donde se encontró una media de 57.7 años para la variable edad, de igual manera se observó que la mayor parte de la población con DM2 es casada con un 47.5% predominando la escolaridad primaria con 48.3 %.

De las encuestas realizadas, algunos de los habitantes con este padecimiento refirieron tener familiares fallecidos a causa de las complicaciones por DM2. En la incidencia de complicaciones, esta investigación destacó que la mayoría de los pacientes han desarrollado algún tipo de complicación derivada de la Diabetes, las más comunes son retinopatía, neuropatía y nefropatía. Esto está directamente relacionado con el estilo de vida que predominó en los sujetos de investigación, pues la mayoría de ellos mostraron que los hábitos no son del todo favorables.

El ejercicio de promoción para la salud, dentro del cual se considera la promoción de estilos de vida saludables, debe hacerse desde un enfoque integral que logre contemplar cada uno de los aspectos o esferas que rodean al ser humano, el elemento psicológico, que es de donde surgen diversas teorías de enfermería aportan de manera genérica algunas estrategias desde la concepción del individuo como un ente completo y complejo, reconociendo que el cambio de conductas nocivas para la salud superpone un trabajo extenuante y que éste debe estar fundamentado en preceptos teóricos sólidos, desde los cuales el profesional de enfermería debe considerar la planeación, elaboración y ejecución de intervenciones en pro de mejorar la calidad de vida de las personas con patologías crónicas.

REFERENCIAS

- Centro colaborador de promoción a la salud (1998), Glosario de promoción para la salud. julio 2019, de OMS. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=A1C06F3D0C89A9271651B52FFF39206D?sequence=1
- Federación Mexicana de Diabetes (2018), Principales causas de mortalidad en México, Federación Mexicana de la Diabetes. Disponible en <http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>
- Krall, L. P. (1989, 12a edición), Manual Joslin de Diabetes, Reno, NV: Lippincott Williams & Wilkins.

- López-Carmona, J.M., Rodríguez-Moctezuma, R., Munguía-Miranda, C., Hernández-Santiago, J.L., & Casas de la Torre E. (2002), «Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial», en *Rev Aten Primaria*, núm. 26(8), pp. 542-549.
- Organización Mundial de la Salud, (2018), Datos y Cifras sobre Diabetes, OMS. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud, (2019), Boletín de la Organización Mundial de la Salud, OMS. Disponible en <https://www.who.int/bulletin/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2017), Salud en las Américas, OPS. Sitio web <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- Secretaría de Gobernación (2019), Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
- Taylor, S. G., GedenE, Isaramalai, S., & Wongvatunyu, S. (2000), «Orem's self-care deficit nursing theory: its philosophic foundation and the state of the science», en *Nurs Sci*, núm. 13(2), pp. 104-10.

MOTIVOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ESTUDIANTES DE UNA SECUNDARIA EN ZACATECAS

LUZ MA. DELGADILLO LEGASPI¹
MAYRA ALEJANDRA HERNÁNDEZ RÍOS
ERIKA JHOSELYN RAMÍREZ RODRÍGUEZ
MARICRUZ VIDALES JARA
VERÓNICA ORTEGA GÁMEZ
LILIANA ELIZABETH CALDERÓN BOTELLO

Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas

RESUMEN

Introducción. Los adolescentes reciben motivación por el deseo de experimentar sentimientos o emociones positivas al consumir una sustancia para incrementar el nivel de estatus, la imagen social, y como facilitador para establecer relaciones sociales. **Objetivo.** Determinar la asociación de los motivos para el consumo de alcohol y tabaco con el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de una secundaria en Zacatecas. **Método.** Diseño descriptivo y correlacional, muestreo probabilístico estratificado con 248 participantes. Se utilizó una cédula de datos personales, el cuestionario de prevalencias de consumo de alcohol y tabaco, de motivos de consumo de alcohol (Cox y Klinger, 1988) con α de .94, y motivos para fumar (Russell, 1979), con α de .93. Fundamentado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. **Resultados y Conclusiones.** 53.2% eran mujeres, 33.5% tenían 14 años de edad, 34.3% cursaban tercer año de secundaria. La prevalencia global de consumo de alcohol fue 56.0%, y tabaco 18.1%; lápsica de consumo de alcohol 54.8%, y tabaco 17.3%; el consumo de alcohol actual 12.9% y de tabaco 3.6%; prevalencia instantánea de consumo de alcohol 4.8% y tabaco 2.8%. El índice global de motivos para el consumo de alcohol presenta asociación positiva y significativa con el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día habitual ($Rho=.630$, $p=.001$), y con el número de cigarros fumados en un día

1 Correo de contacto: luzmadeleg@gmail.com

habitual ($Rho = .491, p = .001$). El índice de motivos para fumar muestra asociación positiva y significativa con el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día habitual ($Rho = .534, p = .000$), y con el número de cigarrillos fumados en un día habitual ($Rho = .469, p = .002$). Con alta asociación positiva y significativa se observó predominio de los motivos sociales para el consumo de alcohol ($Rho = .613, p = .000$) y los motivos psicológicos para fumar ($Rho = .530, p = .000$).

Palabras clave: Motivos, alcohol, tabaco.

ABSTRACT

Introduction. Adolescents are motivated by the desire to experience positive feelings or emotions by consuming a substance to increase the level of status, the social image, and as a facilitator to establish social relationships. We sought to determine the reasons for alcohol and tobacco consumption in high school students in Zacatecas. **Method.** Descriptive and correlational design, stratified probabilistic sampling with 248 participants. A personal data card was used, the questionnaire of prevalence of alcohol and tobacco consumption, the reason for alcohol consumption (Cox and Klinger, 1988) with α of .94, and reasons for smoking (Russell, 1979), with α of .93. Based on the Regulation of the General Law of Health in Health Research. **Results and conclusions.** 53.2% were women, 33.5% were 14 years old, 34.3% were in third year of high school. The overall prevalence of alcohol consumption was 56.0%, and tobacco 18.1%; Lactic prevalence of alcohol consumption 54.8%, and tobacco 17.3%; current alcohol consumption 12.9% and tobacco 3.6%; Instant prevalence of alcohol consumption 4.8% and tobacco 2.8%. The global index of reasons for alcohol consumption shows a positive and significant association with the number of drinks consumed on a regular day ($Rho = .630, p = .001$), and with the number of cigarettes smoked in a day usual ($Rho = .491, p = .001$); the index of reasons for smoking shows a positive and significant association with the number of alcoholic beverages consumed on a regular day ($Rho = .534, p = .000$), a positive and significant association with the number of cigarettes smoked on a regular day ($Rho = .469, p = .002$). With a high positive and significant association, there was a predominance of social reasons for alcohol consumption ($Rho = .613, p = .000$) and psychological reasons for smoking ($Rho = .530, p = .000$).

Keywords: Reasons, alcohol, tobacco.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y tabaco se considera como un grave problema de salud pública que conllevan grandes daños a la salud, principalmente en los adolescentes; el uso nocivo del alcohol entre los jóvenes disminuye el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, es una de las principales causas de traumatismos incluidos los provocados por accidentes de tránsito, violencia y muertes prematuras (Del Real, Ruiz, García, Zegbe y Domínguez, 2016). La Organización Mundial de la Salud [OMS] reporta que la edad de inicio en el consumo de estas sustancias es cada vez más temprano por su fácil acceso. Esto quiere decir que la edad en que se comienza con el uso de alcohol y tabaco coincide con el inicio de la adolescencia (OMS, 2016).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 [ENCODAT, 2016] reporta que el 2.9% de adolescentes entre 12 y 17 años tiene problemas en el abuso de alcohol, el 3.6% son hombres y el 2.1% en mujeres, una tercera parte de la población comenta haber tenido un episodio de alto consumo. La dependencia de alcohol es el trastorno con mayor rezago, solamente el 6.8% de los enfermos recibieron tratamiento (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], 2017). Además, reportan que 4.9% de la población de 12 a 17 años fuma tabaco (684 mil adolescentes), el 3.0% (210 mil) son mujeres y 6.7% (474 mil) son hombres; de ellos el 0.5% fuma diariamente y 4.4% en forma ocasional. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco es de 14.3 años y fuman 5.8 cigarros diarios (INPRFM, 2017).

De acuerdo a la información anterior, se observa que existe un problema muy serio de consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de secundaria, por lo que se consideró la necesidad de indagar qué es lo que motiva a este grupo etario al consumo de estas sustancias, los resultados de este estudio proporcionaron información sobre los motivos para el consumo de alcohol y tabaco, y contribuyen a la escasa literatura que existe, lo que permitirá implementar estrategias de intervención en la prevención y disminución del uso de estas sustancias.

DESARROLLO

De acuerdo a Cox y Klinger, (1988), los motivos son las causas más cercanas al comportamiento del adolescente y esto establece una razón en el pensamiento para así poder compensar una necesidad y tener una satisfacción personal, es decir buscar una solución positiva o disminuir estados emocionales negativos. Estos motivos

se fabrican en el razonamiento lo cual es social debido a que los amigos, la familia y los grupos sociales influyen en esta construcción. Los motivos son vía que se orientan hacia la conducta y por ello incrementan la posibilidad para que el acto se realice. Estos autores desarrollaron un modelo que explica el consumo de alcohol a través de los motivos, mencionan que la toma de decisión de los individuos de consumir o no consumir alcohol puede ser consciente o no y está basada en lo que esperan obtener con el alcohol que pueden ser consecuencias positivas o negativas las cuales no obtendrían si no desarrollan esta conducta.

El consumo de alcohol es un comportamiento racional y con propósito, donde el individuo elige consumir alcohol porque espera que se realce un efecto positivo o con efecto negativo. Los motivos sociales son conceptualizados como representativos o de motivaciones positivas respectivamente y los motivos para afrontar o manejar problemas y de conformidad con su vida son representativos de motivaciones negativas. En los positivos externos se encuentran los motivos sociales donde el consumo de alcohol se presenta para obtener recompensa para realzar el humor positivo (el bienestar) y socializar; en los positivos internos se encuentran los motivos de sobresalir o de realce en donde el consumo de alcohol es para mejorar el estado de ánimo o bienestar; los negativos internos motivos de afrontamiento, en donde el consumo de alcohol se presenta para disminuir o regular las emociones negativas; para los negativos externos se encuentran los motivos de conformidad con su vida donde se consume alcohol para evitar el rechazo.

En lo que respecta a la motivación para el consumo de tabaco, Russell en 1979 identifica tres tipos de motivos: sociales, físicos y psicológicos. Los sociales consisten en las razones que originan el desarrollo de una conducta para tener una comunicación social placentera, y la apariencia que la persona da a los demás cuando consume tabaco, los motivos psicológicos originan la conducta como una forma de alejar los sentimientos negativos sobre su persona o escapar de su realidad actual, los motivos físicos se relacionan con la dependencia a la nicotina como una forma de aliviar los síntomas producidos por la ausencia de ésta. Las motivaciones para el consumo de tabaco de acuerdo a Russell, 1979 muestran que el consumidor de tabaco por corto periodo de tiempo está motivado por factores sociales, mientras quien ha fumado por un largo periodo, recibe mayor influencia por motivos psicológicos y físicos (Tapia, 2015).

MÉTODO

El diseño del estudio fue transversal, descriptivo y correlacional (Polit & Tatano, 2018; Grove, Gray & Burns, 2016), la población sujeta a estudio estaba conformada por 687 estudiantes de una secundaria en Zacatecas; el tipo de muestreo utilizado fue probabilístico estratificado; la muestra se calculó para una población finita y como parámetro principal a estimar fue una proporción, con un nivel de confianza del 95%, y límite de error de estimación del .05, la muestra final fue de 248 (Salinas, Villarreal, & Garza, s/f), 129 mujeres y 119 hombres, y en el estrato de año escolar en primero = 83, segundo = 82 y tercero = 83; la selección de los participantes se realizó a través de números aleatorios con la aplicación del software Excel. Se incluyó a los estudiantes que se encontraban inscritos en el ciclo escolar agosto del 2017 a julio 2018, que sus Padres autorizaron su participación y quienes aceptaron colaborar.

Para medir las variables de estudio, se utilizó una cédula de datos personales con información sobre la edad en años cumplidos y el género; el cuestionario de prevalencias de consumo de alcohol y consumo de tabaco que incluye el uso de estas sustancias alguna vez en la vida, en el último año, el último mes y los últimos siete días, la edad de inicio en el consumo y la cantidad de copas ingeridas en un día típico. El cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC) (Cooper, 1994), se deriva del modelo motivacional de consumo de alcohol de Cox y Klingler (1988). Integra 20 ítems que evaluaron cuatro distintos motivos para el uso de alcohol, por afrontamiento (ítems 1,4,6,15 y 17), para sobresalir (ítems 7,9,10,13 y 18), por conformidad con su vida (ítems 2,8,12,19 y 20) y finalmente los motivos sociales (ítems 3,5,11,14 y 16). Estructurado en escala tipo Likert con cinco opciones ordinales de respuesta en una escala de frecuencia que oscila de 1 = nunca a 5= siempre. Es posible obtener un puntaje total mínimo de 20 y un puntaje total máximo de 100 donde un mayor puntaje, indicó que mayores son los motivos que se tienen para consumir alcohol; este instrumento presentó un alpha de Crombach de .945, lo que se considera un coeficiente potente (Grove, Gray y Burns, 2016).

Para calcular las motivaciones para el consumo de tabaco se utilizó la escala de motivos para fumar (SMS-18) de Rusell, 1979. Integrado por 18 ítems que evaluaron distintos motivos para el uso de tabaco, los sociales ítems = 1 al 6, los psicológicos ítems = 7 al 12 y finalmente los motivos físicos ítems = 13 al 18. Cada una de las tres sub escalas tenían cinco opciones ordinales de respuesta en una escala de frecuencia que oscila de 1 =nunca a 5 = siempre. Es posible obtener un puntaje total

de 18 y un puntaje máximo de 100 donde un mayor puntaje indica que mayores son los motivos que se tienen para consumir tabaco, este instrumento presentó una consistencia interna de α .939, lo que se considera un coeficiente potente (Grove, Gray y Burns, 2016). Se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (SS, 2014).

RESULTADOS

En los datos sociodemográficos de los participantes predominó la edad de 14 años (33.5%), el sexo femenino (53.2%) y el tercer año escolar (34.3%). 41.5% mencionó que en la casa y en reuniones familiares eran los lugares donde ingerían bebidas alcohólicas, lo hacían una vez al mes o menos con el 47.2% y 13.7% de alcohol y tabaco respectivamente, y 26.6% prefiere ingerir cerveza.

La prevalencia del consumo de alcohol, alguna vez en la vida presenta 56.0% (IC. 95%; .50-.62), el último año 54.8% (IC. 95%; .49-.61), el último mes 12.9% (IC 95%; .09-.17) y la última semana 4.8% (IC 95%; .02-.08). Se observa que casi una cuarta parte de quienes lo probaron alguna vez en su vida lo continúan haciendo en el último mes, y un poco menos de la décima parte lo ingirió en la última semana, como se muestra en la Tabla 1.

TABLA 1.
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL POR LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

<i>Consumo de Alcohol</i>	<i>SI</i>		<i>NO</i>		<i>I.C.</i>	<i>95%</i>
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>		
Alguna vez en la vida (Global)	139	56.0	109	44.0	.50	.62
En el último año (Lápsica)	136	54.8	112	45.2	.49	.61
En el último mes (Actual)	32	12.9	216	87.1	.09	.17
En la última semana (Instantánea)	12	4.8	236	95.2	.02	.08

Notas: *f* = frecuencias, % = porcentajes; LI = Límite inferior, LS = Límite superior, *n* = 248

En el consumo de tabaco, la prevalencia global presenta 18.1% (IC. 95%; .13-.23), el último año con 17.3% (IC. 95%, .13-.22), último mes 3.6% (IC 95%, .01-.06) y la última semana 2.8% (IC 95%, .01-.05). Se observa que una quinta parte de quienes fumaron alguna vez en su vida lo continuaron haciendo durante el último mes

de la aplicación del instrumento de medición, y más de una sexta parte fumaron cigarro en la última semana del estudio, como lo indica la Tabla 2.

TABLA 2.
PREVALENCIAS DE CONSUMO DE TABACO POR LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

<i>Consumo de tabaco</i>	<i>SI</i>		<i>NO</i>		<i>I.C.</i>	<i>95 %</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Alguna vez en la vida (Global)	45	18.1	203	81.9	.13	.23
En el último año (Lápsica)	43	17.3	205	82.5	.13	.22
En el último mes (Actual)	9	3.6	239	96.4	.01	.06
En la última semana (Instantánea)	7	2.8	241	97.2	.01	.05

Notas: *f* = frecuencias, % = Porcentajes, *LI* = Límite inferior, *LS* = Límite superior, *n* = 248

Para conocer la distribución de las variables continuas y numéricas se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, el resultado mostró que las variables no tienen una distribución normal, por lo que se decidió el uso de la estadística no paramétrica a través del coeficiente de correlación Rho de Spearman.

La Tabla 3 muestra los resultados de la asociación de los motivos para el consumo de alcohol y tabaco con el consumo de alcohol y tabaco. El índice global de motivos para el consumo de alcohol presenta alta asociación positiva y significativa con el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día habitual ($Rho=.630$, $p=.001$), asociación media positiva y significativa con el número de cigarros fumados en un día habitual ($Rho =.491$, $p=.001$), quiere decir que a mayores motivos para el consumo de alcohol es mayor el número de bebidas alcohólicas y de cigarros consumidos en un día habitual.

El índice de motivos para fumar muestra alta asociación y con significancia estadística con el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día habitual ($Rho=.534$, $p=.000$), asociación media y con significancia estadística con el número de cigarros fumados en un día habitual ($Rho=.460$, $p=.002$), es decir, la existencia de mayores motivos para fumar arroja un mayor consumo de alcohol y de tabaco en un día habitual.

TABLA 3.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN
PARA VARIABLES DE ESTUDIO Y SU VALOR DE P

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. No. de bebidas alcohólicas que consume en un día habitual ^a	1										
2. No. de cigarrillos que fuma en un día habitual ^b	.507** .001	1									
3. Índice motivos alcohol ^c	.630** .000	.491** .001	1								
4. Índice motivos alcohol por frontamiento	.525** .000	.194 .207	.819** .000	1							
5. Índice motivos alcohol para sobresalir	.581** .000	.399** .007	.909** .000	.786** .000	1						
6. Índice motivos alcohol de conformidad con la vida	.492** .000	.424** .004	.674** .000	.556** .000	.561** .000	1					
7. Índice motivos alcohol social	.613** .000	.541** .000	.947** .000	.748** .000	.841** .000	.680** .000	1				
8. Índice motivos tabaco ^d	.534** .000	.460** .002	.570** .000	.651** .000	.544** .000	.459** .000	.557** .000	1			
9. Índice motivos tabaco sociales	.523** .000	.408** .006	.566** .000	.642** .000	.559** .000	.441** .000	.550** .000	.984** .000	1		
10. Índice motivos tabaco psicológicos	.530** .000	.454** .002	.546** .000	.617** .000	.519** .000	.435** .000	.535** .000	.961** .000	.939** .000	1	
11. Índice motivos tabaco físicos	.415** .000	.403** .007	.479** .000	.583** .000	.449** .000	.409** .000	.453** .000	.858** .000	.864** .000	.788** .000	1

Notas: ** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (dos colas).

n^a = 139; n^b = 44; n^c = 248; n^d = 4

DISCUSIÓN

El presente estudio reporta los resultados de la asociación que existe entre los motivos para el consumo de alcohol y tabaco en 248 estudiantes de una secundaria en Zacatecas. En la prevalencia del consumo de alcohol de los participantes se encontró que la ingesta alguna vez en la vida fue de 56.0%, lo que es inferior a los estudios de Tegoma-Ruiz y Cortaza-Ramírez (2016) reportan 59.3%; Casango-Campechano (2017) con 61.4%; y Alamilla-González, Rivas-Acuña, Carrillo-Hernández, Mateo, Hernández y González (2017) 76.6%. El 54.8% de los estudiantes consumieron alcohol en el último año, por arriba de los resultados de Tegoma-Ruiz y Cortaza-Ramírez (2016) 43.5%, Alamilla-González *et al.*, (2017) con 45.2%, y Telumbre *et al.*, (2014) con 44.9%. En el último mes (actual) 12.9% y en la última semana 4.8% mencionaron haber consumido bebidas alcohólicas, menor a lo reportado por Telumbre *et al.*, (2014) con 22.7%, Tegoma-Ruiz y Cortaza-Ramírez (2016) 16.9%, Alamilla-González *et al.*, (2017) fue 26.2% y la ENCODAT (2017) con 28.0%; Tegoma-Ruiz y Cortaza-Ramírez (2016) 6.5% y Alamilla-González *et al.*, (2017) con 12.8% respectivamente; estas conductas pueden deberse a que el alcohol se ha identificado como de fácil acceso para los jóvenes quienes buscan nuevas sensaciones (Tegoma-Ruiz y Cortaza-Ramírez [2016]) y Alamilla-González *et al.*, [2017]) a pesar de estar prohibida su venta a los menores de edad.

En el consumo de tabaco, la prevalencia alguna vez en la vida fue 18.1, diferente a lo encontrado por Morales, *et al.*, (2015) con 38.9%, Oliva, *et al.*, (2015) con 10%, y Alamilla-González, *et al.*, (2017) 50.7%; en el último año fue 17.3%, último mes fue 3.6%, y última semana 2.8%, esto es inferior a lo reportado por Alamilla-González, *et al.*, (2017) 32.8%, y la ENCODAT (2017) con un 4.9%.

Con respecto a la asociación entre los motivos para el consumo de alcohol y tabaco y el consumo de alcohol y consumo de tabaco, se encontró el índice global de motivos para el consumo de alcohol presenta alta asociación positiva y significativa con el número de bebidas consumidas en un día habitual ($Rho=.630$, $p=.001$), asociación media positiva y significativa con el número de cigarros fumados en un día habitual ($Rho=.491$, $p=.001$). El índice de motivos para fumar muestra alta asociación y con significancia estadística con el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día habitual ($Rho=.534$, $p=.000$), asociación media y con significancia estadística con el número de cigarros fumados en un día habitual ($Rho=.469$, $p=.002$). Con alta asociación positiva y significativa se observó predominio de los motivos sociales para el

consumo de alcohol ($Rho=.613$, $p=.000$), esto es similar a lo reportado por Telumbre, *et al.*, (2014), ya que ellos también encontraron un predominio en los motivos sociales para consumir alcohol; los motivos psicológicos para fumar ($Rho=.530$, $p=.000$) esto difiere a Telumbre, *et al.*, (2014) debido a que en sus resultados predominaron los motivos para sobresalir.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol alguna vez en la vida y el último año es mayor a lo reportado por la ENCODAT 2017, y en el último mes y última semana casi una cuarta parte y un poco menos de la décima parte lo consumieron respectivamente, principalmente una vez al mes o menos, la cerveza es la más consumida y el lugar que predominó es en casa y en reuniones familiares. De la misma manera en el consumo actual de tabaco los resultados muestran cifras más elevadas a lo reportados por las encuestas nacionales, este consumo se caracteriza por la frecuencia de alguna vez al mes o menos, y el lugar que predominó es en casa y reuniones familiares. Con alta asociación positiva y significativa se observó predominio de los motivos sociales para el consumo de alcohol, y los motivos psicológicos para fumar.

SUGERENCIAS

Se recomienda realizar estudios con abordaje cualitativo para explorar el significado que los estudiantes de secundaria le atribuyen al consumo de alcohol y tabaco que expliquen estas conductas. Es necesario realizar estudios de intervención educativa con la finalidad de fortalecer los factores protectores, y las habilidades para la vida. Se sugiere involucrar a los padres de familia para que participen activamente en programas para prevenir y/o disminuir el consumo de estas sustancias en los estudiantes de secundaria.

REFERENCIAS

- Alamilla-González, L.A., Rivas-Acuña, V. Carrillo-Hernández, L. Mateo-Crisóstomo, Y., Hernández-Ramírez, G. & González-Suarez, M. (2017), «Prevalencia y Motivos del Consumo de Alcohol y Tabaco en Estudiantes de Nivel Medio Superior», en *Rev. Adicción y Ciencia*, núm. 5(2), pp. 1-16.
- Casango-Campechano, O. & Cortaza-Ramírez, L. (2017), «Motivos para el consumo de alcohol

- en Estudiantes de Secundaria de Minatitlán, Veracruz», en *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, núm. 17(2), pp. 25-38.
- Cooper, ML. (1994), «Motivations for Alcohol use among Adolescents», en *Psychological Assessment*, núm. 6(12), pp. 117-128.
- Cox WM, & Klinger E. (1988), «A motivational model of alcohol use», en *J Abnorm Psychol*, núm. 97(2), pp. 168-80.
- Del Real, O., Ruiz, D., García, P., & Zegbe, J. (2016), «Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes de telesecundaria en Saucedá de la Borda, Zacatecas», en *Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*, núm. 7(1) <http://mcs.reduaz.mx/ibnsina>.
- Grove, S.K., Gray, J.R. & Burns N. (2016), *Desarrollo de la Práctica enfermera basada en la evidencia. Investigación en Enfermería, España*, Editorial Elsevier, pp. 1-532.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2017), *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. Villatoro-Velázquez JA., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., y Mendoza-Alvarado, I. Ciudad de México, México. Recuperado de www.inprf.gob.mx; www.conadic.gob.mx; www.cenadic.salud.gob.mx.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2017), *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. Reynales- Shigematsu LM, Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade MA, Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. & Mendoza-Alvarado, L. México. Recuperado de www.inprf.gob.mx; www.conadic.gob.mx; www.cenadic.salud.gob.mx.
- Polit, DP. & Tatano, B.CH. (2018), *Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*, 9a Edición, Editorial Wolters Kluwer, Filadelfia, pp. 1-442.
- Russell A. (1979) Nicotine Intake and Its Regulation, *Journal Psychosomatic Research*.
- Salinas, MAM., Villarreal, RE. & Garza, EME (s/f), *La Investigación en Ciencias de la Salud*.
- Secretaría de Salud (2014), *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, México.
- Tegoma-Ruíz & Cortaza-Ramírez, L. (2016), «Prevalencia del Consumo de Alcohol en Adolescentes de una secundaria en Coatzacoalcos, Veracruz», en *Enfermería Universitaria*, núm. 13(4), pp. 239-245.
- Telumbre TJI., Pimentel, JJA., López CMA., Sánchez JBE. & Fuentes, OL. (2014), «Motivos

para el consumo de alcohol en adolescentes de Chilpancingo Guerrero, México», en *Revista Española de Drogodependencias*, núm. 40(2), pp. 72-83.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN HOSPITAL DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

LICONA SANTOS CINTHIA ICELA¹
HINOJOSA ESPARZA KAREN LILIANA
GARCÍA SALAS BELEN ASTRID
ALVARADO PIZARRO ÁNGEL NOÉ
CHÁVEZ RAMOS WENDY JANETH
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la causa del 70% de defunciones que se producen en el mundo por año. Durante el 2014, estas enfermedades constituyeron la duodécima causa de muerte, con 812 defunciones para una tasa de 7.3 por cada 10,000 habitantes en México. **Objetivo.** Describir la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua. **Método.** El diseño de estudio es de tipo descriptivo- transversal, con una muestra de 68 adultos con diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. La calidad de vida se valoró con el instrumento Whoqol-bref, consta de 26 ítems que se dividen en cuatro dominios con escala de respuesta tipo Likert. **Resultados.** La media para edad fue de 50 años ($DE = 17.68$). Se encontró la hipertensión arterial como enfermedad agregada con mayor prevalencia (51.5 %). Respecto a calidad de vida, la percepción de los participantes en cuanto a ¿cómo califican su calidad de vida?, el 60.3% refirió «ni bien ni mal», en satisfacción con la salud, el 44.1% reportó estar insatisfecho. El dominio de mayor afectación fue el físico con una media de 46.41, y el más preservado fue el psicológico con una media de 62.08. **Conclusión.** La calidad de vida se ve afectada tanto por la enfermedad como por el tratamiento que conlleva deterio-

1 Correo de contacto: al136508@alumnos.uacj.mx

rando específicamente el dominio físico, en el que se incluye el dolor, energía y habilidad para realizar actividades de la vida diaria.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, Hemodiálisis y Calidad de vida

ABSTRACT

The non-communicable chronic diseases (NCCDs) cause 70% of all deaths worldwide per year, in Mexico during 2014 constituted the twelfth cause of death. **Objective.** To Describe the quality life in Chronic Kidney Disease (CKD) patients in substitute treatment with hemodialysis. **Method.** Transversal-descriptive style study with a statistic sample of 68 adults. The Whoqol-bref instrument was used to measure the quality life. **Results.** The mean age was 50 years; arterial hypertension was found as aggregated disease (51.5%). Physic domain was the most affected with a mean of 46.41 while psychological domain was the most preserved with a mean of 62.08. **Conclusion.** The quality life is affected so much for disease as for the treatment, deteriorating the physic domain.

Keywords: Chronic kidney disease, Hemodialysis, Life quality.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Son la causa del 70% de defunciones que se producen en el mundo por año; las principales ENT son la diabetes con 1.6 millones de defunciones y enfermedades cardiovasculares con 17.7 millones de muertes. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se asocia causalmente principalmente a la diabetes mellitus de 43% a 50%, y la hipertensión arterial 20% a 30% (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Una de las principales complicaciones de estas enfermedades es la ERC, siendo la onceava causa de muerte a nivel mundial (World Kidney Day, 2019; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2013), por lo que se considera un problema de salud pública debido a la afectación y rápido incremento de su prevalencia afecta de manera global la vida de las personas que la padecen, se da a causa de lesiones propias del riñón o secundarias a enfermedades metabólicas, vasculares e inmunológicas, afectando cerca del 10% de la población mundial (Sánchez, Rivadeneira y Pierre, 2016).

La tasa de incidencia de ERC en todos los países es mayor para los hombres que para las mujeres; así como la prevalencia por millón de habitantes es mayor para los individuos de 65 a 74 años en la mayoría de los países. A nivel internacional, el tratamiento de hemodiálisis sigue siendo el recurso más común de tratamiento para la ERC. Igualmente, el riesgo de morir por enfermedades glomerulares y renales es mayor en el hombre (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, [CICM], 2016).

No existe un registro nacional en México, sin embargo, algunos estudios reportan muestras diferentes, tal como Obrador, *et al.*, (2010), quienes realizaron una investigación en población de alto riesgo de desarrollar nefropatía, conformada por 434 individuos con dos mediciones, la primera en 2008 y la segunda en 2010, de ellos, 106 (24%) fueron positivos para enfermedad renal crónica en la primera medición y del resto (328) sin daño renal previo, se encontraron 46 casos nuevos de daño renal crónico (14%), la mayoría en estadios I y II.

En poco más de dos décadas, la muerte por ERC se incrementó en 40%; pasó de una tasa en 1990 de 294.25 por 100 000 habitantes, a una tasa de 431.32 muertes por 100 000 habitantes, lo que representó el 56.57% de todas las muertes para México por ERC (INEGI, 2013). La ERC requiere de tratamiento sustitutivo que permite la supervivencia y la vida activa de la persona, los tratamientos disponibles actualmente son la diálisis peritoneal, hemodiálisis y el trasplante renal (Guerra, Sanhueza y Cáceres, 2012). Por todo lo anteriormente descrito el propósito de la presente investigación fue Describir la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Para enfermería el estudio de la calidad de vida del individuo es de gran interés ya que permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones, el conocimiento de los resultados de este estudio permitirá realizar intervenciones y planes de enfermería de acuerdo a la calidad de vida de los pacientes centrándose en ayudar a satisfacer las necesidades y brindar una mejor calidad de vida conforme a las necesidades de cada uno y además realizar acciones con la intención de prevenir complicaciones (Costa *et al.*, 2016).

DESARROLLO

La enfermedad renal se define como un proceso fisiopatológico de etiología múltiple, que produce pérdida progresiva e inexorable del número funcional de nefro-

nas, con la posibilidad de dar lugar a una condición denominada ERC, la cual, a su vez, conduce al paciente a depender permanentemente de una terapia de reemplazo renal por tiempo permanente (Dehesa, 2008).

El tratamiento de hemodiálisis interviene en la vida de los pacientes por el número de horas requeridas en la semana, interfiere con sus actividades productivas y calidad de vida la cual se deteriora muy rápidamente con el avance de la enfermedad. Este tratamiento representa para la mayoría de las personas la continuidad de la vida e implica cambios profundos en el estilo de vida, además de estar asociado a costos sociales y económicos elevados para los sistemas sanitarios por lo que representa un problema muy grande de salud pública (Costa, Phineiro, Madeiros, Costa y Cossi, 2016).

Existen diversos estudios sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica, pero son escasos los estudios realizados en México y aún más los dirigidos a pacientes en hemodiálisis, por lo que el propósito de la investigación es describir la calidad de vida en los pacientes con ERC en el servicio de hemodiálisis en un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua del semestre de febrero a mayo del año 2018.

Asimismo, Tomas, Peris, Meneu, Pérez, Begoña, Panizo (2017), definen la calidad de vida relacionada con la salud como la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar. Los pacientes con ERC experimentan cambios muy drásticos, enfrentándose a limitaciones en muchos aspectos de su vida cotidiana, personal y social.

Es necesario que el personal de enfermería como principal contacto con el paciente bajo terapia de sustitución renal, comprenda por lo que los pacientes están pasando, lo que viven, sienten, y significan en relación con su calidad de vida. La enfermería tiene como principal objetivo el cuidado, la asistencia al paciente y se dirige hacia la satisfacción de las necesidades de los seres humanos desde una perspectiva holística y comprendiendo sus valores, creencias y percepciones, para poder intervenir de una manera integral en el cuidado del paciente y su familia, ya que cada persona tiene una percepción diferente al respecto, reflejándolo en sus opiniones y percepciones dependiendo de los diferentes grupos de edad, sexo, cultura, y estado de salud (Heribas, Aguirre, Bravo y Avilés, 2016).

Actualmente, la disciplina de enfermería reconoce la necesidad de aplicar y desarrollar en su práctica teorías y modelos científicamente fundamentados que marquen conductas y acciones influyentes de manera general hacia conductas o estilos saludables que ayude a mejorar la calidad de vida, asimismo, mejorar la percepción del estado y funcionamiento a nivel físico, como al tratamiento, el funcionamiento social y estado espiritual, así como la satisfacción con los cuidados recibidos.

MÉTODO

El diseño de estudio fue descriptivo-transversal (Manterola y Otzen, 2014), se llevó a cabo en el Servicio de Hemodiálisis de un Hospital Público de Ciudad Juárez, Chihuahua. La población fue conformada por personas mayores de 18 años que acudieron al servicio de hemodiálisis. El muestreo fue no probabilístico censal, participaron todos los usuarios del servicio de hemodiálisis. La muestra estuvo conformada por los 68 pacientes, usuarios del servicio de hemodiálisis.

El instrumento que se utilizó fue el Whoqol-bref, creado por la OMS en el año 1994 con su última actualización en el 2009, el cual proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Es una versión reducida del Whoqol-100 que consta de 26 ítems, con un Alfa de Cronbach de .84. La recolección de datos se realizó de manera informada, previa firma de consentimiento informado por parte del participante, y apegado en todo momento a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en seres humanos (2014). El análisis de datos se realizó en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.

RESULTADOS

Dentro de características sociodemográficas, predominó el sexo femenino (55.9%). El rango de edad fue de 19 a 87 años, obteniendo una media de 50 años ($DE = 17.68$). En cuanto al estado civil la mayoría de los encuestados refirieron ser solteros (42.6%) y en menor proporción están separados (5.9%). Por lo que se refiere al nivel de estudios, se obtuvo una mayor prevalencia para estudios primarios (47%) y en menor porcentaje estudios universitarios (10.3%). En cuanto a la enfermedad que presentaba el paciente además de la renal se obtuvo que la hipertensión fue de mayor predominio (51.5%).

Respecto a la pregunta ¿Cómo calificaría su calidad de vida? el 60.3% respondió, «ni bien ni mal» y el 23.5% refirió «mala», según su percepción (Tabla 1). En cuanto a la pregunta ¿Qué tan satisfecho esta con su salud? Con un mayor porcen-

taje se muestra que los pacientes se encuentran insatisfechos con su salud (44.1%) y con un porcentaje menor con 1.5% se encuentra muy satisfecho respecto a su salud (Tabla 2). En la tabla 2 se muestra la calidad de vida por dominios, el más afectado fue el físico con una media de 46.41, y el más preservado fue el psicológico con una media de 62.08.

TABLA 1.
CALIDAD DE VIDA

¿Cómo calificaría su calidad de Vida?

	<i>f</i>	%
Muy mala	2	2.9
Mala	16	23.5
Ni bien ni mal	41	60.3
Buena	7	10.3
Muy buena	2	2.9
Total	68	100.0

Nota: Datos obtenido del instrumento Whoqol-bref (2009)

n = 68

TABLA 2.
SATISFACCIÓN CON SU SALUD

¿Qué tan satisfecho está con su salud?

	<i>f</i>	%
Muy insatisfecho	6	8.8
Insatisfecho	30	44.1
Ni satisfecho ni insatisfecho	21	30.9
Satisfecho	10	14.7
Muy Satisfecho	1	1.5
Total	68	100.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

n = 68

TABLA 3.

CALIDAD DE VIDA POR DOMINIO

Dominio	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	\bar{X}	<i>DE</i>
Físico	68	6	88	46.41	20.95
Psicológico		6	94	62.08	16.24
Social		0	100	57.35	20.15
Ambiental		31	81	58.48	11.76

Nota: *n*=Muestra, \bar{X} =Media, *DE*=Desviación estándar

n = 68

CONCLUSIONES

Con el paso del tiempo, las funciones reguladoras del organismo tienden a disminuir paulatinamente, lo que conlleva la aparición de enfermedades crónicas. La ERC es una enfermedad incurable y de progresión continua con un tratamiento indispensable de hemodiálisis, que requiere de constancia y disciplina, llevando a la vez alteraciones en su ámbito físico, psicológico, social y ambiental directamente relacionados con la calidad de vida de los pacientes.

Al evaluar la calidad de vida en los pacientes, se observó que el dominio más afectado es el físico seguido del dominio social con una media baja, lo que conlleva las limitaciones del tratamiento y van relacionadas con dolor, fatiga con su trabajo, actividades físicas, rutina diaria y disminución de movilidad, acudir a sus sesiones de tratamiento volviéndose un factor estresante para el paciente, en cuanto al dominio social los pacientes en tratamiento comienzan a dejar de relacionarse con sus amistades, respondiendo a que están insatisfechas, los pacientes con menor tiempo refieren que al cambiar su rutina van alejándose de sus amistades, opuesto a los pacientes que ya llevan años en tratamiento, que aprenden organizar su tiempo y a adaptarse a su nuevo ambiente, ya que al inicio se tiene un déficit de seguridad y confort en recursos financieros, medio de transporte afectando el dominio ambiental. El dominio más preservado fue el psicológico con una fuerte influencia en lo que refiere a sus relaciones familiares, estas dependen de la manera de aceptación de cada paciente.

Es importante realizar intervenciones que se centren en disminuir las complicaciones de la enfermedad y por lo tanto en mejorar la calidad de vida de los pacientes además de crear grupos de apoyo en las instituciones de salud encaminadas a mejorar la calidad de vida en estos pacientes. Enfermería tiene el reto establecer medidas preventivas para disminuir la incidencia de enfermedad renal

crónica creando campañas en las instituciones de salud para mejorar el estilo de vida de la población en general y además crear políticas nacionales que contribuyan a disminuir la prevalencia de esta enfermedad y minimizar sus consecuencias disminuyendo así costos económicos y sociales derivados de esta realidad.

Se recomienda crear políticas de investigación para que se cuente con suficiente información epidemiológica acerca de esta enfermedad en la población mexicana y así obtener información más actual para futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (2016), «Enfermedades renales», en *Factográfico de Salud*, núm. 2, pp. 1-5.
- Costa, G., Phineiro, M., Madeiros, S., Costa, R., & Cossi, M. (2016 Julio), «Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis», en *Enfermería Global*, núm. 43, pp. 59-72.
- Dehesa, E. (2008) *Enfermedad renal crónica; definición y clasificación*. El Residente.
- Guerra, V., Sanhueza, O., & Cáceres, M. (2012), «Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio», en *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, núm. 20(5), pp. 838-846.
- Herbias, L., Aguirre, R., Bravo, H., & Avilés, L. (2016), «Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico», en *Enfermería Nefrológica*, núm. 19(1), pp. 37-44.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2015), *Human Development net work*, The world Bank. *La carga mundial de la mortalidad: Generar evidencias, orientar políticas Edición Regional Para América Latina y el Caribe*, Seattle, WA: IHME.
- Instituto Nacional De Estadística y Geografía (2013), *Principales causas de defunción en México*, México.
- Manterola, C. & Otzen, T. (2014), «Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica», en *International Journal of Morphology*, núm. 32(2), pp. 634-645. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
- Obrador, G., García-García, G., Villa, A., Rubilar, X., Olvera N. & Ferreira, E. (2010), *Prevalence of chronic Kidney disease in the kidney Early Evaluation Program (KEEP) México and comparison with KEEP US*, *Kidney Int Suppl*, (116): S2-8.
- Organización Mundial de la Salud (2017), *Enfermedades no transmisibles*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

- Sánchez, C., Rivadeneyra, L. & Aristil, P. (2016), «Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México», en *Revista Archivo Médico de Camagüey*, núm. 20(3), pp. 262-270.
- Tamayo, J., Lastiri, H. & Academia Nacional de Medicina de México (2016), «Incidencia y prevalencia de la ERC en México», en *La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla* (30, 31), México, Intersistemas, S.A. de C.V.
- Tomas, P., Peris, I., Mene, M., Pérez, C., Bonilla, B. & Panizo, N. (2017), «Impacto subjetivo de las estrategias no farmacológicas de mejora de la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico en pacientes en hemodiálisis / Subjective impact of non-pharmacological strategies to improve quality of life and therapeutic compliance in hemodialysis patients», en *Enfermería Nefrológica*, núm. 1, p. 22.
- World Kidney Day (2019), *Salud Renal Para Todos*. Disponible en <http://www.worldkidneyday.org/wkd-2019-spanish/>

FRAGILIDAD MÚSCULO-ESQUELÉTICA ASOCIADA AL ESTADO NUTRICIONAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

OMAR EMIR LÓPEZ MÉNDEZ¹
VIANEY MÉNDEZ SALAZAR
LIVIA QUIROZ BENHUMEA
EGLANTINA MICAELA ÁNGELES GARCÍA
BEATRIZ GUADALUPE ARCE DELGADO
Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

La presente investigación es un estudio cuantitativo con un enfoque descriptivo, transversal y correlacional con el fin de medir la fragilidad músculo esquelética y el estado nutricional y establecer una relación estadística entre las mismas, en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud en San Pedro Totoltepec, en dicho centro, la población cuenta con riesgo de desnutrición, afección prevalentes en personas mayores de 70 años, manifestado en la fragilidad y disminución funcional de manera individual y colectiva repercutiendo en la calidad de vida de estas personas. En este estudio se demostró que no existe asociación entre el estado nutricional y la fragilidad, también permitió resaltar la importancia de la nutrición en el adulto mayor, además de intentar concientizar a las familias que tiene adultos mayores de brindar cuidados de calidad y cantidad, para crear una calidad de vida saludable.

Palabras clave: Fragilidad, estado nutricional, adultos mayores

ABSTRACT

The health center of San Pedro Totoltepec in the State of Mexico, serves older adults at risk of malnutrition, being highly prevalent in people over 70 years of age, manifesting a decrease in functionality due to the presence of fragility that affects the quality of life in old people. The objective of this research is to demons-

1 Correo de contacto: vianey.ms@gmail.com

trate the relationship between musculoskeletal fragility syndrome and nutritional status in older adults who attend the Health Center in San Pedro Totoltepec. It was a study with an approach: quantitative, descriptive, transversal and correlational, with two variables measures and establish a statistical relationship between them, one is skeletal muscle fragility and the other is nutritional status, in older adults who attend to the San Pedro Totoltepec Health Center. This study showed that there is no association between nutritional status and fragility. The research highlighted the importance of nutrition in the elderly. As well as raising awareness in families that have older adults, and can provide quality and quantity care, to create a healthy quality of life.

Keywords: Fragility, nutritional status, older adults.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que, por primera vez «en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015» (OMS, 2018).

Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018).

De acuerdo a Millán «El envejecimiento como tal, es una consecuencia de la transición demográfica, de la caída de la natalidad, la mortalidad, y claramente del desarrollo tecnológico, sanitario y social que ha permitido un considerable aumento en la esperanza de vida de un número mayor de personas» (Millán, 2010).

El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Constituye una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que originan el paso del tiempo sobre los seres vivos, caracterizada por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación ante los cambios; con pérdida de las funciones, incremento de la morbilidad y disminución de la fertilidad con el alcance de la edad (Rodríguez, Cardentey, & Delia, 2017).

El adulto mayor es endeble a presentar deterioro multisistémico como en el

caso de fragilidad. La fragilidad es la pérdida de la reserva fisiológica músculo-esquelética, y da como resultado un incremento de la vulnerabilidad ante enfermedades.

DESARROLLO

Una de las múltiples enfermedades que presentan los adultos mayores es la fragilidad, ésta se define como la presencia de fatiga crónica, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de marcha y pérdida de peso o también como un estado precursor de discapacidad, sobre el cual puede actuarse para prevenirla (Rubin, 2012), todo lo anterior está estrechamente asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de pérdida de la homeostasis (García, 2011).

De acuerdo al incremento de adultos mayores en el mundo, es importante poner atención en el cuidado de este grupo vulnerable. En la actualidad se han identificado cinco dimensiones en el concepto antes señalado, las cuales son debilidad, baja resistencia al esfuerzo, lentitud, baja actividad física y pérdida de peso (Mañas, 2011). Este síndrome tiene un alto impacto en la población adulta, con una prevalencia dentro de América Latina entre un 30 y 48% en mujeres y de un 21 a 35% en hombres, específicamente en México la presencia de la fatiga crónica es de 39%, siendo mayor su frecuencia en mujeres con un 45%, a diferencia de los hombres con un 30% (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2014).

Existen cuidados importantes en el proceso de envejecimiento, pero, sin duda alguna, la nutrición es una de las actividades más importantes en el cuidado del ser humano a cualquier edad, sin embargo, es aún más importante en la variación de cambios en diferentes órganos y funciones del organismo, de ahí, la importancia de evaluar el estado nutricional en este grupo.

Un estudio de corte transversal realizado en 740 adultos mayores en una comunidad de Montreal que analizó las relaciones entre fragilidad, comorbilidad y discapacidad cuyos resultados revelaron que 7.4% cumplían los criterios de fragilidad de Fried, de éstos 81.8% tenían enfermedades crónicas asociadas y 29.1% discapacidad para las actividades de la vida diaria. También se documenta en algunos reportes que la prevalencia de estas enfermedades crónicas es mayor en los ancianos frágiles que en los no frágiles: para hipertensión 50-53% en frágiles vs 34-38% en no frágiles; para diabetes 13-25% en frágiles versus 10-12% en no frágiles (Weiss, 2011).

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples

factores: dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones. Esto implica que debe ser realizada en forma interdisciplinaria, con el objetivo de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad (Flores, 2012).

La fragilidad puede originarse por la disminución de la reserva fisiológica del organismo debido a la insuficiencia multisistémica, como consecuencia de un proceso de envejecimiento no satisfactorio (patológico). Un adulto mayor puede hacerse vulnerable y entrar al ciclo de la fragilidad a través de la declinación de varios sistemas de órganos como consecuencia de una o más enfermedades crónicas (Cabrera, 2011).

La dependencia en las actividades instrumentales como incapacidad para comprar, preparar o servir comidas por alteraciones físicas, sensoriales, psíquicas, sociales y malos hábitos dietéticos puede ocasionar malnutrición en las personas mayores, siendo éste un factor predisponente a la fragilidad.

MÉTODO

El estudio se sustenta en la línea de generación y aplicación del conocimiento «Cultura y educación en Salud». El enfoque metodológico fue cuantitativo, transversal, el tipo de estudio es descriptivo.

La muestra fue no probabilística, a criterio del investigador, conformada por 345 adultos mayores de 60 años y más, que acuden al Centro de Salud de San Pedro Totoltepec, Estado de México. Con razón social en el Instituto de Salud del Estado de México. Cabe mencionar que previo a la aplicación del instrumento se solicitó permiso con las autoridades correspondientes para aplicar los instrumentos, asimismo se leyó y entregó a la persona adulta mayor el consentimiento informado para ser firmado, y proceder con las valoraciones mencionada.

La muestra fue no probabilístico a criterio del investigador, la recopilación de los datos se realizó en dos meses. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Adultos mayores que presenten síndromes geriátricos
- Adultos Mayores con discapacidad
- Adultos mayores de 60 años a que acepten participar en el estudio
- Las valoraciones que se realizaron en las personas adultas mayores fueron las siguientes:

1.- *Mini Nutritional Assessment (MNA)*

El instrumento se estructura en dos apartados; el cribaje y la evaluación. En el primero la puntuación máxima a obtenerse es de 14 puntos indicando que puntuaciones superiores o iguales a 12 presentan un estado nutricional normal, un resultado inferior o igual 11 sugieren probable malnutrición; en este caso ha de administrarse el cuestionario completo para la fase de evaluación. En el segundo apartado, la evaluación global: donde la puntuación máxima es de 16 puntos, permite evaluar medidas antropométricas, el tipo de dieta y una autoevaluación sobre el estado nutricional. Al finalizar se suman ambas puntuaciones teniendo como máximo 30. Para la evaluación antropométrica se tomó el peso en kilogramos con una báscula médica mettler Toledo y, en caso de problemas de movilidad, se utilizó una báscula de silla MR (y se registró el peso de la silla utilizada con anterioridad). Al paciente se le tomó peso y talla de circunferencia media del brazo en centímetros, a nivel del punto acromial-radiale, la circunferencia de la pantorrilla en centímetros, con la parte más prominente de la pierna colocada en un ángulo de 90°. El pliegue cutáneo tricípital, se midió en milímetros con un plicómetro, y con los brazos ubicados a los lados se tomará el panículo graso paralelo al eje longitudinal del brazo (Nestlé Nutritional, 2011)

2.- *ENSRUD*

Para medir la fragilidad se utilizaron los criterios de ENSRUD, los cuales consiste en valorar 3 aspectos:

1. Pérdida de peso de 5%, independientemente de si fue intencional o no en los últimos 3 años.
2. incapacidad para levantarse de una silla 5 veces seguidas sin el empleo de los brazos.
3. Nivel de energía reducida utilizándose la pregunta: ¿Se siente usted lleno de energía? considerándose un NO, como respuesta para valorar al adulto mayor con 1 punto. Su interpretación es la siguiente:

0 puntos= Paciente robusto,

1 punto = Paciente pre-frágil

2 o 3 puntos= Paciente frágil (Luz, Ma. Medina-Rosete, & Zitlalli Portillo-García, 2020).

3.- Cálculo del índice de masa corporal (IMC)

Se calculó a partir de los datos de peso y altura.

Una vez que se obtuvieron los datos, se procedió a construir una base de datos utilizando el programa SPSS versión 20, utilizando estadística descriptiva.

La investigación se realizó tomando en cuenta el artículo 100 de la ley General de Salud referente a la investigación en seres humanos.

RESULTADOS

La edad como factor de riesgo de fragilidad reportada en los Adultos mayores oscila entre 60 a 90 años, la edad que más predominó fue la de 60 a 69 con un 56% y la de menor predominancia fue la de 90 y más con un 1.7%

TABLA 1

CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LOS ADULTOS CRÓNICOS QUE ACUDEN A CONTROL AL «CENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO TOTOLTEPEC», 2018

Clasificación	<i>f</i>	%
Peso bajo	4	1.1
Peso Normal	68	19.7
Sobrepeso	40	11.5
Obesidad GI	106	30.7
Obesidad GII	103	30
Obesidad GIII	24	7.0
Total	345	100

Fuente: Cédula de captación de datos

La tabla 1. presenta el porcentaje obtenido en el índice de masa corporal, observando un 30.7% con obesidad grado I.

TABLA 2.
DESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE FRAGILIDAD DE ACUERDO
AL ESTADO DE NUTRICIÓN

	No fragilidad	
	<i>f</i>	%
Buen estado nutricional	68	19.71
Riesgo de desnutrición	4	1.16
Desnutrición	0	0
Malnutrición	273	79.13
Total	345	100

Fuente: Cédula de captación de datos

Cabe mencionar que los resultados mostraron un porcentaje de 79.13% de malnutrición y 1.16% con riesgo de desnutrición, no encontrando desnutrición en ellos.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo que tuvo como objetivo describir la fragilidad de acuerdo con el estado nutricional en personas adultas mayores, éste tuvo una negativa, debido a que el 80% de los pacientes presentan sobrepeso y obesidad, así como enfermedades crónicas, por lo que no se pudo asociar el estado nutricional con el síndrome de fragilidad músculo-esquelética, sin embargo, se describió el IMC, encontrándose un rango entre 26.9-40. Cabe señalar que un 80% de los adultos mayores presentó un IMC mayor a 25, el cual refiere sobrepeso o algún estado de obesidad, a pesar de la dieta y los medicamentos que se les proporciona. Con base a estos resultados señalados se recomienda crear programas priorizados a la atención integral de la persona adulta mayor encaminados a la prevención de síndromes metabólicos por sobre peso.

REFERENCIAS

Cabrera, R. (2011), «Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores», en *Med Int Mex*, núm. 27(5), pp. 455-462.

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2014), Diagnóstico y tratamiento para la fragilidad en el adulto mayor, México, CENETEC.
- Flores, G. (2012), «Valoración nutricional», en Organización Panamericana de la Salud, núm. 3, pp. 1-14.
- González, Raidel; Cardentey García, Juan; Hernández Díaz, Delia de la Caridad; Rosales Álvarez, Giselys; Jeres Castillo, Carlos Miguel R (2017), «Comportamiento de la Fragilidad en adultos mayores», en Camagüey, Cuba, vol.21, núm. 4, pp. 498-509.
- García, P. J. (2011), Vejez, dependencia y salud: Guía práctica de gerontología, Ediciones Pirámide.
- Hernández S.F. (2014), Metodología de la investigación, McGraw-Hill.
- Institute, N. N. (2011) Recuperado el 13 de 01 de 2018, de Nestlé Nutritional Institute: <https://controlnutricional.wordpress.com/2011/03/.../el-mini-nutritional-assessment-m..>
- Mañas, L. R. (2011), Fragilidad: un fenotipo en revisión, Gac Sanit, pp. 51-58.
- Organización Mundial de la Salud (2018), Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Rubín, J. R. (2012), «Fragilidad en el adulto mayor», en Revista del hospital italiano de Buenos Aires, pp. 110-112.
- Weiss, C. O. (2011), *Comorbilidad, fragilidad como discapacidad*, pp. 1-10.

EL CUIDADOR COMO FACTOR DETERMINANTE DEL ESTADO NUTRICIO DE ADULTOS MAYORES: UN ESTUDIO INTERVENCIONAL

NIDIA ELISA VALDIVIEZO SALGADO¹
EGLANTINA MICAELA ÁNGELES GARCÍA
JUAN MANUEL BARROSO GONZÁLEZ
YADIRA MEJÍA MEJÍA
PAOLA MARÍA NÚÑEZ MÉNDEZ
Universidad Autónoma de Chihuahua

RESUMEN

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), proyecta incremento en el porcentaje del grupo de 65 y más años de edad, respecto a la población total del estado de Chihuahua, ya que pasará de 7.4 % en 2020 a 10.2% en 2030, que equivale a más de 400 mil adultos mayores. El objetivo de la presente investigación se basó en la modificación del estado nutricional del adulto mayor por medio de una intervención educativa de nutrición en el cuidador en una institución geriátrica en la ciudad de Chihuahua. En la población de adultos mayores investigada inicialmente un 20% y 60% de la población de A.M presentaba malnutrición y riesgo de malnutrición respectivamente. Cabe resaltar que sólo un 20% tenía un buen estado nutricional. Al analizar los datos estadísticamente en la evaluación de apetito, se observó mayor riesgo de malnutrición con un 80% y sólo un 20% se encontraba sin riesgo de malnutrición. Posterior a la intervención el riesgo de malnutrición presentó disminución considerable a un 20%. Al comparar entre sí las tres etapas, por la prueba de X^2 , ninguno de los parámetros evaluados apetito y estado nutricional por Mini Nutritional Assessment (MNA) o Índice de Masa Corporal IMC) resultó significativo ($p>0.05$) pero, cuando se compara solamente las etapas 1 (inicial) con la 3 (final), los cambios en la calificación por MNA resultaron significativos, producto de una disminución en el porcentaje de sujetos en riesgo de desnutrición que pasaron a un

1 nidiavaldiviezo@hotmail.com

estado nutricional aceptable o normal. En dicha investigación se presentaron cambios en la mejora del apetito del A.M, fueron debidos a los cambios conductuales del cuidador que se lograron para con el adulto mayor, debido a la intervención educativa.

Palabras clave: Adulto mayor, cuidador, estado nutricional.

ABSTRACT

The National Population Council (CONAPO), projects an increase in the percentage of the group 65 years of age and over, with respect to the total population of the state of Chihuahua, since it will go from 7.4% in 2020 to 10.2% in 2030, which is equivalent to more than 400 thousand older adults. The objective of this research was based on the modification of the nutritional status of the elderly through an educational nutrition intervention in the caregiver in a geriatric institution in the city of Chihuahua. In the elderly population initially investigated, 20% and 60% of the A.M population presented malnutrition and risk of malnutrition, respectively. It should be noted that only 20% had a good nutritional status. When analyzing the data statistically in the evaluation of appetite, a greater risk of malnutrition was observed with 80% and only 20% were without risk of malnutrition. After the intervention, the risk of malnutrition decreased considerably to 20%.

When comparing the three stages, by the X² test, none of the parameters evaluated (appetite and nutritional status by Mini Nutritional Assessment (MNA) or Body Mass Index BMI) was significant ($p > 0.05$) but, when compared only in stages 1 (initial) with 3 (final), the changes in the MNA score were significant, as a result of a decrease in the percentage of subjects at risk of malnutrition who went to an acceptable or normal nutritional state. In this investigation, changes in the appetite improvement of the AM were presented, they were due to the behavioral changes of the caregiver that were achieved with the elderly, due to the educational intervention.

Keywords: Older adult, caregiver, nutritional status.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Intercensal 2015, en México existía 12.4 millones de personas de 60 y más años, lo que representa 10.4% de la población total. En las últimas décadas, este porcentaje ha aumentado, y de acuerdo a las proyecciones de población que

estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), aumentará 14.8% en 2030, lo que significa un monto de 20.4 millones. Esta tendencia brinda la oportunidad de reflexionar sobre los desafíos que trae consigo el envejecimiento demográfico y así desarrollar políticas públicas que mejoren la calidad de vida de las personas que transitan o transitarán por esta etapa de vida (INEGI, 2017). La proyección para el 2030, es que Chihuahua rebase los 4 millones de habitantes, de estos 425 mil 653 serán adultos mayores (AM), que equivalen al 10.2 por ciento (Silva, 2017).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), obtuvo información de AM de 60 años y más que corresponden al 9.7% del total de la población; 53.5% de la muestra pertenecía al sexo femenino; 24.4% y 19.4%, respectivamente.

Estudios muestran que, en Sinaloa México, en el 2015 se evaluó la presencia de desnutrición adultos mayores, se aplicó el Mini Nutritional Assessment (MNA). La muestra estudiada incluyó 91 adultos mayores: 35 usuarios de una casa de día, 28 miembros de un centro cultural, y 28 residentes de dos asilos. Se observó una prevalencia de desnutrición del 32,1%, 14,3% y 3,5% en institucionalizados, casa de día y adultos independientes, respectivamente (Osuna, 2015). Otro estudio realizado en la ciudad de Mérida, Yucatán en 48 cuidadores y 10 hogares de protección social para adultos mayores, se identificó que el 87% de la población de cuidadores estudiados presentó algún nivel de Síndrome de Burnout. El 30% presentaba un agotamiento emocional, el 46% despersonalización y el 95% realización personal. La realización personal fue la más afectada, los cuidadores con el salario más bajo presentaron con mayor frecuencia el Síndrome de Burnout (Vázquez, 2013).

DESARROLLO

Los cuidadores de adultos mayores son fundamentales para el seguimiento y control de estado nutricional del adulto mayor (AM). El AM necesita diferentes tipos de cuidados de supervisión por ejemplo de higiene, movilidad, atención psicológica y principalmente el cuidado de una alimentación adecuada. De no ser así se verá reflejado en el estado de salud ya que es un grupo vulnerable.

El cuidador no sólo debe asistir al adulto mayor sino además debe desarrollar actividades que favorezcan su calidad de vida. En particular, es necesario fomentar y concientizar al personal que atiende a los adultos mayores asilados. Como parte preliminar, resulta indispensable detectar si el cuidador presenta carga de estrés durante su jornada laboral, que repercuta negativamente en la calidad del cuidado que brinda al A.M. Se considera importante detectar si factores como: la rotación

del personal cuidador, antigüedad laboral, nivel de escolaridad, género, proporción de cuidadores tienen alguna relación con la presencia de dicho estrés laboral.

El generar estrategias e intervención por parte del profesional de nutrición, con base en el mejoramiento del estado de nutricio, disminución de la desnutrición del A.M, incrementando los conocimientos del cuidador en materia de nutrición del A.M, ya que el cuidador participa en la asistencia de alimentación. Para la eficiencia de dicha intervención resulta fundamental sensibilizar y motivar al cuidador.

En 2017, las entidades federativas con menor esperanza de vida son Chihuahua (74.01 años), Oaxaca (73.43 años) y Guerrero (73.31 años); en cambio, Nuevo León, Ciudad de México, Durango y Baja California Sur tendrán a la población con mayor esperanza de vida es de 76.97, 76.34, 76.28 y 76.26 años, respectivamente (SEDESOL, 2017).

En la mayoría de las instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor existen personas con cierta preparación académica, donde tiene diversos niveles de conocimiento en cuidados de nutrición y salud de adulto mayor. Una intervención educativa de nutrición desarrollada especialmente para el cuidador del adulto mayor, en una herramienta útil no sólo para incrementar su conocimiento en términos de alimentación y que sea consciente de su importancia el cuidado integral del adulto mayor.

El interés del cuidador por cumplir con dicha labor, pudiera estar influido por manifestaciones en su estado de ánimo, como lo es el estrés o carga del cuidador. Ante estos planteamientos, en la presente investigación, se busca demostrar si una intervención educativa hacia el cuidador con beneficio para el adulto mayor, puede modificar positivamente sus conocimientos de nutrición, y así mejorar el estado nutrición del adulto mayor, debido al desempeño en el cuidado integral que el cuidador brinda.

OBJETIVO GENERAL

Modificar el estado nutricio del adulto mayor por medio de una intervención educativa de nutrición en el cuidador de la institución «Primavera en invierno».

MÉTODO

El proyecto fue un estudio longitudinal prospectivo y de intervención. El universo estuvo conformado por 10 cuidadores y 15 adultos mayores. El tipo de muestra es de conveniencia, asimismo, el tipo de muestreo fue aleatorio simple.

Para la identificación de los posibles factores que intervienen en el estado nutricional del adulto mayor se emplearon los instrumentos validados que miden: Riesgo de malnutrición (MNA), Evaluación de apetito (Test de Wilson) y el Estrés en el cuidador (Síndrome de Burnout). La intervención, se realizó en cuatro etapas conformadas de la siguiente forma: 1er. Etapa: Evaluación de Edo. Nutricio A.M, Evaluación de conocimientos y aplicación S. Burnout en el cuidador; 2da. Etapa: Intervención educativa al cuidador; 3ra. Etapa: Evaluación de Edo. Nutricio A.M y Conferencias motivacionales y 4ta. Etapa: Evaluación de Edo. Nutricio A.M, Evaluación de conocimientos y aplicación S. Burnout en el cuidador.

El lapso de tiempo entre la primera medición y la segunda fue de 6 meses, la tercera medición se realizó 3 meses después de la segunda medición. Dichas mediciones se efectuaron con el fin de medir el impacto de la intervención educativa en nutrición del A.M al cuidador, desarrollada 5 meses después de la primera medición antropométrica.

El programa de capacitación en nutrición fue impartido por estudiantes de la maestría de nutrición humana. Los temas impartidos durante la capacitación: Cambios sensoriales y anímicos en la vejez; Nutrición y leyes de alimentación del adulto mayor; Dietas terapéuticas; Desnutrición en el adulto mayor; Obesidad en el adulto mayor; Hipertensión y diabetes en el adulto mayor y Cuidados geriátricos. Se incluyeron a Adultos mayores de 60 años residentes del asilo primavera en invierno y se excluyeron a AM que presenten alguna patología que altere el metabolismo y que se encuentren en cuidados paliativos. Los resultados se procesaron con el programa mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.

RESULTADOS

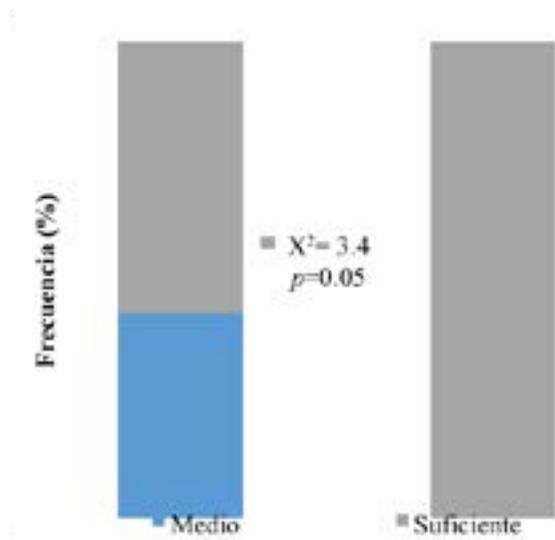
Descripción de las poblaciones

Al inicio de la intervención se contó con 10 cuidadores y 15 adultos mayores. Al final la muestra de intervención (cuidadores) se redujo a 7 personas (70% adherencia al programa) siendo estas mayormente mujeres (86%) de 32 ± 6 años de edad, con escolaridad menor o igual a preparatoria terminada (43%) o auxiliares o profesionales de enfermería (57%) y con una antigüedad laboral de 57 ± 50 (Mediana= 38) meses. Los adultos mayores participantes fueron en su mayoría mujeres (53%) de 83 ± 10 años y 1 de cada 6 había nacido en Chihuahua (Chih).

Intervención Cuidadores

El efecto de la intervención diseñada fue en primera instancia el incremento en los conocimientos sobre nutrición geriátrica (CNG). En la Figura 1 se muestran los resultados de intervención para CNG observándose una mejoría estadísticamente significativa en ellos ($p=0.05$).

FIGURA 1. CONOCIMIENTOS SOBRE NUTRICIÓN GERIÁTRICA (CNG)
ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

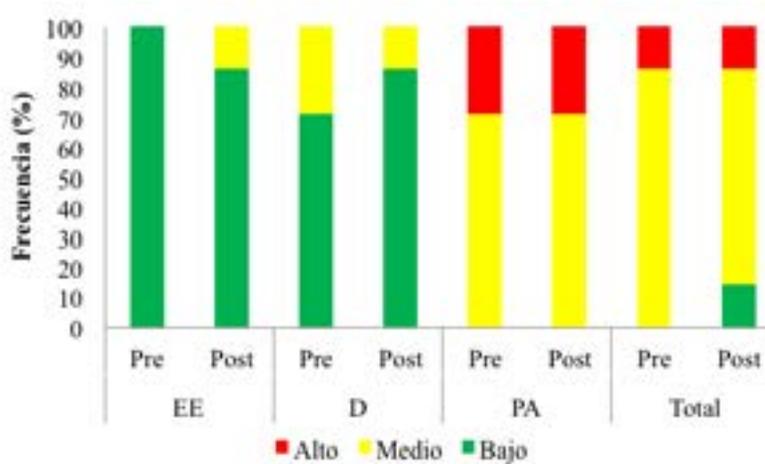


Fuente: Directa

En lo que respecta a la evaluación diagnóstica, de la intervención de CNG al cuidador, sólo un 57% presentaba con el conocimiento suficiente, por lo que sólo ese porcentaje de la población de cuidadores cumple con el perfil recomendable en cuanto al área de nutrición geriátrica.

Otro efecto obtenido de la investigación fue la reducción del estrés laboral (síndrome de burnout). Derivado de la intervención motivacional, desarrollada para los cuidadores por un experto en psicología, no muestra ninguna modificación significativa en lo global según el test del Síndrome de Burnout, de las dimensiones que son: agotamiento emocional (EE), Despersonalización (D), Realización Personal (PA) y puntaje final del inventario de Burnout de Maslach (Figura 2).

FIGURA 2.
INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH



Fuente: Directa

En la sub escala de Despersonalización (D) los niveles medios fueron de un 29% y un 71% en niveles bajos en la pre intervención; post intervención los niveles medios disminuyeron a un 14% derivado de la intervención motivacional. En cuanto a los niveles de Realización Personal (PA) no se presentaron cambios relevantes, con resultados similares en pre y post intervención. Por lo tanto, en la descripción global se aprecia la poca modificación del estrés en cuidador o síndrome de burnout.

Impacto en el estado nutricional en los A.M

Se observó inicialmente que un 20% y 60% de la población de A.M presentaba malnutrición y riesgo de malnutrición respectivamente. Cabe resaltar que sólo un 20% tenía un buen estado nutricional.

TABLA 1.
IMPACTO EN ADULTOS MAYORES MNA – VARIABLE PARAMÉTRICA (%)

Parámetro	Categoría	Etapas			Todas		Etapa 1 vs. 3	
		1	2	3	<i>p</i>	gl	<i>P</i>	gl
MNA	BN	20	53	60	0.16	4	0.05	2
	RM	60	33	20				
	MN	20	14	20				

Fuente: Directa: Mininutritional Assessment (MNA) buen estado nutricio (BN), riesgo de malnutrición (RM), mal nutrido (MN).

De acuerdo a la estadística en la evaluación de apetito, se observa inicialmente mayor riesgo de malnutrición con un 80% y sólo un 20% se encontraba sin riesgo de malnutrición. Posterior a la intervención el riesgo de malnutrición presentó una disminución considerable a un 20% (Tabla 2).

TABLA 2.
IMPACTO EN ADULTOS MAYORES APETITO – VARIABLE PARAMÉTRICA (%)

Parámetro	Categoría	Etapas			Todas		Etapa 1 vs. 3	
		1	2	3	<i>p</i>	gl	<i>P</i>	gl
Apetito	SR	20	80	80	1.00	2	1.00	1
	RM	80	20	20				

Sin riesgo (SR), riesgo de malnutrición (RM)

Fuente: Directa

Se observó en la evaluación por IMC, un 80% de riesgo de malnutrición inicialmente y un 27% de desnutrición. Cabe resaltar que posterior a la intervención el riesgo de desnutrición disminuyó a un 20%, un 60% con un índice normal y sin modificación 27% de desnutrición (Tabla 3).

TABLA 3.
IMPACTO EN ADULTOS MAYORES IMC – VARIABLE PARAMÉTRICA (%)

Parámetro	Categoría	Etapas			Todas		Etapa 1 vs. 3	
		1	2	3	<i>p</i>	gl	<i>P</i>	gl
IMC	RM	80	20	20				
	NO	53	53	60	0.98	6	1.06	3
	DN	27	27	27				
	SP	13	13	13				
	OB	7	7	0				

Índice de masa corporal (IMC), riesgo de malnutrición (RM), normal (NO), desnutrición (DN), sobrepeso (SP), obesidad (OB). **Fuente:** Directa

Como se planteó originalmente en el trabajo, la intervención con cuidadores podría modificar diversos parámetros del estado de nutrición (medido por MNA e IMC) y apetito de los adultos mayores. En la Tabla de Variables no paramétricas y no paramétricas se muestran los cambios sucedidos en las tres etapas evaluadas, así como la significancia estadística alcanzada para estas.

En las Tablas 4 se describe, que, al comparar entre sí las tres etapas, por la prueba de X^2 , ninguno de los parámetros evaluados (apetito y estado nutricio por MNA o IMC) resultó significativo ($p > 0.05$) pero, cuando se compara solamente las etapas 1 (inicial) con la 3 (final), los cambios en la calificación por MNA resultaron significativos, producto de una disminución en el porcentaje de sujetos en riesgo de desnutrición que pasaron a un estado nutricio aceptable o normal.

Se mostraron cambios significativos en la evaluación del estado nutricio por el instrumento del MNA; aquellos adultos mayores que presentaban inicialmente un riesgo por malnutrición (60%) disminuyó a un 20% en la medición final.

Sin embargo, al evaluar el IMC, los cambios en la población que tenían malnutrición no mostraron algún cambio favorable en la última evaluación realizada.

Para el caso de las variables continuas, la comparación entre la etapa inicial y final reveló sólo una disminución en el pliegue tricípital, sin observarse ningún cambio en cualquier otro parámetro antropométrico.

TABLA 4
IMPACTO EN ADULTOS MAYORES – VARIABLES NO PARAMÉTRICAS (%)

<i>Parámetro</i>	<i>Etapas</i>			<i>Todas</i>			<i>Etapa 1 vs. 3</i>		
	1	2	3	F	p	EE	F	p	EE
Peso - R (PC; kg)	54±15 (53)	52±12 (55)	51±12 (50)	0.10	0.91	1.24	0.18	0.67	1.3
Talla-R (m)	1.5±0.1 (1.6)	1.6±0.1 (1.6)	1.6±0.1 (1.6)	0.13	0.88	3.35	0.25	0.62	3.5
Peso - C (PC; kg)	50±13 (49)	49±12 (52)	50±11	0.00	1.00	0.02	0.00	1.0	0.02
Talla - C (m)	1.6±0.1 (1.6)	1.6±0.1 (1.6)	1.6±0.1 (1.6)	0.00	1.00	0.02	0.00	0.97	0.02
IMC (kg/m ²)	22.2±5.5 (22)	21.9±4.6 (22)	21.5±4.4 (22)	0.02	0.98	3.06	0.00	0.96	3.0
Alto Rodilla (cm)	48.6±3.6 (49)	48.6±3.6 (49)	48.6±3.6 (49)	0.00	1.00	0.93	0.00	0.97	0.93
Circ. Muñeca (cm)	15.5±1.8 (16)	16.6±1.6 (17)	16.7±1.6 (17)	2.30	0.11	0.43	3.68	0.07	0.44
Circ. Brazo (cm)	24.2±3.5 (24)	24.7±3.0 (26)	24.8±3.5 (25)	0.15	0.86	0.86	0.25	0.62	0.90
Circ. Cintura (cm)	91.8±13.0 (89)	88.2±13.1 (85)	98.2±12.2 (88)	0.16	0.85	5.22	0.15	0.70	5.18
Circ. Cadera (cm)	88.0±2.9 (88)	94.3±9.5 (91)	96.5±14.2 (92)	0.77	0.49	5.00	1.37	0.29	5.13
Circ. Pantorrilla (cm)	30.2±3.2 (30)	30.6±4.0 (30)	30.2±4.9 (30)	0.04	0.96	1.06	0.00	0.98	1.07
Pliegue bicipital (mm)	7.8±3.0 (8)	7.7±5.2 (7)	7.1±5.2 (6)	0.11	0.90	1.18	0.23	0.64	1.09
Pliegue tripital (cm)	10.9±3.5 (12)	9.1±2.9 (9)	8.3±2.2 (8)	3.19	0.05	0.75	5.91	0.02	0.76
Pliegue SECP (mm)	11.6±5.0 (10)	10.2±3.4 (10)	9.7±3.1 (9)	0.97	0.39	1.01	1.63	0.21	1.07

Pli e g u e Pantorrilla (mm)	7.5±3.1 (7)	10.7±7.1 (9)	10.1±7.4 (9)	1.12	0.33	1.60	1.56	0.22	1.47
Masa grasa (kg)	19.7±7.7 (18)	21.9±7.7 (23)	21.0±7.8 (21)	0.74	0.31	1.99	0.21	0.65	1.99
Masa grasa (% de PC)	36.1±6.6 (37)	40.7±6.1 (42)	39.8±6.6 (41)	2.15	0.13	1.66	2.37	0.13	1.71

Circunferencia (Circ), Subescapular (SECP), índice de masa corporal (IMC); Los valores se expresan en media ± desviación estándar (mediana).

CONCLUSIONES

Los factores como el tiempo de investigación, biodisponibilidad de los alimentos en la elaboración de las dietas realizadas por el cuidador, afectaron los cambios en el estado de nutrición del A.M. Se elevaron los conocimientos del cuidador a través de la Intervención educativa en nutrición, como resultado, hubo una reducción en el riesgo de desnutrición del A.M, en la evaluación final. Se presentaron cambios en la mejora apetito del A.M, fueron debidos a los cambios conductuales del cuidador que se lograron para con el adulto mayor, debido a la intervención educativa y motivacional para el cuidador.

La prevalencia del personal cuidador que se estudió, en su mayoría perteneció al género femenino, por lo que sigue siendo una realidad que dicho género se dedique al cuidado del adulto mayor. Es pertinente una formación especializada para ofrecer unos cuidados de calidad a los mayores institucionalizados, ello no sólo influye en la satisfacción laboral de las Auxiliares de Geriátrica, sino también en su satisfacción personal y calidad de vida.

La expectativa que se tenía para la investigación, da la pauta para analizar que, en futuras investigaciones sobre el mismo tema, es recomendable tomar una muestra más representativa donde exista un mayor número de hombres cuidadores, para poder inferir si realmente lo que se encontró en el género femenino es habitual en el género masculino.

REFERENCIAS

ENSANUT (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*, Instituto Nacional de Salud Pública.

- INEGI (2017), Estadísticas a Propósito Del Día de las Personas de Edad. Retrieved 28/08/2018, 2018, from http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf
- Osuna, P. I. A., Verdugo, H. S., Leal, E. G., & Osuna, R. I. (2015), «Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social», en *Rev Esp Nutr Hum Diet*, núm. 1, p. 19. Retrieved from <http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/119/168>
- SEDESOL (2017), Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante. Retrieved 26/06/2018, 2018, from https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7z9w7gw22WIJ:https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf+&cd=5&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
- Vázquez, G. C., Esperón, R., & González, L. M. d. R. (2013), «Síndrome de Burnout en cuidadores de Adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social», en *Rev Invest Clin*, núm. 65(6), pp. 510-514.

PADRES EDUCADOS, SEGUIMIENTO CON DISPOSITIVO MÓVIL PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL HOGAR

ALEJANDRA RODRÍGUEZ ÁVILA¹

ELIAZAR GONZÁLEZ CARRILLO

NORMA PIZARRO

B. LETICIA MORIEL CORRAL

HAYDEÉ PARRA ACOSTA

Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua

RESUMEN

Introducción. Un Recién Nacido Prematuro (RNP), es aquel que ha nacido antes de haber terminado las 37 semanas de gestación, se reconoce con un alto riesgo de morbilidad y mortalidad, por lo que la enfermera (o), debe preparar a los padres, durante el periodo de transición del hospital al hogar para generar en ellos, conocimientos específicos para el cuidado en el hogar. **Objetivo.** Identificar el conocimiento que proporciona el personal de enfermería a los padres del RNP, para el cuidado en el hogar durante la estancia hospitalaria; en base a ello, fortalecer con retroalimentación mediante la comunicación con un dispositivo móvil. **Tema:** Las intervenciones de enfermería, realizadas de acuerdo a las necesidades del RNP, permiten reducir el riesgo potencial de alteraciones en el crecimiento y desarrollo, así como de las complicaciones inmediatas y mediatas relacionadas con su internamiento. **Método.** La construcción del presente trabajo se llevó a cabo en tres momentos: dos estudios de campo y la construcción del estado del arte. De lo anterior se emergieron cuatro categorías: 1) Conocimiento de la Madre-Padre con subcategoría Signos de alarma; 2) Sentimientos y emociones que expresan los padres del RNP con subcategoría Miedo a la realidad, 3) Situación de los padres del RNP con subcategoría Asimilación sobre la situación de prematuridad, 4) Conocimiento del profesional de enfermería, con subcategoría Educación como proceso durante la estancia hospitalaria. **Con-**

¹ Correo de contacto: ale2880@gmail.com

clusión. Se evidencia la necesidad de educación a los padres del RNP como proceso planificado y continuo para el cuidado en el hogar de su hijo, reforzado mediante un seguimiento utilizando como herramienta de comunicación con dispositivo móvil para aclarar dudas de los padres.

Palabras Clave: Enfermera, Cuidado, Recién Nacido Prematuro, Dispositivo Móvil.

ABSTRACT

Introduction. An RNP is one that was born before the end of the 37 weeks of gestation, is recognized with a high risk of morbidity and mortality, so the nurse (or) must prepare the parents during the transition period of the hospital, to generate in them specific knowledge for home care. **Objective.** To identify the knowledge provided by the nursing staff to the RNP parents, for home care during the hospital stay; based on this, strengthen with feedback through communication with a mobile device. **Topic:** Nursing interventions, carried out according to the needs of the RNP, allow reducing the potential risk of alterations in growth and development as well as immediate and mediated complications related to hospitalization. **Method.** The construction of the present work was carried out in three moments: two field studies and the construction of the state of the art. From the above four categories are thrown: 1) Knowledge of the Mother-Father with subcategory Alarm signs; 2) Feelings and emotions expressed by RNP parents with subcategory Fear of reality, 3) Situation of RNP parents with subcategory Assimilation on the situation of prematurity, 4) Knowledge of the nursing professional with subcategory Education as a process during the stay hospital. **Conclusion.** The need for education for RNP parents is evidenced as a planned and continuous process for home care of their child reinforced through follow-up using the mobile device as a communication tool to clarify parents' doubts. Knowledge, Feelings and emotions expressed by parents, parents' situation, knowledge of the nursing professional.

Keywords: Nurse, Care, Premature Newborn and Mobile.

INTRODUCCIÓN

Un recién nacido prematuro (RNP) es aquel que ha nacido antes de haber terminado las 37 semanas de gestación, se reconoce con un alto riesgo de morbilidad y

mortalidad, dado lo anterior, Molina (2016), narra que el profesional de enfermería debe preparar a los padres durante el periodo de transición del hospital, para generar en ellos conocimientos específicos para el cuidado en el hogar; al fortalecerlos mediante un vínculo de confianza entre la enfermera(o) y los padres.

El niño prematuro, enfrenta múltiples cambios tanto al nacer y durante su crecimiento, aunado a las complicaciones que puedan manifestarse en un futuro. Lo anterior muestra la problemática en la sociedad, por lo que se requiere un mayor grado de atención, es la prematuridad, un factor de alto riesgo donde puede ser causante de repercusiones familiares y sociales (Sánchez, 2016).

Giraldo *et al.*, (2010), enfatizan, que uno de los elementos fundamentales de la formación de enfermería, es la educación, es primordial para la concientización de las personas de cuidado en relación a su salud; el profesional debe considerar todas las necesidades que aquejan en este caso, al recién nacido prematuro y a sus padres, para realizarse por medio de habilidades donde vincule la comprensión, el trabajo en equipo interdisciplinario, entre otros; y en consecuencia se pueda proporcionar un cuidado genuino.

El presente trabajo se realizó mediante el acercamiento a la realidad, el propósito es obtener y conjuntar los datos encontrados desde una compleja realidad, donde pueden existir áreas de oportunidad; en este caso se describe la educación a los padres que brinda la enfermera para el cuidado del RNP en el hogar en el servicio de cuidados intensivos neonatales de una institución hospitalaria (Alarcón, 2007).

A partir de lo anterior se analizaron cuatro categorías; la primera fue, Conocimiento de los padres, con subcategoría: signos de alarma; la segunda categoría: Sentimientos y emociones que expresan los padres del RNP, con subcategoría: enfrentando la inseguridad. La tercera categoría fue Situación de los padres del RNP con: asimilación ante el escenario de prematuridad y la cuarta categoría Conocimiento del profesional de enfermería, arrojando: educación como proceso durante la estancia hospitalaria.

Lo anterior, proyecta un área de oportunidad para la disciplina de Enfermería, para proporcionar las herramientas a los padres del RNP en el momento en que estén en el hogar. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es identificar el conocimiento que proporciona el personal de enfermería a los padres del RNP para el cuidado en el hogar durante la estancia hospitalaria; y con base en ello fortalecer con retroalimentación mediante la comunicación con dispositivo móvil.

DESARROLLO

Un recién nacido prematuro, es considerado aquel que ha nacido antes de haber terminado las 37 semanas de gestación; lo clasifica en alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Según Caruso (2012), menciona que existe una diferencia importante referente a la vulnerabilidad del prematuro determinada por la semana al nacer, así como por el peso; tanto estos factores definen el tiempo de estancia, así como del tratamiento que pueda recibir.

El nacimiento prematuro se debe a una interacción de factores fetales y maternos, pero en varias ocasiones se desconoce la causa (Arias, 2017). Asimismo, la familia al pasar por tal situación atraviesa por un proceso de incertidumbre y estrés, debido al pronóstico que puedan darle en relación a la salud de su hijo poniendo en peligro todo su entorno. Posteriormente al abandonar el ámbito hospitalario es importante tener una visión hacia probables secuelas y darle seguimiento a las mismas cuando el prematuro es dado de alta (Erazo, 2014).

Las intervenciones de enfermería, realizadas de acuerdo a las necesidades del RNP, permiten reducir el riesgo potencial de alteraciones en el crecimiento y desarrollo, así como de las complicaciones inmediatas y mediatas relacionadas con su internamiento. Múltiples investigaciones, han comprobado las ventajas y beneficios en el cuidado del prematuro al considerar la integración de los padres en forma temprana a través de realizar actividades de cuidado de bajo riesgo (Caruso, 2012).

MÉTODO

La construcción del presente trabajo se llevó a cabo en tres momentos: dos estudios de campo y la construcción del estado del arte. El primero consistió en la identificación y descripción del problema enfocado en la educación que la enfermera brinda a los padres para el cuidado del RNP, en el hogar y durante la hospitalización, en una Unidad de Especialidades para la atención de la población infantil en la ciudad de Chihuahua, Chihuahua. Se abordó bajo un enfoque cualitativo deductivo, utilizando como modelo referente el de Promoción de la Salud de Nola Pender. Para la recolección de los datos se utilizaron técnicas de observación participante y registro de datos; como instrumento una guía de observación con elementos del modelo referente y el diario de campo donde se registró información relevante.

En el segundo momento se construyó el estado del arte, fundamental para el acercamiento a la realidad. Su elaboración, se realizó en dos etapas, la heurística y la hermenéutica. Para la etapa heurística fue mediante una revisión bibliográfica

utilizando las siguientes fuentes de datos: *PubMed*, *Index*, Google Académico, Scielo y Redalyc. En la hermenéutica fue la interpretación y reflexión de los artículos, donde se organizó la información y se generaron nuevos elementos que fundamentaron el soporte teórico.

El tercer momento y segundo estudio de campo, se abordó con enfoque cualitativo inductivo llevada a cabo en un hospital de segundo nivel de la Ciudad de Chihuahua, Chih., en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se utilizaron técnicas y elementos de la teoría fundamentada. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista, observación participante y registro de datos; como instrumentos: una encuesta semiestructurada, diario de campo y una guía de observación (Hernández, 2014).

Posterior a las entrevistas fueron transcritas para realizar el análisis de cada una de ellas línea por línea para posteriormente su codificación y clasificación para formar categorías y subcategorías de acuerdo a su relación (Martínez, 1998). Se entrevistaron dos padres, tres madres y cinco enfermeras; se les asignó la letra: M1... M3 para identificar a la madre del RNP; para el padre se asignó la letra P1, P2; para la enfermera (o) E1...E5; «OP» para observación participante; y por último «DC» para referir las notas del diario de campo, a continuación, se puntualizan parte de las categorías y subcategorías.

RESULTADOS

Categoría 1: Conocimiento de Madre-Padre

Molina (2016) señala que el personal de enfermería debe educar a los padres durante la hospitalización del RNP en el cual debe comprender el significado que ellos le asignan al cuidado, donde primeramente deben identificar sus propios conocimientos y necesidades.

Subcategoría 1.1: Signos de alarma

La presencia de aquellos síntomas irregulares que exterioriza una persona es lo que se llaman signos de alarma, es una señal o aviso que advierte sobre alguna alteración o peligro. Para los padres del RNP es importante conocer sobre los signos de alarma que éste pueda presentar; por lo que el profesional de enfermería proporciona información relacionada con el tema. Con relación a lo anterior se muestra lo siguiente textos.

[...] «les enseñamos a observar datos donde el niño manifiesta que le está faltando el oxígeno ... se empieza a poner cianótica en todos los pómulos y alrededor de la naricita y cambia de color obviamente ... las mamás tienen que aprender a conocer ... signos de deshidratación, signos de coloración de la piel...» (E1)

[...] «les decimos cuáles son los signos de alarma... cuando se ponen moraditos de sus uñas y se les nota en la carita del bebé... cualquier cosa que vean rara y que en cualquier situación hay que correr al hospital...» (E2)

[...] «qué ver en él que sea algo diferente y que lo mejor pueda pasar algo malo...» (P1). La E1 se acerca a la madre con una recién nacida prematura con puntas nasales, ella le pregunta a M5: «señora ¿cómo va? ¿No se ha puesto moradita su bebé?». Ella le responde que todo va bien por el momento (OP).

Debido a su falta de desarrollo los RNP pueden presentar cambios radicales, por lo que el personal de enfermería debe proporcionar información a los padres para enseñarlos a observar cualquier dato irregular que presente su hijo. Se puede enseñar a los padres sobre los cambios bruscos de temperatura, la coloración irregular de la piel, alteraciones en la respiración, signos de infección, entre otros (Gómez, 2015).

Categoría: 2. Sentimientos y emociones que expresan los padres del RNP

Los sentimientos hacen referencia a experiencias sensoriales y subjetivas, por otra parte, las emociones son expresiones psicofisiológicas, biológicas y de estados mentales que permiten la adaptación por parte de los individuos. Tanto sentimientos y emociones positivos como negativos, permiten una adaptación a cierta situación (De Miguel, 2014).

Subcategoría 2.1: Miedo a la realidad

Son múltiples las referencias sobre el miedo, que los padres del RNP le expresan al profesional de enfermería; por el estado de salud, alta hospitalaria, entre otros. La enfermera informa a las madres, que es normal sentir miedo y aprovecha el tiempo de visita, para producir tranquilidad, como se muestra en los siguientes trechos:

[...] «Ya estando en mi casa si llega a pasar algo, un problema, una dificultad...» (M1)

[...] «qué tal si no resiste la operación...está muy chiquito y sólo pensar que pase algo malo...» (P1)

[...] «uno no se imagina que pueda pasar tantas cosas a un bebé, es miedo a lo que pueda suceder...» (P2)

[...] «la mamá de Meza cada vez que le dicen que su hija está dada de alta ella tiene miedo... muchas señoras tienen miedo de llevarse a su hijo a su casa porque tienen miedo de que se les ponga mal o que estando allá se les desnutra...» (E1)

M3 se acerca a la E1 y le expresa su miedo de no ser buena mamá para su hijo, de no poder cuidarlo en su casa, que se enferme y ella no pueda hacer nada (OP).

Los padres y madres confrontan un sin número de obstáculos y preocupaciones ante el nacimiento prematuro, tienen miedo al momento del alta hospitalaria y durante los primeros días en casa, pero sobre todo miedo al estado de salud y de los pasos a seguir, cuando se enfermen o simplemente no darse cuenta a tiempo de que está enfermo (Fernández-Alcántara *et al.*, 2015).

Categoría 3: Situación de los padres del RNP

Según Wormald *et al.*, (2015), refiere que el nacimiento de un hijo prematuro puede afectar el vínculo entre padres-hijo. Es importante que el personal de enfermería realice intervenciones tempranas que aporten medidas, las cuales puedan crear un ambiente de confianza entre los padres y el mismo personal.

Subcategoría 3.1: Asimilación sobre la situación de prematuridad

Asimilar la situación de prematuridad, es un proceso el cual está determinado por el tiempo y entorno de la institución hospitalaria, así como la comprensión, en este caso de los padres. Las madres habitualmente expresan preguntas sobre el estado de salud su hijo (a) por sus características anatomofisiológicas. Al respecto se muestran los siguientes trechos de entrevista:

[...] «hay que asimilar mucho en poco tiempo» (P2)

[...] «ella se pone nerviosa porque la niña tiene muchos problemas y tiene que asimilar toda la situación...» (E1)

La E4 le refiere a la madre que tiene que comprender y asimilar que su hija es muy pequeña, por lo que tiene que estar más tiempo en el servicio para una mejor condición de salud (OP).

Cuando se les da la noticia a los padres de un nacimiento prematuro, así como el diagnóstico, es un momento doloroso para ellos; puesto que tienen sentimientos

y emociones muy variadas ante la situación. Palacios, Moreno, Román & Estévez (2015) mencionan que conforme pasan los días, se estabilizan esos sentimientos y emociones, haciéndolos capaces de afrontar y asimilar la situación; es un proceso, del cual los padres tienen que transitar, para poder participar posteriormente en los cuidados de su hijo (a).

Categoría 4: Conocimiento del Profesional de Enfermería

El conocimiento que el profesional de enfermería necesita poseer, debe ser basado en criterios relacionados con la identificación del egreso, la coordinación y la preparación de los padres para el cuidado; lo anterior facilita la adaptación del RNP para la vida en el hogar (Araque, Ariza & Valderrama, 2013).

Subcategoría 4.1: Educación como proceso durante la estancia hospitalaria

La socialización entre las personas, que proporciona información, adquiere conocimientos y enseñanza durante la estancia hospitalaria, permite que posteriormente puede cuidar fuera de la institución consiste en un proceso de educación. El profesional de enfermería ofrece información relacionada con el cuidado de su hijo (a) y posteriormente realizan preguntas para una retroalimentación. A continuación, se muestra lo siguiente:

[...] «las enfermeras nos dijeron cómo curarle la operación después de bañarlo y todo...» (P1)

[...] «las enfermeras nos dijeron cómo alimentar a mi hijo con un gotero...» (P2)

[...] «la enfermera me dijo cómo hacerle si se me llega a ahogar mi hija con la leche y cosa así...» (M2)

[...] «los cuidados en casa son entregados por el personal de enfermería durante su estancia y plasmados en la hoja de egreso del paciente» (E3)

[...] «la indicada de dar educación es la enfermera a cargo del niño es la que lo conoce y está al tanto de su estado de salud...» (E4)

Las enfermeras, en la hora de visita se acercan a las madres, realizan preguntas de la plática que se proporcionó un día anterior, posteriormente refuerzan la información (DC).

Taborda (2013) señala que, la vinculación entre padres-hijo es de suma importancia para adaptarse a su situación actual; dado lo anterior, el personal de enfermería debe proporcionar a los padres, educación para los cuidados que pueda requerir

su hijo (a), ayudándose de la estancia hospitalaria, la enfermera (o), aprovecha ese tiempo de visita para brindar pláticas, información, responder a las dudas de los padres que puedan surgir, motivándolos a generar conocimiento para los cuidados del recién nacido prematuro.

CONCLUSIONES

La experiencia vivida en las investigaciones de campo, evidencia la necesidad de que la educación a los padres, sea realizada como un proceso planificado, continuo, con sustento científico y gradual, en los padres del recién nacido prematuro, para el cuidado en el hogar, durante el tiempo en que el niño se encuentra hospitalizado en la Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.

- Reforzar el conocimiento proporcionado mediante el seguimiento del recién nacido por parte de la enfermera, con la madre, utilizando como herramienta de comunicación el dispositivo móvil, este proceso aclarará las dudas, disminuirá el estrés que la madre lleva al momento del egreso del niño y durante las primeras semanas en hogar, los padres se sentirán apoyados por el personal de enfermería y por la Institución de salud.
- Es necesario fortalecer el vínculo de enfermeras-padres así como de padres-hijo donde está de por medio el cuidado entre ambos, buscando llegar, a que el recién nacido prematuro obtenga calidad de vida, en los padres se busca, la tranquilidad y ampliación de su conocimiento; y que el profesional de enfermería, obtenga más autonomía y emancipación de las actividades, así como de nuevas maneras de ofrecer el cuidado para satisfacer las necesidades de los padres y, finalmente del recién nacido prematuro.

REFERENCIAS

- Alarcón, A. M., & Astudillo, P. (2007), «La investigación en enfermería en revistas latinoamericanas», en *Ciencia y enfermería*, núm. 13(2), pp. 25-31.
- Araque Salazar, S., Ariza Riaño, N. E., & Valderrama Sanabria, M. L. (2013), «Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia», en *Revista Cuidarte*, núm. 4(1), pp. 467-474. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a06.pdf>
- Arias, A. (2017), Atención de enfermería al recién nacido prematuro con complicaciones desde el

- enfoque conceptual de Ramona Mercer, Machala. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/9890/1/ARIAS%20ROJAS%20ANDREA%20XIAMARA.pdf>
- Caruso, A. (2012), «El estrés en los padres ante el nacimiento y la internación de un bebe nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales», en IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-072/962.pdf>
- De Miguel, P. (2014), «Enseñanza de habilidades de interacción social en niños con riesgo de exclusión», en Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, núm. 1(1). Recuperado de <file:///C:/Users/Smiths%20Marketplace/Downloads/DialnetEnsenanzaDeHabilidadesDeInteraccionSocialEnNinosCo-4696236.pdf>
- Erazo, M. P. (2014), «El cuidado domiciliario del neonato prematuro», en Revista UNIMAR, núm. 24(2). Recuperado de <http://www.umariana.edu.co/ojseditorial/index.php/unimar/article/viewFile/24/20>
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Toral-López, I., González-Carrión, P., Rivas-Campos, A., & Pérez-Marfil, N. (2015), «Efectos de un programa de alta precoz sobre las preocupaciones de los padres de niños prematuros», en Escritos de Psicología (Internet), núm. 8(2), pp. 43-51. Recuperado de DOI: 10.5231/psy.writ.2015.2104
- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Garcés, V., Andrés, C., & Palacio, S. (2010), «La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables», en Hacia la Promoción de la Salud, núm. 15(1), pp. 128-143. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
- Gómez, M. C. (2015), «Guía para padres de bebés nacidos prematuros: La internación», en Interdisciplinaria, núm. 32(2), pp. 347-366. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v32n2/v32n2a09.pdf>
- Hernández Carrera, R. M. (2014), «La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada», en Cuestiones Pedagógicas, núm. 23, pp. 187-210. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/36261/La%20investigacion%20cualitativa%20a%20traves%20de%20entrevistas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, M. (1998), La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico práctico, México, Trillas, 3ª edición. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603520>
- Molina, M. D. P. U. (2016), «Conocimientos de los padres para brindar cuidado en casa al recién nacido prematuro y/o de bajo peso», en Libros Editorial UNIMAR. Recuperado de <http://www.umariana.edu.co/ojseditorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/1022>
- Palacios González, J., Moreno Rodríguez, M. D. C., Román Rodríguez, M., & Estévez Campos,

- R. M. (2015), Guía para madres y padres de bebés prematuros durante la hospitalización, Sevilla. Recuperado de https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/74264/guia_prematuros_hospitalizacion.pdf?sequence=1
- Sánchez Sáez del Burgo, A. (2016), «Participación de los padres en las unidades de neonatología: beneficios y barreras», en Escuela Universitaria de Enfermería. Recuperado de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19318/S%C3%A1nchez_Saez%20del%20Burgo%2c%20Andrea_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Taborda Ortiz, A. R. (2013), «Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro», en Revista Cuidarte, núm. 4(1), pp. 540-543. Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a15.pdf>
- Wormald, F., Tapia, J. L., Torres, G., Cánepa, P., González, M. A., Rodríguez, D., ... & Delgado, P. (2015), «Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico», en Archivos argentinos de pediatría, núm. 113(4), pp. 303-309. Recuperado en http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n4/en_v113n4a05.pdf

ACTITUD DE PROGENITORES HACIA EL EXCESO DE PESO ASOCIADA A LOS ESTILOS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN EN EL PREESCOLAR

PERLA MARÍA TREJO ORTÍZ¹
ROXANA ARAUJO ESPINO
FABIANA ESTHER MOLLINADO MONTAÑO
ALEJANDRO CALDERÓN IBARRA
ANA GABRIELA FLORES ROMO
Universidad Autónoma de Zacatecas

RESUMEN

Introducción. La obesidad infantil es un problema de salud pública mundial. Entre los factores asociados se encuentra la alimentación, en la cual los padres juegan un rol importante. Si ellos no consideran la obesidad como un problema de salud, las prácticas de alimentación pueden tornarse no saludables. **Objetivo.** Identificar la asociación entre actitud de los padres hacia el sobrepeso y la obesidad con los estilos parentales de alimentación en el preescolar. **Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, comparativo de corte transversal en 199 padres/madres con hijos preescolares, seleccionados por bola de nieve de los municipios de Guadalupe y Zacatecas. **Resultados.** Las madres representaron un 90.3 %, 50.2% casados, con escolaridad de secundaria el 38.6%. El promedio de edad de los progenitores fue de 30.98 años ($DE = 6.9$). El 53.6% de los preescolares fueron niñas y 46.4% niños. Las prácticas de alimentación mayormente utilizadas fueron las responsivas y la actitud hacia el exceso de peso fue negativa. Las madres, quienes tienen varones y con nivel educativo de licenciatura son quienes manifestaron ser más responsivos con la alimentación de los menores ($p < .05$). La actitud de los padres hacia el exceso de peso se asoció positiva y significativamente con las prácticas responsivas y no responsivas ($p < .05$). **Conclusiones.** Se precisa realizar intervenciones transdisciplinarias encaminadas a orientar a los padres sobre prácticas

1 Correo de contacto: perlatrejo@uaz.edu.mx

saludables de alimentación donde se incluyan aspectos psicológicos y conocimiento sobre la relación entre las prácticas de los padres y la conducta alimentaria de los hijos.

Palabras clave: Obesidad, preescolares, actitud, estilos parentales, alimentación

ABSTRACT

Introduction. Childhood obesity is a global public health problem. Among the associated factors is food, in which parents play an important role. If they don't see obesity as a health problem, eating practices can become unhealthy. **Objective.** To identify the association between parental attitudes towards overweight and obesity with parental eating styles in preschool. **Method.** A descriptive, correlational, comparative cross-sectional study was carried out in 199 fathers / mothers with preschool children, selected by snowball from the municipalities of Guadalupe and Zacatecas. **Results.** Mothers represented 90.3%, 50.2% married, 38.6% with secondary education. The average age of the parents was 30.98 years (SD = 6.9). 53.6% of preschoolers were girls and 46.4% boys. The most commonly used feeding practices were responsive and the attitude towards excess weight was negative. The mothers, who have boys and with a bachelor's degree education, are the ones who manifested to be more responsive with the feeding of the minors ($p < .05$). Parents' attitude toward excess weight was positively and significantly associated with responsive and non-responsive practices ($p < .05$). **Conclusions.** It is necessary to carry out transdisciplinary interventions aimed at guiding parents on healthy eating practices that include psychological aspects and knowledge about the relationship between parental practices and children's eating behavior.

Keywords: Obesity, preschoolers, attitude, parenting styles, feeding.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se calcula que en el 2016 más de 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Se considera que, de seguir con esta tendencia, para el año 2025 serán alrededor de 70 millones los infantes de este rango de edad con problemas de exceso de peso (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). En México, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de

Salud Pública & Secretaría de Salud, 2020) la prevalencia de sobrepeso más obesidad en la población menor de cinco años de edad se observó en 6.8% en 2018. Esta prevalencia es menor a la observada en 2012 (9.7%) pero ligeramente mayor a la observada en 2016 (5.8%).

El sobrepeso y la obesidad infantil son causados por diferentes factores, entre los que destacan los estilos de vida como la poca o nula actividad física que realizan los menores al igual que la alimentación (Araque, 2017). Respecto a la alimentación, los niños en edad preescolar a menudo imitarán las conductas alimentarias de los padres o adultos que los rodean (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria [SEPEAP], 2015), lo cual resulta fundamental porque es esta etapa cuando se forman los hábitos alimenticios que definirán el futuro estado nutricional (Abadeano Sanipatin, Mosquera Guilcapi, Coello Viñán & Coello Viñán, 2019).

En función a lo anterior, cobran importancia las actitudes de los padres frente a la obesidad de los hijos. Si ellos no consideran la obesidad como un problema de salud o enfermedad, sino que la interpretan como sinónimo de estar sano, las prácticas de alimentación pueden tornarse no saludables y por tanto incrementan las posibilidades de exceso de peso en los hijos (Vargas, Cruzat, Diaz, Moore & Ulloa, 2015). Al respecto diversas investigaciones reportan que en los preescolares una vez que se elimina la restricción excesiva a golosinas o alimentos de refrigerio se puede observar un mayor consumo de éstos. Además, el sobrepeso es mayor en niños cuyos padres aplican prácticas restrictivas de alimentación. Por otro lado, prácticas menos restrictivas son más conducentes a una ingesta de calorías más equilibrada en niños de la misma edad. Por su parte, las prácticas muy permisivas (indulgentes y al margen) se han asociado negativamente con la ingesta de una dieta (más frutas y verduras) y un peso corporal más saludables (Saavedra & Dattilo, 2017).

Por lo anteriormente expuesto, se considera que investigar sobre las prácticas parentales de alimentación en los preescolares y su asociación con las actitudes hacia el sobrepeso y obesidad, incrementará el conocimiento sobre la temática y permitirá contar con mayores elementos para generar estrategias tendientes a reducir el problema de obesidad infantil, por lo que la presente investigación se desarrolló con el objetivo de identificar la asociación entre actitud de los padres hacia el sobrepeso y la obesidad con las prácticas de alimentación empleadas en el preescolar.

DESARROLLO

La obesidad se define como una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; se presenta cuando hay un desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto calórico que se debe a la combinación de factores ambientales, neuroendocrinos y a la predisposición genética. En el caso de los niños, el exceso de peso se caracteriza por el incremento del tejido adiposo por arriba del 20% para el peso ideal ajustado para la talla (Camacho, Rodríguez, Sánchez, Arellano & Musalem, 2015).

Entre los factores ambientales asociados al exceso de peso se encuentra la alimentación, que, en el caso de los niños preescolares, básicamente es responsabilidad de los padres. Derivado de ello surgen las prácticas parentales de alimentación, definidas como aquellos comportamientos específicos que caracterizan las interacciones entre los padres (o cuidadores) y un niño durante la alimentación (González, Esquela & Vacio, 2018). Atendiendo a la clasificación de estilos parentales de crianza, se derivan los estilos parentales de alimentación que se detallan a continuación

Estilo permisivo. Son padres que ejercen poco control y tienen bajas exigencias de madurez. Prima el «dejar hacer», aceptan la conducta de su hijo y no le ponen límites ni castigos. Su actitud puede ser tanto indulgente (inclinación a perdonar y disimular los errores, o a conceder premios o regalos) como negligente (actitud descuidada o indiferente ante el cuidado del menor). Ello puede traducirse, según varios autores, en niños con una baja autorregulación del comportamiento. En este estilo predomina «dejar al niño(a) que coma lo que desee sin ninguna restricción», lo que constituye un riesgo para el reforzamiento del consumo de alimentos saludables y por tanto duplican el riesgo de sufrir obesidad (Rodríguez Arauz & Ramírez Esparza, 2017).

- **Estilo autoritario.** Estos padres ejercen un estricto control y exigen un elevado nivel de madurez a sus hijos, lo que va acompañado de una pobre comunicación y escasa expresión emocional. Prima la obediencia de las normas y en caso de no cumplirse, recurren al uso del castigo sin dar lugar al diálogo. Comprende aquellas conductas que buscan controlar unilateralmente el acceso a los alimentos y su ingesta por medio de órdenes o coerción, en esta categoría pudieran encontrarse la presión para comer y restricción de alimentos, amenazas y sobornos, además del uso de la comida para controlar a emociones negativas en los niños (González, Esquela & Vacio, 2018).

- Estilo autoritativo o democrático. Estos progenitores presentan altos niveles de comunicación, afecto, control y exigencias de madurez. Si bien ejercen el control, tienen en cuenta las necesidades y sentimientos de sus hijos, siendo así más empáticos y flexibles. Comprende aquellas acciones que buscan guiar la conducta alimentaria del niño o niña por medio de negociaciones, preguntas y razonamientos. En este estilo de alimentación, los padres son sensibles e identifican las señales de saciedad y hambre de los niños, pero vigilan y exigen un estilo de alimentación de acuerdo a sus reglas. Las prácticas parentales propias de este estilo incluyen el monitoreo o vigilancia del patrón de ingesta, el establecimiento de límites con niveles de disciplina y control adecuados, el modelamiento, la disposición de alimentos saludables en el hogar, el reforzamiento material y social de los hábitos saludables de alimentación, la estimulación del niño a comer saludablemente, entre otras (González, Esquela & Vacio, 2018).

Ahora bien, es reconocido que los comportamientos, en este caso de alimentación de los padres hacia sus hijos, se vinculan con las actitudes, entendiendo por éstas la posición que expresa valoraciones y sentimientos; expresan la manera de reaccionar, positiva o negativamente a una situación dada (Palacios Martínez *et al.*, 2019).

Las actitudes se integran de: *a) un componente cognoscitivo* (ya que para que se cree una actitud es necesario conocer primero la existencia del objeto o fenómeno); *b) un componente afectivo* (la predisposición puede ser a favor o en contra) y *c) un componente de conducta* (en consonancia con el conocimiento y la predisposición, se produce un comportamiento).

En este sentido es que identificar cómo se asocia la actitud hacia el sobrepeso y obesidad en padres de preescolares con las prácticas de alimentación empleadas en los hijos, puede fungir como un elemento más para orientarlos en lo que es una práctica de alimentación adecuada y por tanto reducir el problema de obesidad infantil.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, comparativo de corte transversal en padres con hijos en edad preescolar de los municipios de Guadalupe y Zacatecas. La muestra se calculó para una población infinita con una confiabilidad de 95% y un margen de error de .05, lo que arrojó un total de 220 progenitores, de los cuales

se eliminaron 21, quedando al final 199 participantes, los cuales fueron seleccionados por bola de nieve. Se incluyó a todo progenitor interesado en participar, mayor de edad y con un hijo en edad preescolar sin alguna enfermedad que implicara una modificación en la alimentación del menor.

Para medir las prácticas parentales de alimentación se utilizó el Cuestionario Prácticas de Crianza para promover hábitos de salud en la primera infancia (PCHS) elaborado por Varela, Tenorio y Duarte (2017). Está compuesto por dos apartados: prácticas responsivas y prácticas no responsivas, cada uno con 20 ítems. El apartado de prácticas responsivas califica y promueve hábitos saludables de alimentación, mientras que el apartado de prácticas no responsivas se clasifica en tres subapartados: prácticas no-responsivas, indulgentes y negligentes. Las opciones de respuesta son: siempre = 4, casi siempre = 3, pocas veces = 2 y nunca = 1. Se calcularon índices del 0 al 100 donde un mayor puntaje indica mayor presencia de dicha práctica de alimentación. La confiabilidad del instrumento resultó en 0.66

Las actitudes se midieron por medio del cuestionario Escala de Actitudes Maternas hacia el Sobrepeso y la Obesidad Infantil (EAMSyOI), elaborado por Campos y Sotelo (2018). Está integrado por once ítems con una opción de respuesta de cero a cinco puntos que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Estos ítems se distribuyen en tres factores los cuales se denominan, actitud negativa, significado e importancia. Se calcularon índices del 0 al 100 donde a mayor puntaje una actitud más negativa. Ambos instrumentos fueron transcritos a un formulario de google para su aplicación. De acuerdo al Coeficiente Alpha de Cronbach la confiabilidad fue de .85.

Para la aplicación de las encuestas vía electrónica se identificó a padres que cumplieran con los requisitos de inclusión, se les explicó vía llamada o WhatsApp el objetivo del estudio, la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de la información recabada, datos que se reforzaron en el consentimiento informado que se incluyó antes de la encuesta, tal como estipula la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2018). Posteriormente se les solicitó invitar a participar a otros padres con las mismas características y enviar el link para contestar la encuesta.

Los datos fueron capturados y analizados en el programa SPSS versión 20. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de los datos, la cual resultó no normal, por lo que se decidió el uso de estadística no paramétrica. Para asociar las variables de interés se utilizó el coeficiente de correlación de

Spearman. Las comparaciones se realizaron por medio de las pruebas U de Mann-Whitney o Kruskal Wallis, tomando como significativo un valor de p de .05.

RESULTADOS

Del total de la muestra, las madres representaron un 89.9% y los padres un 10.1%, 49.7% casados, con escolaridad de secundaria el 38.2% y el 31.7% licenciatura. El promedio de edad de los padres fue de 30.98 ($DE = 6.9$), mínimo de 19 y máximo de 50, ligeramente mayor la edad en los papás que en las madres ($\bar{X} = 30.86$ vs $\bar{X} = 32.10$, respectivamente). Los preescolares fueron un 53.6% niñas y un 46.4% niños.

Al calcular índices del 0 al 100 para las prácticas parentales de alimentación y actitudes hacia el sobrepeso y obesidad, se determinó que las prácticas mayormente utilizadas fueron las responsivas, con una media de 73.51 ($DE = 12.82$), con un mínimo de 50 y máximo de 70; mientras que las actitudes puntuaron en un promedio de 87.39 ($DE = 15.31$), lo que indica una actitud negativa (Figura 1).

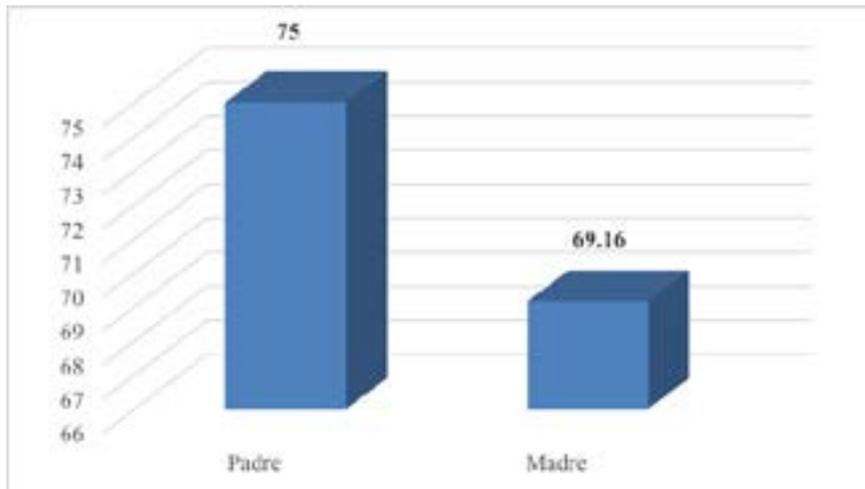
FIGURA 1. PROMEDIO DE PRÁCTICAS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN Y ACTITUD HACIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PADRES DE PREESCOLARES



Al comparar las prácticas de alimentación y la actitud hacia el sobrepeso y obesidad respecto al tipo de progenitor, únicamente se encontraron diferencias significativas en las prácticas responsivas ($U = 1275$, $p = .039$). Las madres obtuvieron mayores

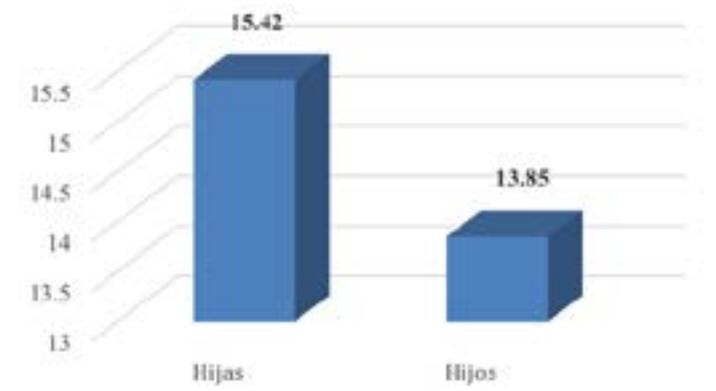
puntajes en este tipo de prácticas que los padres, lo que significa que éstas suelen emplear con mayor frecuencia una alimentación responsiva en sus hijos (Figura 2).

FIGURA 2.
MEDIANA DEL PUNTAJE DE PRÁCTICA PARENTAL DE ALIMENTACIÓN RESPONSIVA
EN EL PREESCOLAR ENTRE PADRES Y MADRES



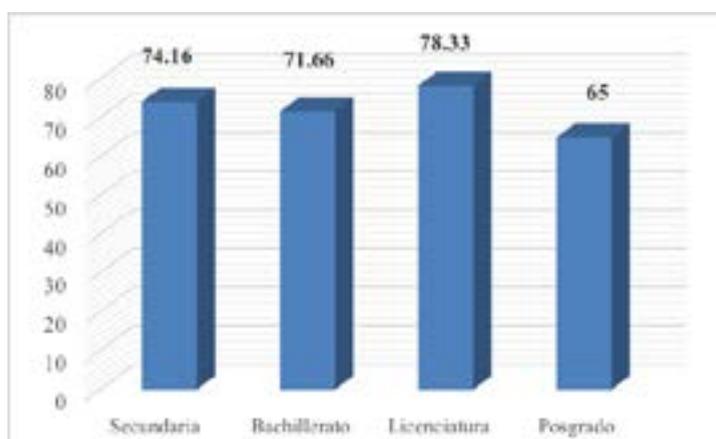
Las prácticas negligentes resultaron con diferencias significativas según el sexo del menor ($U = 4140, p = .03$). Se observó que los progenitores usan más esta práctica de alimentación en las niñas que en los niños (Figura 3).

FIGURA 3.
 MEDIANA DEL PUNTAJE DE PRÁCTICA PARENTAL DE ALIMENTACIÓN NEGLIGENTE
 EN EL PREESCOLAR DE ACUERDO AL SEXO DEL MENOR



De igual manera las prácticas responsivas resultaron con diferencias significativas de acuerdo a la escolaridad de los progenitores ($H = 12.62, p < .001$). Los padres con mayor grado de escolaridad son quienes menos emplean este estilo de alimentación, como se muestra en la Figura 4.

FIGURA 4.
 MEDIANA DEL PUNTAJE DE PRÁCTICA PARENTAL DE ALIMENTACIÓN RESPONSIVA
 EN EL PREESCOLAR DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD DE LOS PROGENITORES



Al asociar las prácticas de alimentación en los preescolares con la actitud de los padres hacia el sobrepeso y la obesidad infantil, se encontraron asociaciones positivas entre las prácticas responsivas y las no responsivas con la actitud, lo que significa que si los padres tienen una actitud negativa tienden a utilizar más estas prácticas de alimentación (Tabla 1).

TABLA 1.
PRUEBA DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA ASOCIACIÓN ENTRE PRÁCTICAS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN EN EL PREESCOLAR Y ACTITUD DE LOS PADRES HACIA EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

<i>Práctica alimentación</i>	<i>Actitud hacia el sobrepeso y la obesidad</i>
Prácticas responsivas	.150* .035
Prácticas no responsivas	.197** .005
Prácticas indulgentes	.048 .502
Prácticas negligentes	-.035 .622

Nota: *correlaciones significativas con una $p < .05$ pero $\geq .01$, ** correlaciones significativas con una $p < .01$.

CONCLUSIONES

A través de los resultados obtenidos en la presente investigación se concluye que los padres de los preescolares están conscientes de que la obesidad infantil es una enfermedad con múltiples consecuencias para los menores, lo que se refleja en estilos parentales de alimentación más responsivos, pero también no responsivos o autoritarios. Por otro lado, es evidente que, aun conociendo las implicaciones de la obesidad infantil, los estilos de alimentación empleados en los hijos cambian de acuerdo a otro tipo de circunstancias como el nivel educativo de los padres, el sexo del menor y si se trata del padre o la madre quien es el responsable de la alimentación. En este sentido, se precisa que las intervenciones para tratar el problema de exceso de peso en los preescolares sean realizadas bajo un enfoque transdisciplinario, donde además de orientar a los padres sobre prácticas saludables de alimentación, se incluyan aspectos psicológicos o creencias al respecto.

REFERENCIAS

- Abadiano Sanipatin, C. L., Mosquera Guilcapi, M., Coello Viñán, J.E. & Coello Viñán, B. (2019), «Alimentación saludable en preescolares: un tema de interés para la salud pública», en Revista Eugenio Espejo, núm. 13(1), pp. 71-83.
- Araque, A. (2017), Obesidad Infantil. Recuperado de <https://fisioterapia-angelaraque.es/obesidad-infantil/>
- Camacho, I., Rodríguez, J., Sánchez, E., Arellano, M. & Musalem, C. (2015) Prevalencia de obesidad en preescolares, escolares y adolescentes en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 20(2), 152-157. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152e.pdf>
- Campos, N. & Sotelo, T. (2018), «Diseño de validación de una escala de actitudes maternas hacia el sobrepeso y la obesidad infantil», en Acta Colombiana de Psicología, núm. 22 (2), pp. 148-162. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v22n2/es_0123-9155-acp-22-02-148.pdf
- González, M., Esqueda, C. & Vacio, M. (2018), «Prácticas alimentarias parentales y su relación con la conducta alimentaria infantil: Problemas para la explicación», en Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, núm. 9(1). Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/450/683>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud (2020), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2020), Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Rodríguez Arauz, G. & Ramírez Esparza, N. (2017), «Prácticas parentales, alimentación saludable y medidas objetivas de composición corporal en la niñez preescolar», en Actitudes en Psicología, núm. 31(122), pp. 61-73.
- Saavedra, J. y Dattilo, A. (2017), «Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida», en Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, núm. 29(3), pp. 379-385. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300014
- Secretaría de Salud (2018), Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (2015), Obesidad infantil.

Recuperado de <https://sepeap.org/riesgo-cardiometabolico-y-gravedad-de-la-obesidad-en-ninos-y-jovenes/>

- Varela, M., Tenorio, X. & Duarte, C. (2018), «Prácticas parentales para promover hábitos saludables de alimentación en la primera infancia en Cali, Colombia», en *Revista Española De Nutrición Humana Y Dietética*, núm. 22(3), pp. 183-192. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352017000100061
- Vargas, G., Cruzat, C., Díaz, F., Moore, C. y Ulloa, V. (2015), «Factores del vínculo temprano madre-hijo asociados a la obesidad infantil», en *Nutrición Hospitalaria*, núm. 32(5), pp. 1994-1999. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n5/14originalobesidad01.pdf>

ENFERMERÍA

CALIDAD EN LOS REGISTROS DE LA HOJA DE ENFERMERÍA

ANA GABRIELA FLORES ROMO¹
ROXANA ARAUJO ESPINO
PERLA MARÍA TREJO ORTIZ
LAURA BERENICE ZORRILLA MARTÍNEZ
ALEJANDRO CALDERÓN IBARRA
Universidad Autónoma de Zacatecas

RESUMEN

Introducción. La hoja de atención integral de enfermería es resultado de las necesidades del personal de enfermería en el área laboral, administrativa y docente, su fin es integrar el mayor número de datos del paciente para realizar una valoración completa y establecer medidas terapéuticas y cuidados específicos de forma rápida y eficaz; también es un documento legal que evidencia el cuidado realizado por el personal de enfermería (Bautista, *et al.*, 2016). **Objetivo.** Describir la calidad de los registros de la hoja de enfermería de un hospital público del estado de Zacatecas. **Metodología.** Se realizó un estudio comparativo, descriptivo, documental de corte transversal (Polit & Hungler, 2000), donde se analizaron 166 expedientes de pacientes que fueron hospitalizados en un periodo de 24 a 72 horas, se utilizó una ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería en sus cuatro apartados: ficha de identificación de paciente y evaluación de las gráficas de signos vitales, notas de la hoja de enfermería, hoja del balance hídrico y kárdex de enfermería, la recolección de datos se apegó a lo dispuesto a la Ley General de Salud en Materia de Investigación (SS, 2018) entregando a la institución una carta de confidencialidad de uso de datos, los cuales fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 23. **Resultados.** la calidad en los registros de Enfermería fue de 52.4% mala, el 46.4% fue regular y sólo el 1.2% fue buena, de manera global los registros en ambos periodos (2017 y 2018) son malos y regulares. **Conclusiones.** Al valorar cada uno de los registros se encontró

1 Correo de contacto: jgabyflores@hotmail.com

que éstos eran malos y podrían deberse a la falta de capacitación para su correcto llenado en cada una de sus categorías y el ausente apego al correcto llenado de la hoja de enfermería.

Palabras clave: calidad, registros, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The comprehensive nursing care sheet is a result of the needs of nursing staff in the workplace, administrative and teaching, its purpose is to integrate the largest number of patient data to carry out a complete assessment and establish therapeutic measures and specific care quickly and effectively; it is also a legal document that shows the care performed by nursing personnel (Bautista, *et al.*, 2016). **Objective.** To describe the quality of nursing sheet records at a public hospital in Zacatecas State. **Methodology.** A comparative, descriptive, transversal cut documentary study was conducted (Polit & Hungler, 2000), where 166 patient records were analyzed who were hospitalized in a period of 24 to 72 hours, a document review sheet was used about nursing records in its four sections: patient identification sheet and evaluation of the vital signs charts, nursing sheet notes, water balance sheet and nursing kardex, data collection was in line with the provisions of the General Law on Health on Research (SS, 2018) by handing the institution a letter of confidentiality of data use, which were analyzed with the SPSS version 23. **Results.** The quality in Nursing records was 52.4% bad, 46.4% was regular and only 1.2% was good, overall records in both periods (2017 and 2018) are bad and regular. **Conclusions.** In assessing each of the records it was found that these were bad and could be due to the lack of training for their correct filling in each of their categories and the absent attachment to the correct filling of the nursing sheet.

Keywords: quality, records, nursing.

INTRODUCCIÓN

La hoja de atención integral de enfermería es el resultado de las necesidades manifestadas por el personal de enfermería en el área laboral, administrativa y docente, tiene como finalidad integrar en un solo documento el mayor número de datos del paciente para realizar una valoración completa y de esta manera establecer medi-

das terapéuticas y cuidados específicos para el paciente de forma rápida y eficaz; por otra parte también permite disminuir el tiempo que la enfermera dedica a las actividades administrativas y este tiempo le dedica a la atención directa del paciente, este también es un documento legal que evidencia el cuidado realizado por el personal de enfermería, el cual permiten relacionar los conocimientos y la práctica como una herramienta (Bautista, *et al.*, 2016). A nivel internacional el registro de la hoja de enfermería se dice que sólo tres cuartas partes del personal de enfermería realiza un llenado correcto de este documento y el resto elabora un registro de mala calidad (Gutiérrez, *et al.*, 2013); en la Ciudad de México se reporta que tan sólo el 3 % realiza un registro de enfermería excelente, un 27% del personal realizan un registro malo mientras que el 70% realiza un registro bueno (Aragón, *et al.*, 2016).

En la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico se establece que debe elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas. Es considerado también una parte fundamental en los registros de los cuidados y tareas que se realiza con cada paciente, considerada de gran importancia en el expediente clínico del paciente, sólo puede ser elaborada por el personal de enfermería. En los registros se reflejan las acciones que se le realizan al paciente, sirve de comunicación escrita para la continuidad de los cuidados y tiene como efecto demostrar la calidad de los cuidados de enfermería (Socop, 2014).

Los buenos registros son útiles para el paciente, ya que apoyan, mantienen y mejoran la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente, al mismo tiempo se consideran una fuente de evaluación para la toma de decisiones y son documentos legales que traducen los actos del equipo de salud y apoyan a la investigación. Por lo cual se desea saber.

Los registros clínicos de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente, son un conjunto de registros clínicos de los cuales el personal de enfermería es responsable. Este documento debe ser llenado a mano de manera clara y legible ya que es un recolector de datos para facilitar el intercambio de información y es un elemento imprescindible para evaluar la continuidad y la gestión de la atención al paciente. La hoja de enfermería cuenta con varios rubros que se deben de llenar, los cuales se mencionan a continuación:

Contar un instructivo sistematizado para el llenado correcto de la hoja del plan de cuidados de enfermería, mantener el registro correcto de la hoja del plan

de cuidados de enfermería, utilizar tinta azul indeleble para registros del turno matutino, verde para el turno vespertino y rojo para el turno nocturno y por último los registros en la hoja de enfermería deben de ser con letra de molde legible, sin abreviaturas y en caso de utilizarlas deben de ser las universales ya establecidas.

DESARROLLO

1.-*Ficha de Identificación*: Será escrita siempre, sin distinción de turnos, con tinta azul comenzando por apellido paterno, edad, género, estado civil, cama, registro, servicio, grupo y factor Rhesus, diagnóstico, días de estancia y fecha; Nombre del usuario iniciando con apellido paterno, materno y nombre/s, número de expediente. Se llenará con el número de expediente correspondiente, la clave única de registro de población, o del número de afiliación del seguro popular. Edad; Registre con número los años cumplidos en escolares y adultos, en lactantes registrar años y meses cumplidos (ejemplo 1 3/12, que significa un año y meses), en recién nacidos se registra los días cumplidos.

2.-*Signos Vitales*: La hora se considera a partir de la línea izquierda, la tensión arterial; la presión sistólica se registrará con «v», la presión diastólica se registrará con «^», en la cifra y horario correspondiente utilizando tinta de color azul, la frecuencia cardiaca; se registrará con un punto color azul en la cifra y horario que corresponda y la temperatura; se registrará con un punto color rojo en la cifra y horario que corresponda; realizando la gráfica correspondiente al final del turno.

La frecuencia respiratoria, presión arterial media, saturación parcial de oxígeno, presión venosa, glicemia capilar; la cifra será registrada con el color del turno al que corresponda en el espacio asignado. Laboratorio y gabinete; se registrarán en el espacio correspondiente con el color de tinta según el turno en el horario en que sucedió el evento.

2.1-*Escala de Glasgow*: Es la valoración neurológica que denota el estado de conciencia en un individuo y se registrará el valor de acuerdo a la respuesta del paciente en la hora que presente cambios en la misma en el espacio correspondiente utilizando la tinta de color del turno que valora; de 13 a 15 puntos; muestran normalidad y un estado de conciencia apropiado, de 9 a 12 puntos; alteración moderada del estado de conciencia, de 3-8 puntos; se considera estado de coma.

2.2-*Escala de Ramsay*: Es una valoración subjetiva que evalúa el nivel de conciencia de un paciente que se encuentra bajo sedación.

3.-*Somatometría*: Peso Inicial; se registrará el peso del paciente al ingresar a la

unidad, será en Kilogramos, con tinta de color del turno; el peso actual; se tomará el peso del paciente diario a la misma hora; y bajo las mismas condiciones, el registro se hará con tinta de color del turno. La talla; la talla del paciente se registrará en metros con tinta de color del turno y el área de superficie corporal total; se registrará en metros cuadrados con tinta de color del turno.

4.-*Dieta*: En el espacio asignado para dieta se deberá escribir la prescripción de esta, con tinta de color del turno.

5.-*Control de Líquidos*: En ingresos se escribirá el nombre de la solución prescrita, el volumen a infundir y el tiempo en que debe realizarse. Escribirá una I en el momento de iniciar la solución, después registrará la cantidad de solución que pasa en cada hora. En egresos, en diuresis deberá registrar la cantidad de orina cuantificada en el horario correspondiente. En caso de ya no ser necesaria la cuantificación estricta de líquidos sólo se escribirá una √ para resaltar que presentó micción espontánea, según el número de veces necesario durante el turno con número ordinario al final de este. La evacuación se registrará en el horario que la presente el paciente, debiendo describir: color, consistencia y cantidad (inicial de color, inicial de consistencia, inicial de cantidad); Los drenajes se deberán especificar de qué tipo entre paréntesis y la cantidad de líquido cuantificado en el espacio correspondiente; y en vómito se especifica la cantidad en caso de cuantificarse o en el supuesto de no ser necesario el registro estricto de ingresos y egresos sólo se escribirá √ en el espacio correspondiente. Podrá describir las características de este en el rubro de observaciones. Nota: Los egresos se anotarán con color de tinta del turno correspondiente.

6.-*Medicamentos*: En la columna de medicamentos se deberá escribir el nombre del medicamento, la vía de administración, la dosis prescrita seguido del horario todo esto registrado con tinta de color azul. Para el caso de los antibióticos se deberá escribir el nombre, la vía, dosis y horario con tinta de color rojo. Circular Inmediatamente con tinta acorde a su turno los medicamentos suministrados.

8.-*Plan de Cuidados de Enfermería*: En este apartado se encuentran todos los Diagnósticos de Enfermería cada uno de ellos con su resultado sugerido (NOC) y de este se desglosan los indicadores a medir con el número de escala a utilizar, al lado derecho de cada indicador encontrará una casilla en blanco donde podrá colocar la calificación que se obtenga después de realizar las intervenciones, logrando proyectar el alcance de las mismas. Las intervenciones (NIC) se encuentran por debajo de los

NOC, el Profesional de Enfermería sólo tendrá que marcar con una X las intervenciones que elija realizar. Utilizará el color de tinta acorde al turno.

9.- *Plan de alta*: Se redactará los cuidados que se enseñan al paciente durante la hospitalización, los cuales tendrán continuidad en su hogar al egreso hospitalario. Escribir el nombre completo de la enfermera responsable del paciente

10.- *Observaciones*: En este apartado se registrará una nota de enfermería de los eventos ocurridos durante el turno con el color de tinta correspondiente. Un buen registro de enfermería debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar calificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

La calidad en los registros de enfermería se expresa cuando se siguen los procedimientos mencionados para su elaboración de tal manera que produzca un máximo de beneficio y un mínimo riesgo de salud. Para lograr registros de calidad en enfermería, las anotaciones deben cumplir las características mencionadas, es decir, que cumplan con un lenguaje universal, coordinación entre profesionales de la salud, correcta continuidad de los cuidados y seguridad del paciente, ser objetivas, exactas, completas, concisas, actualizadas, organizadas y confiables (Gutiérrez, 2016).

¿Cuál es la calidad de los registros de la hoja de enfermería de un hospital público de Zacatecas?

MÉTODO

El estudio se realizó bajo el método comparativo, descriptivo, documental, de corte transversal (Polit & Hungler, 2000), se analizaron 166 expedientes al azar de año 2017 y 2018 de pacientes que fueron hospitalizados en un periodo de 24 a 72 horas en los servicios de hospitalización y observación adultos, para realizar la recolección de la información se utilizó una ficha de revisión documentaria (FDR), la ficha de recolección de datos fue elaborada en base a la «Norma Técnica de la Historia Clínica» establecida por el MINSA y un cuestionario de auditoría de la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica utilizada en la investigación realizada por Cedeño S. y col. en el año 2013 sobre los registros de enfermería la cual reportó una consistencia interna KR-20 de 0.821, para la hoja gráfica que constó de 16 ítems, notas de enfermería de 28 ítems, hoja de balance hídrico de 22 ítems y el kardex de enfermería de 18 ítems, siendo en total 84 ítems evaluados. Con respuestas dicotómicas de SI con valor de 1 (cuando el personal de enfermería cumplió con

el llenado del registro, en cada uno de los ítems establecidos en la ficha de revisión documentaria) y NO con valor de 0 (cuando el personal de enfermería omitió o no realizó el llenado correcto del registro, en cada uno de los ítems establecidos en la ficha de revisión documentaria), según las alternativas se evaluó como bueno, regular y malo.

Para evaluar la hoja grafica se determinaron los siguientes rangos: Buena, si alcanzaba un estándar de calidad entre 90 y el 100 %, Regular entre el 70 y 89 %, y Mala si se encontraba por debajo del 70%. Para la investigación, los rangos entre un nivel y otro se realizó de acuerdo con lo siguiente: Buena si cumplía entre un 90 – 100% de los ítems, es decir 14 a 16 puntos para la hoja gráfica, 25 a 28 puntos para las notas de enfermería, 20 a 22 puntos para la hoja de balance hídrico, de 16 a 18 puntos para el kardex de enfermería y de 76 a 84 puntos para todos los registros en general. Regular si cumplía entre un 70 – 89% de los ítems, es decir 11 a 13 puntos para la hoja gráfica, 20 a 24 puntos para las notas de enfermería, 15 a 19 puntos para la hoja de balance hídrico, de 13 a 15 puntos para el kardex de enfermería y de 59 a 75 puntos para todos los registros en general. Mala si cumplía < 70% de los ítems, es decir menor 11 a puntos para la hoja gráfica, menor a 20 puntos para las notas de enfermería, menor a 15 puntos para la hoja de balance hídrico, menor a 13 puntos para el kardex de enfermería y menor a 59 puntos para todos los registros en general. La recolección de datos se apegó a lo dispuesto a la Ley General de Salud en Materia de Investigación (SS, 2014) entregando a la institución una carta de confidencialidad para el uso de datos y fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 23 para Windows.

RESULTADOS

La muestra se conformó por 166 expedientes de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo con la calidad en los registros de Enfermería en el 52.4% fue mala, en el 46.4% fue regular y sólo el 1.2% fue buena, tomando en cuenta en los registros de la hoja de 24 horas a 72 horas de estancia hospitalaria de un paciente en el año 2017 y en el año 2018. En la Tabla 1, se muestra la descripción de la calidad global (del año 2017 al año 2018) de los registros de enfermería, se encontró que en la hoja gráfica sólo el 6 % es buena, en las notas de la hoja de enfermería el 4.8% fue buena, con relación a la hoja de balance hídrico del paciente muestra que el 6% fue buena, en el kardex de enfermería muestra que el 17.5% fue buena.

TABLA 1.
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE EN SUS SUBESCALAS

	<i>Buena</i>		<i>Regular</i>		<i>Mala</i>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hoja gráfica	10	6	61	36.7	94	56.6
Hoja de notas de enfermería	8	4.8	96	57.8	62	37.3
Hoja de balance hídrico	10	6	51	30.7	105	63.3
Kardex de enfermería	29	17.5	43	25.9	94	63.3

Fuente: FDR

Al realizar el análisis de cada una de las hojas se encontró en la hoja de los registros de enfermería, que el nombre y apellidos se registran en un 100%, el 97.6% registra la edad del paciente, el 94.6% registra el sexo del paciente, un 21.7% gráfica la temperatura con línea de unión entre los puntos en cada turno, el 20.5% gráfica la presión arterial en las celdas correspondientes y únicamente el 12.7% grafica la frecuencia respiratoria con línea de unión entre los puntos en cada turno. En cuanto a la evaluación de las notas de la hoja de enfermería, se encontró que en los diagnósticos de enfermera se registraron en un 94.6% seguido de los datos subjetivos (síntomas del paciente) con el 90.4%, el 89.8% registra los datos objetivos (signos del paciente), se registra escolaridad en un 39.8%, tan sólo el 39.2% registra la evaluación de las intervenciones, por consiguiente, el 38% registra sin dejar espacios en blanco y el 20.5% registra la hora de intervención. Para los registros del balance hídrico, se encontró que el 69.9% registra los líquidos ingeridos vía oral en cada turno, el 58.4% registra la cantidad de orina, el 31.9% registra la cantidad drenada por colostomía, ileostomía u otro drenaje, sólo el 29.5% registra los líquidos eliminados por vómito y sólo el 28.3% registra el resultado del cálculo del balance hídrico (positivo, negativo) con rojo. Para los parámetros a evaluar del kardex de enfermería en el cual el 95.2% de las enfermeras (os) registra el nombre del medicamento, dosis unitaria, frecuencia, día de acuerdo con la preinscripción médica, cada renglón sirve para un medicamento y forma de administración, el otro 95.2% dice que se registra como suspendido en la fecha en que se discontinúa el tratamiento médico, 91% registra las horas diarias según la frecuencia de programación del medicamento a comparación del 61.4% registra sin borrones o enmendaduras y sólo el 38% registra el tipo de dieta con rojo.

Al evaluar la calidad de los registros de la hoja de enfermería obtenidos en el año 2017 por años se mostró que en la hoja de balance hídrico el 61.4% es mala, por otro lado, en el kardex de enfermería el 18.6% de la calidad es buena siendo el más alto porcentaje de las cuatro categorías, el 72.7% fue de mala calidad en la hoja de balance hídrico y un 13.6% es buena en la hoja del kardex de enfermería. Al realizar una comparación los parámetros evaluados entre los años 2017 y 2018 en la categoría tres de la hoja del balance hídrico en el año 2018 es de 77.3% siendo mala e inferior en el año 2017 con un 61.4%. Mientras que en el año 2017 en la categoría cuatro hace referencia al kardex de enfermería, el 18.6% fue buena a comparación del 2018 que fue de 13.6%. Sin embargo, en la tabla 2 se puede observar que de manera global los registros de calidad en ambos periodos fueron malos y regulares.

TABLA 2
COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LA HOJA DE ENFERMERÍA
EN EL AÑO 2017-2018

	2017		2018	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bueno	27	18.6	2	9.5
Regular	39	26.9	4	19
Malo	79	54.5	15	71.4
Total	145	100	21	100

Fuente: FDR

CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como propósito identificar la calidad de los registros de la hoja de enfermería en sus cuatro apartados: ficha de identificación de paciente y evaluación de las gráficas de signos vitales, notas de la hoja de enfermería, hoja del balance hídrico y kardex de enfermería.

Más de la mitad de los registros realizados por el personal de enfermería fueron malos esto podía deberse a la falta de apego al llenado correcto de la hoja de enfermería al valorar la hoja del balance hídrico fue mala porque la mayoría del personal omite este apartado, en comparación del kardex de enfermería que obtuvo los porcentajes más altos, por el apego al correcto llenado de este apartado, datos contrastantes con los reportados por Apaza (2013), Valverde (2013) y Morales (2015)

quienes describen que en las notas de enfermería se tiene un porcentaje regular en la calidad de sus registros. Al valorar cada uno de los registros se encontró que estos eran malos y podrían deberse a la falta de capacitación para su correcto llenado en cada una de sus categorías y el ausente apego del personal de enfermería al correcto llenado de la hoja de enfermería.

REFERENCIAS

- Apaza, G. (2013), Factores personales e institucionales relacionados a la calidad de notas de enfermería en los servicios del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Tesis pregrado, Puno, Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería.
- Aragón et al., (2013), Notas de enfermería: una mirada a su calidad en el servicio del Hospital Universitario San Vicente, Tesis postgrado. Medellín, Colombia, Universidad del norte Barranquilla Ciencias de la Salud, Facultad de Enfermería.
- Bautista (2016), Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2a ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill.
- Calixto et al., (2016), «Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería», en Rev Cuid.
- Morales, S. (2015), Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Regional Moquegua, Tesis de Segunda Especialidad, Moquegua, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud.
- Polit, D. y Hungler, B. (2000), Investigación Científica en Ciencias de la Salud, México, MCGRAW-HILL/INTERAMERICANADEMEXICO
- Secretaría de Salud (1987), Reglamento de la Ley General de Salud en material de Investigación para la Salud. México. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Socop (2014), Evaluar la nota de Enfermería de los Registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres Hospital Nacional de Mazatenango Suchitepequez Guatemala durante el trimestre Agosto a octubre 2014.
- Valverde, A. (2013), Calidad de los registros de enfermería elaborados por las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Tesis Postgrado, Universidad Nacional Mayor San Marcos.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CLAUDIA CONCEPCIÓN SANTANA GONZÁLEZ¹

MIRÍAM GÓMEZ ORTEGA

GENOVEVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

BARBARÁ DIMAS ALTAMIRANO

Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

Introducción. De acuerdo a National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), considerados de alto riesgo en el hospital para el personal de salud, se encuentran expuestos a factores de biológicos, físicos, químicos, ergonómicos, psicosociales y riesgos de accidente. **Objetivo.** Determinar los factores de riesgo en el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. **Metodología.** Se realizó un estudio con enfoque de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo, retrospectivo. Los participantes en esta investigación fueron profesional de enfermería que laboraba en la unidad de cuidados intensivos en un hospital del Estado de México, el universo estuvo constituido por 200 enfermeras que laboran en el hospital, una muestra de 50 enfermeras del área de unidad de cuidados intensivos adultos, intermedia y neonatales, en los diferentes turnos, el muestreo fue probabilístico en poblaciones finitas, se trabajó con un nivel de confianza de 90%. **Resultados.** La prevalencia de género femenino fue del 80%, asimismo, la edad fue de 31 a 40 años. El riesgo al estar en contacto con los fluidos corporales como: sangre, orina y secreciones con el 100%. Exposición a riesgos químicos son: medicamentos, látex, alcohol gel con el 100% y 70% de glutaraldehído. En el riesgo físico prevalece la temperatura elevada del 56%, el ruido al 100%. La iluminación es deficiente con el 76%. El riesgos ergonómicos como lumbalgia el 44%, el 10% cervicalgia. **Conclusiones.** En todas las instituciones de salud debe haber protocolos o programas

1 Correo: claudiasantanagonzalez@gmail.com, ccsantanag@uaemex.mx.

de educación y promoción en la salud del trabajador coadyuvando de disminuir los riesgos a los que está expuesto el personal de enfermería.

Palabras clave: Factores de Riesgo, profesional de enfermería, cuidados intensivos.

ABSTRACT

Introduction. According to the National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), considered high risk in the hospital for health personnel, they are exposed to biological, physical, chemical, ergonomic, psychosocial factors and accident risks. **Objective.** To determine the risk factors in the nursing professional in the intensive care unit. **Methodology.** A study was conducted with a quantitative, cross-sectional, descriptive, retrospective approach. The participants in this research were nursing professionals who worked in the intensive care unit in a hospital in the State of Mexico, the universe was constituted by 200 nurses who work in the hospital, a sample of 50 nurses from the adult, intermediate and neonatal intensive care unit area, in the different shifts, the sampling was probabilistic in finite populations, we worked with a confidence level of 90%. **Results.** The prevalence of female gender was 80%, and the age was from 31 to 40 years. The risk of being in contact with body fluids such as: blood, urine and secretions with 100%. Exposure to chemical risks are: drugs, latex, alcohol gel with 100% and 70% glutaraldehyde. In the physical risk prevails the elevated temperature of 56%, the noise to 100% lighting is poor at 76%. Ergonomic risks such as low back pain 44%, 10% cervicalgia. **Conclusions.** In all health institutions, there must be protocols or programs for education and promotion of the health of the worker, helping to reduce the risks to which nursing personnel are exposed.

Keywords: Risk Factors, Nursing Professional, Intensive Care

INTRODUCCIÓN

A escala mundial hay un déficit de profesionales de enfermería para otorgar cuidado a la persona, familia y comunidad a través de los diferentes niveles de atención, esto aumenta la probabilidad de riesgo laboral alterando el equilibrio entre los estados físico, mental y social de las enfermeras.

De acuerdo al Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, 2017), menciona alto riesgo en el trabajo especialmente en los hospitales

en trabajadores de la salud. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana Nom-025-SSA3-2013; describe la unidad de cuidados intensivos como es el área de hospitalización, integrada por un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

Evidentemente el profesional en enfermería que se encuentra en terapia intensiva ejecuta funciones asistenciales al paciente en estado crítico está expuesta a diferentes tipos de riesgo por la escasez de material de equipo de protección personal, en riesgo de una enfermedad laboral o la muerte. Además, el personal de enfermería en México no cuenta con programas de educación y promoción para la salud del trabajador, en los hospitales del sector público es insuficiente el personal de salud, así como de enfermería, materiales e insumos, infraestructura deteriorada, el equipamiento de dichas unidades con frecuencia no es el adecuado o es nulo; así la falta de capacitación continua, afectando las funciones laborales. Es así que, los trabajadores de las instituciones de salud están expuestos a múltiples riesgos: físicos, químicos, psicológicos, ergonómicos, mecánicos y biológicos, afectando la salud de las enfermeras.

Según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2021); cada año mueren más de 2,3 millones de personas por año a causa de lesiones o enfermedades profesionales en el trabajador. El personal de enfermería en terapia intensiva está expuesto a factores de riesgo biológicos como virus, bacterias, hongos, parásito, secreciones, fluidos; con respecto a los factores físicos es la iluminación, temperatura, radiaciones; en riesgos químicos tales como medicamentos y antisépticos; existen riesgos de lesiones ergonómicos como lumbalgia y dorsalgia; mientras que entre los riesgos psicosociales se incluyen la violencia laboral actos de hostigamiento, acoso o malos tratos en contra del trabajador, que pueden dañar su integridad o salud.

Al respecto la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico en el Estado de México (2018), menciona los derechos generales de enfermeras y enfermeros donde resalta el ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad, contar con los recursos necesarios que le permitan desarrollar un alto desempeño de sus funciones, asimismo, un entorno que garantice la seguridad e integridad personal. En México, los derechos del trabajador son vigilados a través de la Ley Federal del Trabajo (2021) y Reglamento de la Federal de Seguridad y Secretaría de Trabajo (2014); donde se detallan las condiciones de salud y seguras del trabajador así como las obligaciones de los patrones; señalando que se

debe proporcionar de manera oportuna a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios para la ejecución del trabajo, al igual que la capacitación y adiestramiento, describe las enfermedades de acuerdo al riesgo de explosión.

Por tal motivo el propósito esta investigación fue determinar los factores de riesgo en el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

MÉTODO

Se realizó un estudio con un enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo, retrospectivo. Los participantes en esta investigación fueron profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos de un hospital del Estado de México, el universo estuvo constituido por 200 enfermeras que laboran en el hospital de las cuales se tomó una muestra de 50 enfermeras de las áreas de cuidados intensivos adultos, intermedia, neonatales de los turnos: matutino, vespertino, nocturno A y B, especial diurno y nocturno. El muestreo fue probabilístico en poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 90%. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta, se elaboró un instrumento titulado «Principales factores de riesgo en el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de segundo nivel», consta de 7 dimensiones y en subcategorías. Las dimensiones son: datos sociodemográficos, así como riesgos biológicos, químicos, ergonómicos, físicos y prevención de riesgos; la validación del instrumento fue por experto. Los participantes firmaron el consentimiento informado. Se realizó el análisis de datos en el programa SPSS versión 22.

Considerando los aspectos bioéticos; es un estudio sin riesgo, se sustentó en el Artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y la Ley General de Salud en el Artículo 100.

RESULTADOS

La prevalencia de género fue del 80% femenino y 20% masculino, la edad fue de 31 a 40 años, predominante el estado civil casada con un 52%, el 36% soltera y el 12% unión libre. La antigüedad en la institución fue un 62% con cinco años a diez y el 30% tenía una antigüedad en el servicio de más de 10 años. Por lo que se refiere al grado académico el 58% es licenciada y el 16% especialidad. En relación a la exposición el 100% del personal de enfermería considera riesgos biológicos y químicos en el ejercicio profesional. En cuanto a los agentes biológicos tienen mayor probabilidad de infectarse a virus con el 60%, las bacterias el 92%, el 36%

consideró hongo y 54% a parásitos. El 100% refiere riesgo al estar en contacto con los fluidos corporales como: sangre, orina y secreciones con menor frecuencia de exposición a fluidos de vomito con el 8%.

En relación a sustancias químicas tiene mayor contacto a medicamentos, látex, alcohol gel con el 100% y 70% con glutaraldehído. Acerca del riesgo físico prevaleció la temperatura elevada con el 56%, el 100% refieren ruidos altos como alarmas de monitores, ventiladores o bombas de infusión. El 76% la iluminación natural fue considerada como insuficiente, con respecto a la ventilación artificial y natural el 100% es inadecuada. En cuanto al riesgos ergonómicos se identificaron posturas repetitivas y movimientos bruscos, más frecuente en el personal asistencial, en todos los rangos de antigüedad laboral; el 44% presentó lumbalgias, el 10% cervicalgia y el 8% golpes o raspones. El 100% del personal de enfermería mencionó utilizar como equipo de protección personal los guantes y gorro, mientras que el 54% googles y 6% bata desechable y finalmente el 56% bata estéril. Los profesionales de enfermería responden que no es un hospital seguro con el 68% en caso de situación de emergencia o de desastre y tampoco existe un área de descanso digna según lo reportado por el 96%.

CONCLUSIONES

En esta investigación si identificaron los factores de riesgo en el personal de enfermería en la unidad de cuidados en un hospital del Estado de México. Prevaleció el riesgo biológico con la exposición a virus, bacterias, hongos y parásitos, al estar en contacto en un paciente en estado crítico. Asimismo, el hospital no cuenta con los insumos para dotar equipo de protección personal al profesional de enfermería. De acuerdo con los datos obtenidos es importante contar con manuales de medidas de prevención en el personal de enfermería en las diferentes áreas de acuerdo a sus funciones al puesto, así llevar un seguimiento de las incidencias de acuerdo a cada riesgo laboral llevando programas de capacitación para el cuidado a la salud en el personal de enfermería. Al respecto Somocurcio (2017) en su investigación encontró que no cuentan con el equipo de personal en la jornada de trabajo; Pérez *et. al* (2017) describen al hospital como alto riesgo biológico tanto para el personal profesional como para los pacientes; otras investigaciones corroboran los incidentes con los resultados de esta investigación al estar en contacto con los fluidos corporales como: sangre, orina y secreciones y menor incidencia con fluidos de vomito.

REFERENCIAS

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2021), Ley Federal del Trabajo, Diario Oficial de la Federación. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_310721.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2021), Ley General de Salud (2018). Artículo 100: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (2018), Derecho de las enfermeras y enfermeros. https://salud.edomex.gob.mx/ccamem/carta_derechos_generales
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social, (2013), Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. Diario Oficial de la Federación en México. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5314307&fecha=17/09/2013
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2014), Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, Diario Oficial de la Federación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/134257/Reglamento_Federal_de_Seguridad_y_Salud_en_el_Trabajo.pdf
- Somocurcio Bertocchi, J. A. (2017), «Conocimiento de las medidas de bioseguridad en personal de salud», en *Horizonte Médico*, núm. 17(4), pp. 53-57. <http://dx.doi.org/10.24265/horiz-med.2017.v17n4.09>
- Organización Internacional del Trabajo (2021), Seguridad y salud en el trabajo. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_819802/lang--es/index.htm
- Pérez, C. R., Torres, M. S., Msabri, N., Niño, E. A. & Sobrino, J. M. (2017), «Incidence of accidental exposure to blood and body fluids among healthcare professionals in a community hospital», en *Gaceta Sanitaria*, núm. 31(6), pp. 505-510. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.008>
- Trabajadores de salud (2017), Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). <https://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html>

CREENCIAS EN SALUD DE PERSONAS RARÁMURI, UNA MIRADA DESDE LA TRANSCULTURALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

BERTHA ALICIA CARRILLO CASTRO¹

NORMA PIZARRO

ELIAZAR GONZÁLEZ CARRILLO

HAYDEÉ PARRA ACOSTA

LETICIA MORIEL CORRAL

Universidad Autónoma de Chihuahua

RESUMEN

Las creencias en salud de las personas rarámuri por sus diferencias dialécticas, presentan necesidades específicas de cuidado, es inevitable que la disciplina de enfermería, considere que además poseen cualidades propias de su cultura, desde esta perspectiva en el área de la salud, la enfermera establece una relación transcultural, con posibilidad de negociación para otorgar cuidado a estas personas. **Objetivo.** Describir el cuidado popular, tradicional y creencias en salud de la persona rarámuri; como se presenta la relación de cuidado enfermera – persona rarámuri en el primer nivel de atención. **Metodología.** El estudio fue un enfoque cualitativo, etnográfico, deductivo-inductivo, se realizó a través de la observación, observación participante, entrevista en profundidad y grupo focal, se contactaron a 17 personas de la cultura rarámuri y 15 enfermeras. **Resultados.** Las experiencias evidenciaron cuidados populares y tradicionales más comunes, utilizados por las personas de la cultura rarámuri, los cuales fueron abordados por la enfermera, en el momento de cuidado, sin embargo, coexiste desinterés por parte del profesional sobre este fenómeno, generó incompreensión mutua, por la diferencia en la percepción del cuidado de la salud. **Conclusiones.** Existe la necesidad de comprender la cultura de estas personas, para brindar cuidado acorde a sus creencias en salud, para contribuir al desarrollo de la práctica de la enfermería transcultural.

1 Correo de contacto: sewa_alicia@hotmail.com

Palabras clave: Cuidado, Cuidado transcultural, Cuidado de enfermería.

ABSTRACT

Due to dialectal differences within the health beliefs from Raramuri people, they present specific care needs, so it's unavoidable that nursing discipline also considers them having their own culture qualities, from this perspective within the health field, the nurse establishes a transcultural relationship, with the possibility of negotiation in order to bring care to these people. **Objective.** To describe popular and traditional care and health beliefs from Raramuri people; how the nurse – Raramuri person care relationship presents itself in the first level of attention. **Methodology.** The study was a deductive-inductive, ethnographic, qualitative approach performed through observation, participant observation, in depth interview and focal group, 17 Raramuri culture people and 15 nurses were contacted. **Results.** The experiences evidenced more common more popular and traditional caring, used by Raramuri culture people, which were tackled by the nurse during caring, however, a lack of interests persists from the professional regarding this phenomenon, which generated mutual lack of understanding, due to the difference in the perception of health care.

Conclusions. There is the need to understand these peoples' culture, in order to bring proper care to their health beliefs, in order to contribute to the development of transculture nursing practice.

Keywords: Care, transcultural care, nursing care.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se centra en la descripción de los fenómenos de cuidado, desde sus creencias en salud, bajo un enfoque transcultural en el primer nivel de atención, donde se realizó un análisis del quehacer profesional de enfermería con la cultura de las personas raramuri, la cual a través de la historia ha sido representada por sus creencias, valores, costumbres, tradiciones y modos de vida que llevan y, que han establecido vínculos e interacción con personas de otros pueblos con diferente forma de ver la vida, esto ha llevado a formar parte de esta diversidad cultural que se vive en lo cotidiano, lo que ha ocasionado una mezcla de culturas o adopción de otras.

Ante esta realidad, existe la necesidad de proporcionar un cuidado congruente y responsable desde el punto de vista cultural, al considerar la complejidad cultural

y, en muchos lugares también la diversidad lingüística, que en el estado de Chihuahua no es la excepción, existe la cultura rarámuri denominadas de la alta y baja tarahumara, por consiguiente el lenguaje varía y, la comunidad mestiza tiene que estar preparada para enfrentar la realidad de estas comunidades, se tiene que contar con una visión transcultural, que permita reconocer las diferentes formas de ser, sentir, pensar y expresar, para así responder a sus necesidades (Garduño, Guerra & Sánchez, 2011).

El objetivo de esta investigación fue describir el cuidado popular, tradicional y las creencias en salud de la persona rarámuri; se aborda la relación de cuidado enfermera – persona rarámuri en el primer nivel de atención, el estudio se realizó desde el enfoque cualitativo, con el método etnográfico, los resultados constituyen una oportunidad para fortalecer la práctica de enfermería desde el enfoque transcultural, debido a la complejidad actual en la que laboran los profesionales de enfermería, dado que se le imponen nuevos retos para desempeñarse en el primer nivel de atención.

El estudio se llevó a cabo bajo un enfoque cualitativo deductivo – inductivo con algunos elementos de la etnografía. Se utilizó la técnica de observación participante, un instrumento como guía de observación, donde se abordó a la enfermera y a la persona de cuidado rarámuri, se realizaron dos entrevistas en profundidad a enfermeras profesionales, un grupo focal con un grupo de siete enfermeras, cinco con nivel técnico y dos enfermeras asistenciales, utilizando el mismo instrumento, para la obtención de los datos empíricos, los cuales fueron grabados, previo consentimiento informado a los participantes, posteriormente, se llevó a cabo un registro de la información con apoyo de un diario de campo, para luego realizar la transcripción de las entrevistas y el análisis de los hallazgos.

La recolección de los datos del fenómeno de estudio se realizó en dos momentos, la primera a través de una investigación de campo con enfoque deductivo y, una segunda con enfoque inductivo, abordando el Cuidado Transcultural de la Enfermera a la Persona Rarámuri en el Primer Nivel de Atención.

Se realizó el análisis de datos empíricos, se formularon categorías y subcategorías, integrando los hallazgos de las dos investigaciones, se identificaron áreas de oportunidad y elementos del cuidado de enfermería, utilizando elementos del estado del arte para el sustento teórico–científico documental, se mostró la aproximación detallada de la realidad que se vive en las unidades del primer nivel de atención durante la relación enfermera – persona rarámuri, se asignaron claves a los

participantes, para garantizar la confidencialidad de cada uno de ellos, se abordaron a 17 personas de la etnia rarámuri y 15 enfermeras profesionales y no profesionales, se les asignó las siguientes claves: EP– Enfermera Profesional, EPR– Enfermera Profesional Rarámuri, ENP– Enfermera No Profesional, ENPR –Enfermera No Profesional Rarámuri, EA– Enfermera Asistencial, PCR– Persona de Cuidado Rarámuri, OP – Observación Participante y números consecutivos.

RESULTADOS

Las categorías que emergieron de los hallazgos se han relacionado con las creencias en salud expuestas, desde la perspectiva de la cultura rarámuri, que en el español se conoce como Tarahumara, sinónimo de persona que posee características propias de su etnia (lengua y vestimenta), para comprenderlos es necesario conocer sobre los cuidados populares y tradicionales de esta cultura, mismos que utilizan para conservar y enfrentar el proceso de salud–enfermedad y, cómo participa el profesional de enfermería en las instituciones de primer nivel para proporcionar el cuidado.

Cuidado Cultural (Tradicional de la persona rarámuri)

Son aquellos que practica un grupo de personas o comunidad que comparten los mismos valores, creencias y costumbres, que se transmiten de generación en generación, para ser aplicadas entre los mismos seres humanos que conforman el pueblo rarámuri, con la finalidad de sobrevivir, mantener su bienestar o la salud, mejorar la condición humana que presenten y afrontar la muerte.

En las instituciones de salud, está cada vez más presente la cultura de las personas a las que se cuida. Las personas rarámuri no deben continuar siendo contemplados como seres humanos sin cultura, e inmersos en un sistema paternalista, porque son ellos los que deben tomar las decisiones, sobre el cuidado que quieren y deseen recibir y respetar sus creencias en salud.

En los centros de salud del primer nivel de atención, el profesional de enfermería refiere haber escuchado sobre algunos métodos que utiliza esta cultura para el cuidado de la salud, las enfermeras que llevan más tiempo en el desarrollo de su labor en éstas zonas; conocen como se lleva a cabo el proceso de curación de algunas de ellas, por la relación que se da desde sus inicios, cuando la enfermera era la única responsable de brindar el cuidado, a diferencia de los que presentan menos tiempo trabajando, que se enfocan más al cuidado de la persona de forma objetiva, limitán-

dose a aplicar los cuidados terapéuticos, dejando de lado la relación subjetiva con la persona, por carecer de interés por conocer más sobre los usos y costumbres de cuidados tradicionales propias de la persona rarámuri, a continuación se describe lo típico que utilizan:

Uso de la herbolaria

Tradicionalmente el uso típico de la herbolaria, ha sido considerada como una alternativa terapéutica para la población que no tiene acceso a la medicina moderna, tal es el caso en la población rarámuri, que aún la utiliza como medio para el cuidado de la salud, las personas con mayor edad son las que más la utilizan, siendo cada vez menos frecuente la enseñanza sobre su uso a las nuevas generaciones, además de la falta de aceptación y comprensión del profesional de enfermería, esta realidad se describe en los siguientes trechos:

[...] «Ellos creen más en lo natural, en lo herbolario, en las plantas, en que fulanita planta, es para curar esta enfermedad...» EP-1. [...] «Pues yo creo que la mayoría de los rarámuri, tienen sus medicinas tradicionales, como las hierbas...» ENP-7. [...] «Neka ané pe yowi wasiga bajine, achanine...» Traducción: «yo les digo a las enfermeras que tomo bebidas, que yo misma me preparo...» PCR-1.

Es relevante en esta etnia, el uso de hierbas medicinales como opción terapéutica, por la creencia de recuperar la salud integral de las comunidades rurales, reduciendo costos significativos para gran parte de la población, que carece de cobertura total o parcial de los servicios de salud, esta cosmovisión del rarámuri sobre el uso de la herbolaria, refleja su organización social, familiar, económica, sus niveles de consumo y de acumulación, coincide con lo descrito por Jiménez *et al.*, (2015).

Rituales y curanderos tradicionales

La evolución social ha generado un impacto transformativo en el uso de los rituales, hoy en día ha disminuido la práctica, por falta de credibilidad de las nuevas generaciones y, por el etnocentrismo de los mestizos, al hacer ver al rarámuri que su modo de ser es el correcto y único, existiendo la necesidad de conocer y comprender los comportamientos de los individuos de esta población.

Estas prácticas, son otra forma de curación que se llevan a cabo en las perso-

nas rarámuri, lleva consigo una metodología y se realiza en ocasiones específicas, existen varias formas de realización para el cuidado de las personas, del campo, del hogar y de los animales. La función puede ser de carácter personal, familiar, social o político; cada curandero utiliza su propio método como es el caso del sueño, que se describe en el siguiente trecho:

[...] «Si se hacen rituales, antes nosotros teníamos un curandero familiar, él nos cuidaba, a través de los sueños se daba cuenta que alguno se encontraba mal, pronto venía a informar de lo que había soñado y la familia hacia el tesgüino (bebida embriagante a base de maíz) para llevar a cabo el ritual, el material que utilizaba el curandero era ocote y cerillos; su curación era a través del fuego» PCR-7.[...]«Ne río'la abí'chigo yowa majawí, natalí, ka'rru olarri'game ralamuli¹.»PCR-6.

Un ritual es un evento, acto o acción con la intención de curar que se repite regularmente, posee una secuencia determinada, conocida por todos los participantes, es parte de la tradición que se manifiesta con carga simbólica, que se realiza en el hogar. El curandero tradicional es respetado ya que puede utilizar su poder para hacer daño o curar. Establece una relación dialógica con las personas de cuidado, cuidar la salud de estos, a cambio de lo cual obtendrá prestigio y obsequios materiales, como dinero, alimentos o animales (Comisión Nacional para los Pueblos Indígenas [CDI], 2017).

Partería empírica

En la actualidad las personas rarámuri, continúan llevando a cabo el proceso de parto en su hogar, les ocasiona vergüenza, llevar a cabo el trabajo de parto de manera diferente a la suya, frente a otras personas y desconocidos, aunque cada vez son menos, como se describe en los siguientes datos empíricos:

[...] «También de los parteros, no estoy en contra, porque cualquiera puede recibir un bebé, hasta ahorita gracias a Dios no les ha pasado nada...» EP-1. [...] «Dijo la señora que de los otros niños ella los había tenido hincada y que ella hincada tenía que aliviarse y así fue como tuvo a su bebé...» ENP-7. OP: La enfermera pide a la persona rarámuri su tarjeta prenatal, toma signos y pregunta «cuando se va ir a San Juanito a tener a

1 Discurso en lengua rarámuri: traducción mi esposo además cura del susto, hechizos y mal puesto de las personas.

su bebé», ella dice que no se quiere ir, que se quiere aliviar en su casa., enfermera se sorprende y le pregunta «¿por qué?» ella dice «es que hace mucho frío y en la casa está mejor, ya he parido en la casa antes», enfermera pregunta «¿tiene alguien que le atienda el parto en su casa?» ella dice que sí, que su mamá le atenderá...»

Estos hallazgos concuerdan con lo que describe Gómez & Acuña (2010), que describen que el proceso de parto en la persona rarámuri se lleva a cabo hoy en día, en «cuclillas»¹ con las piernas separadas en la orilla de la cama o de algún otro objeto del cual se pueda sostener, se pone una cobija en el piso para recibir al recién nacido, se le da té de manzanilla o ruda para favorecer el parto, la partera normalmente es la madre, abuela o ella misma. Aunque ya son muy pocas las que practican esta forma.

Levantar la mollera (fontanela)

Otra forma es cuando dicen que a los niños se les cae la mollera, refieren esto cuando presentan diarrea, vómito y fiebre o de igual manera pueden referir que es empacho, para emplear el cuidado ante estas manifestaciones, se aplican cuidados, como sobar la panza, poner al niño de cabeza y golpear los talones, como se menciona en los siguientes trechos:

[...] «Decía, es que esta empachado y para curarlo le sobamos la panza con esto y acá atrás...» (EA-1). [...] «Néka mollera o'ína...» Traducción: «Yo levanto la mollera...» (PCR-6). [...] «Decía también la señora, lo ponemos de cabeza y sostenemos los pies y damos unos golpes en las plantas de los pies, para levantar la mollera...» (EA-1).

El Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana (2009), describe que son procedimientos mecánicos preventivos, curativos y diagnósticos, cuya finalidad es levantar la depresión de la fontanela anterior mediante masajes y cataplasmas. Las causas más frecuentes por las que se deprime, son los cambios bruscos de postura, que pueden originarse por una caída o un golpe, sin embargo, para la persona rarámuri, lo atribuyen a la impresión inesperada con algo (susto), ya sea en un agujaje (pozo de agua) u otro lugar o situación.

Tradición ante la pérdida de un ser querido

Las personas rarámuri expresan su dolor, en silencio, lo que llama la atención al

¹ Postura que adopta la comunidad de esta cultura durante el proceso fisiológico de la mujer en trabajo de parto.

profesional de enfermería y muchos no saben cómo actuar al presenciar una situación como esta, viendo difícil de ayudar ante este momento tan delicado por las diferencias que se presentan, en la forma de enfrentar este proceso de duelo, como se describe en los siguientes trechos:

[...] «Los rarámuri ante la muerte de un familiar son muy callados, muy raro aquel que se ha visto que al acabársele un hijo llore y, ahí están y uno sabe que están sufriendo...» (EA-2, ENP-9). OP: «Se observó que cuando muere una persona rarámuri, las personas velaron durante dos noches al difunto, el familiar del afectado hace comida y brinda a los que lo acompañan, las personas que asisten al velorio cooperan con alimentos, practican lo que ellos llaman el «kórima» (dar un poco de lo que tienen, a aquel que lo necesita) ...»

La muerte para la persona rarámuri, al igual que para otras culturas indígenas del mundo, representa un paso más para continuar viviendo. Esto en divergencia con algunas culturas mestizas, la muerte representa el final, el descanso en paz o lo que en términos prácticos se refiere, al final de la historia de vida de un ser humano. La muerte se convierte en una actividad más, en la que la persona continúa su caminar hacia «Onoruame».¹

La tristeza y el duelo se vive de manera muy distinta, ya que, desde la cultura mestiza, la muerte se percibe como la ausencia de una vida que terminó, persona con la que no se volverá a convivir. Ellos, en cambio, lo viven como el siguiente paso. Por supuesto que pueden sentir tristeza, pero todo ocurre en un ambiente de fiesta, risas, bromas y muchas cosas más que hacen sentir el duelo de otra forma (Del Villar, 2013).

Mitos y Creencias

En la cultura rarámuri existe una variedad de mitos y creencias, adquiridos a través del tiempo, los cuales poseen una representación simbólica y se manifiesta en conductas, prácticas, objetos, normas de relación social con las personas, acorde a la salud utilizan su propia forma de actuar en las prácticas o procedimientos, para enfrentar los procesos en los cuales se desarrollan para recuperar la salud, sin embargo algunas prácticas que utilizan resultan adversas, ya que pone en riesgo la vida, a continuación se mencionan:

¹ Creencia propia de la cultura rarámuri que significa «Dios padre y madre» Comisión Nacional para los Pueblos Indígenas (2017).

Hechizo

Es común que la persona rarámuri cuando se siente mal, le atribuyen a que proviene de un «hechizo», esto es porque alguna persona les generó un sentimiento negativo, de otra persona por poseer algo, valioso, bonito o por el simple hecho de que algo le haya resultado bien, (por ejemplo; que haya cosechado más maíz que la otra persona) lo que se conoce como «envidia» y, que este le puede desear el mal y, se realiza el hechizo, en ocasiones tan sólo con el pensamiento (porque la persona se les quedo mirando mucho) y, causarles daño, como sufrir algún accidente de leve a grave, o aparece una enfermedad que puede provocar la muerte si no se atiende a tiempo, así lo expresaron en los siguientes trechos.

[...] «Dicen las personas rarámuri, es que es hechizo y al final de cuentas la persona no murió de enfermedad, sino de hechizo...» (EPR-1). [...] «Lo que yo ahora me he fijado es que dicen «ha es que esta hechizado, no sé a qué se referan, que tenemos que curarla de hechizo...» (ENP-6). [...] «Por ejemplo una mujer diabética decía, es que me hechizaron y por eso me siento así, no puedo comer o que todo le sabe amargo y, sobre el pie diabético, dice, es que me hechizaron y me pusieron algo en alguna foto en el pie, para que me lo cortaran» (EPR-1).

El «hechizo», en el pueblo rarámuri representa uno de los síndromes más frecuente en la cultura de la población de este grupo indígena (brujería). Constituye, además una seria causa de muerte en personas, que no son atendidos a tiempo. Los «hechizos», reales o imaginados, existen en el pensamiento rarámuri, en la manera que tienen de interpretar los acontecimientos, el mal y algunas causas de la enfermedad (Acuña & Gómez, 2010).

Latido

Es común en las personas rarámuri con dolor de estómago, les falta el apetito, sienten un vacío en el epigastrio, le atribuyen a que padecen de «latido», estos mitos y creencias son sólo algunas que se lograron rescatar en esta búsqueda, pero existen muchas otras más, por eso es importante que la enfermera (o), conozca sobre ello, para saber enfrentar la realidad, en este contexto de diversidad cultural, en el cual el profesional de enfermería se encuentra inmerso, al respecto se expresó lo siguiente:

[...] «A mí me ha tocado que dicen, tiene latido, una vez me llegó un pacientito, totalmente deshidratado, no lo pudimos ni canalizar, ¿Por qué? Porque para ella era latido...» (EP-1). [...] «Bile múki yowime enemia nawague´ne, bo´ogue betegame, latido nayu´ne» (traducción: estoy yendo con una señora que soba, que vive para allá, (señala con el dedo), porque estoy enferma de latido...» (PCR-11). OP: «La persona rarámuri al estar platicando el motivo por el que acude a la consulta, menciona, «tabile gonali´ne, bea pe bile remé oná chiga goa´ne, má wílí eyena´ne alarríga, tabile alá goga»¹ (traducción: no me dan ganas de comer nada, en la mañana, nada más me comí una tortilla con sal y, ya no tengo mucha así que no me da ganas de comer bastante...»).

Para el pueblo rarámuri, es un asunto de proporciones cosmológicas, están muy apegados con la naturaleza, además de diversas implicaciones morales, utilizan métodos curativos, creen en ellos y actúan conforme a las enseñanzas de los antepasados (Escudero G. & Trujillo H. 2017). Por otro lado, Pirona, Rincón, García & Cabrera (2008), referen que través de los significados socioculturales los grupos humanos le atribuyen sentido a la realidad, se autoperciben como miembros de una sociedad, porque participan, orientan el comportamiento, establecen límites simbólicos y comparten un conjunto de imaginarios, lo que hace que éstos, rehúsen o subvaloren las prácticas realizadas por grupos diferentes a ellos.

CONCLUSIONES

El desafío que hay que asumir como profesionales de enfermería, es apropiar las creencias de salud, acorde a las necesidades de la cultura rarámuri, desde la visión de la enfermería transcultural.

Los resultados permiten comprender, como el conjunto de creencias de salud de la cultura rarámuri, congregan dos sectores de salud: el popular y el tradicional, el primero corresponde a los remedios caseros y el segundo a la búsqueda de «cura» ejercida por personas entrenadas de manera informal.

El reto de la enfermera profesional, es la comprensión y el diálogo del saber popular y tradicional, para la incorporación y negociación del cuidado transcultural, con respeto a la dignidad de las personas rarámuri, acorde a sus creencias en salud.

¹Discurso en lengua rarámuri: Traducción al español, no me dan ganas de comer nada, en la mañana nomas me comí una tortilla con sal, ya tengo mucho así, que no me da ganas de comer bastante...»

REFERENCIAS

- Acuña A. & Gómez E. (2010), Salud y Enfermedad Rarámuri: En torno a las prácticas de curanderismo. Disponible en <http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2010/01acuna10.pdf>
- Comisión Nacional Para los Pueblos Indígenas, CDI, (2017), Etnografía del pueblo tarahumara (arámuri). Disponible en <https://www.gob.mx/cdi/articulos/etnografia-del-pueblotarahumara-raramuri?idiom=es>.
- Del Villar M. (2013), La muerte como un paso para continuar la vida. Disponible en <https://pijamasurf.com/2013/11/la-muerte-comoun-paso-para-continuar-la-vida/>
- Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana (2009), Revista de Educación y Cultura, UNAM – Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible <https://educacionyculturaaz.com/unam-biblioteca-digital-de-la-medicina-tradicional-mexicana/>
- Escudero González, R. A. & Trujillo Holguín, J. A. (2017), El Cuidado de la Salud desde la Cosmovisión Rarámuri, Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de Filosofía y Letras, XIV Congreso Nacional de Investigación Educativa – COMIE, San Luis Potosí. Disponible en <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/2737.pdf>
- Garduño Rubio T. & Guerra y Sánchez M. E. (2011), Una Educación Basada en Competencias, Ed. Aula Nueva D. R. © SM de Ed. S. A. de C. V., 4ª Reimpresión.
- Gómez & Acuña (2010), La técnica del parto y la obstetricia en la sociedad rarámuri de la sierra Tarahumara (México). Disponible en http://www.ugr.es/~pwlac/G26_38Estrella_GomezAngel_Acuna.html
- Jiménez Cabrera, P. A. Hernández Juárez, M. Espinosa Sánchez, G. Mendoza Castelán, G. & Bell Torrijos Almazán, M. (2015), «Los saberes en medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural: estudio de caso Región Totonaca, Veracruz», en *Rev. Mex. de Ciencias Agrícolas*, núm. 6(8), pp. 1791-1805. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200
- Pirón G., M., & Rincón, M. & García, R. & Cabrera, R. (2008), «Significados socioculturales de la salud/enfermedad bucal en los indígenas», en *Ciencia Odontológica*, núm. 5 (1), pp. 27-33. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/2052/205216618004>

ESTADO DEL ARTE DEL CUIDADO ENFERMERO MEDIANTE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

JESÚS RAMÓN ARANDA IBARRA¹
ANGÉLICA MARÍA ARMENDÁRIZ ORTEGA
YADIRA MEJÍA MEJÍA
Universidad Autónoma de Chihuahua

RESUMEN

El estado del arte es una metodología, que tiene el propósito de describir y comprender, ofreciendo diferentes técnicas y herramientas para cada proceso, siendo flexible para la investigación de acuerdo a las necesidades del investigador. El propósito de este trabajo es conocer el cuidado que los enfermeros (as) brindan a través de la promoción de la salud para la prevención del VIH. Trabajo elaborado con un enfoque cualitativo-documental, a través de dos fases. La primera fue la heurística, realizándose una búsqueda de literatura, localización y selección de estudios, se prosiguió con la fase hermenéutica donde se llevó a cabo el análisis e interpretación de los textos explorados. Se interrelacionó la información resultando los siguientes elementos descritos en el estado del arte: El cuidado de los enfermeros (as), Los enfermeros (as) en la atención primaria de salud, La persona: desde la mirada del enfermero (a), Educación y promoción de la salud y Prevención del VIH.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Enfermeros, VIH.

ABSTRACT

The state of the art is a methodology, which has the purpose of describing and understanding, offering different techniques and tools for each process, being flexible for each investigation according to the needs of the researcher. The purpose of this work is to know the care that nurses provide through the promotion of health for the prevention of HIV. Work through two phases. The first was the heuristic,

1 Correo de contacto: memy2490@hotmail.com

conducting a search of literature, location and selection of studies, followed by the hermeneutical phase where the analysis and interpretation of the explored texts was carried out. The information was interrelated resulting in the following elements described in the state of the art.

Keywords: Health Promotion, Nurses, HIV.

INTRODUCCIÓN

Según Jiménez (2004), el estado del arte representa el primer paso del camino al acercamiento de la realidad, metodológicamente se encuentra respaldado por los textos y los acumulados que la ciencia ha descrito acerca del fenómeno a estudiar. El estado del arte es una metodología cualitativo-documental, que tiene el propósito de describir y comprender, ofreciendo diferentes técnicas y herramientas para cada proceso, siendo flexible para cada investigación de acuerdo a las necesidades del investigador (Gómez, Galeano & Jaramillo, 2015).

El propósito de este trabajo es conocer el cuidado que los enfermeros (as) brindan a través de la promoción de la salud para la prevención del VIH, es importante destacar que se abordan diferentes elementos encontrados durante la fase hermenéutica: cuidado, enfermería, persona, educación y promoción de la salud y prevención del VIH.

MÉTODO

Trabajo elaborado a través de dos fases. La primera fue la heurística, realizándose una búsqueda de literatura. Los documentos considerados fueron publicados del 2015 al 2019.

La búsqueda se realizó utilizando diferentes bases de datos como: PubMed, Scielo, Dialnet, Jane, Lilacs y revistas electrónicas como Cultura de los cuidados, Redalyc, Medigrapic, Enfermería Global, Aquichan. Utilizando palabras clave como: enfermería, cuidado, promoción de la salud y prevención del VIH.

Se identificaron datos generales de las referencias como; título, autores, año de publicación, origen, núcleos temáticos, principales resultados, coincidencias con otros artículos, conclusiones de los autores y análisis personal. El resultado de esta búsqueda arrojó un total de 36 referencias utilizadas.

En la fase hermenéutica se analizaron 36 documentos, se tomó en cuenta el trabajo que se ha realizado para la prevención del VIH principalmente aquel donde

está incluida la participación de los enfermeros (as). Se interrelacionó la información resultando los siguientes elementos descritos en el estado del arte: El cuidado de los enfermeros (as), Los enfermeros (as) en la atención primaria de salud, La persona: desde la mirada del enfermero (a), Educación y promoción de la salud y Prevención del VIH.

Resultados del cuidado enfermero

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha convertido en un problema prioritario de salud alrededor del mundo y que tiene impacto político, económico, social, familiar, y personal. En México la epidemia se mantiene concentrada afectando en su mayoría a grupos específicos, según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), en el 2016, México tuvo 12 000 (11 000 - 14 000) nuevas infecciones por el VIH y 4200 (3300 - 5300) muertes relacionadas con el SIDA. En 2016, había 220 000 (200 000 - 240 000) personas infectadas por el VIH, entre las cuales el 60% (48% - 69%) accedía a la terapia antirretroviral. A pesar que las nuevas infecciones desde el 2010 disminuyeron en un 22%, el problema continuo, es por esto la importancia que el cuidado que las y los enfermeros brindan a través de la promoción de la salud para la prevención del VIH.

El cuidado de los enfermeros (as)

El cuidado es inherente al ser humano, desde el momento del nacimiento requerimos de otra persona, pues es su conocimiento, sus muestras de cariño, su ternura, su cuidado el que nos hará sobrevivir (Meza, 2018).

El cuidado es comprender la totalidad del ser humano en su proceso de vivir, su especificidad, su integridad, su reconstrucción, sus derechos, entre otros. Actuando por esencia, es necesario entender que el concepto que cada enfermero tenga sobre qué y quien es el ser humano, dependerá la manera en que brindara el cuidado, basándose en la reciprocidad teniendo una calidad única y autentica, representando la energía que hace surgir al ser humano (Correa, 2015). Entonces el cuidado a través de la promoción de la salud para prevenir VIH, se refiere a todas aquellas acciones que logren potencializar la percepción del riesgo permitiendo reducir la probabilidad de contagio o en su defecto disminuir su progresión, fortaleciendo las capacidades grupales y/o sociales para dotarse de herramientas que los empoderen para la construcción de su salud a través de los estilos de vida saludables (Molina, Hurtado, Rodríguez, Fonseca, Piñón & Rodríguez, 2018).

Los enfermeros (as) en la atención primaria de salud

La participación de los enfermeros (as) en el primer nivel de atención es fundamental para el desarrollo de los programas en salud que ahí se conducen, en su rol de cuidador como esencia de su profesión, demuestra la capacidad que tiene frente al cuidado de las personas en lo individual, familiar y grupal, así como la participación interdisciplinaria valorizando el trabajo que realiza como eje principal del cuidado a las personas para mantener su salud.

A lo largo de la historia, las enfermeras se han centrado en la búsqueda de estatus y la definición de sus funciones, sin embargo ha sido el propio trabajo en todos los niveles de atención sanitaria el que ha enmarcado ese estatus, siendo reconocida como una profesión pilar en salud.

Los enfermeros cuentan con una gama de valores que dan identidad a su profesión y esto les permite reconocerse como no capacitado ante algún fenómeno como el VIH, siempre estar en la mejor disposición de cuidar a la persona, y por supuesto de construir su conocimiento a través de la capacitación para elevar la calidad del cuidado que brinda (Cordeiro, Oliveira, Abreu, Sousa, Peixoto, Duarte, Rodríguez & Rodríguez, 2017).

La persona: desde la mirada de la enfermera (o)

El ser una persona va más allá de un sujeto de tres esferas o cuatro, (biológica, social, psicológica y espiritual), una persona es un sujeto con historia, cultura, grupo social, constituido de su realidad, concibiéndolo desde su complejidad. Una persona es aquella que por el sólo hecho de ser humano debe considerársele como tal, tiene derechos y obligaciones que enmarcan su convivencia con los demás, así como la capacidad de modificar su entorno para lograr una estabilidad en todas sus dimensiones (Lemus, Hamui, Ixtla y Maya, 2017 & Silva, Macedo, Miranda, da Silva y Luzia, 2015).

La disciplina de Enfermería conceptualiza a la persona en varias de los supuestos abordados en las teorías que enmarcan el saber de las y los enfermeros, En el modelo de promoción de la Salud de Nola J. Pender se describe a la persona a través de sus afirmaciones teóricas, ella dice que la persona busca crear condiciones de vida mediante el cual puede expresar su propio potencial de la salud, tiene la capacidad de autoconciencia reflexiva incluida la valoración de sus competencias, valora el crecimiento de las direcciones positivas y consigue el equilibrio entre el cambio y la estabilidad, busca regular su propia conducta e interactúa con el entor-

no transformándolo y transformándose a lo largo del tiempo (Allgood & Tomey, 2018).

Educación y promoción de la salud

La educación y la promoción de la salud comúnmente está dirigido a la prevención de hábitos tóxicos, la generación de estilos de vida saludables, promoción del autocuidado, incluso a la educación de las emociones en relación a las diferentes temáticas. En cuanto a la prevención del VIH desde que esta se reconoció como problema de salud pública y epidemiológico se consideró indispensable la labor que los profesionistas realizan en educación, detección, control y cuidado a las personas con esta condición, sin embargo, las estrategias que se han desarrollado van encaminadas a la atención de la enfermedad dejando de lado el cuidado mediante la promoción de la salud en la población para prevenir la aparición de más casos (Bolaños, Díaz & Segredo, 2015).

Educación para la prevención del VIH

En materia de educación para la prevención del VIH el Instituto Nacional de Salud Pública en México en colaboración con otras agencias internacionales dedicadas a este campo de la salud, otorgo algunos resultados acerca del diagnóstico elaborado en cuanto la educación sexual para la prevención del VIH, resultando que en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe la responsabilidad de las políticas públicas de educación sexual están a cargo del nivel federal, siendo México uno de los países que cuenta con legislación sobre esta temática, en la formulación del currículo de la educación sexual y/o prevención del VIH, son los mismos profesores y en su caso psicólogos y médicos, destacando la nula participación de las y los enfermeros, a excepción de República Dominicana, quien si cuenta con la participación del profesional de enfermería en el desarrollo de la currículo académico (Naranjo, 2016).

En cuanto a las políticas desarrolladas en México acerca de la Educación en la Promoción de la Salud para la Prevención del VIH, es importante comentar que de ellas emergen dispositivos nombrados «programas» dirigidos principalmente a evitar complicaciones y/o muertes de personas infectadas por VIH/SIDA, señalando la escasa actividad por no decir ausente en cuanto a prevenir la aparición de nuevos casos. Es determinante la necesidad existente acerca del replanteamiento de las políticas públicas en educación para la promoción de la salud para la prevención del

VIH, ya que basta con observar en las dependencias de primer nivel como el grueso de trabajo de la promoción de la salud es llevada a cabo por los enfermeros (as), entonces debe impulsarse y apoyarse la participación del profesional de enfermería en la generación de dichas políticas.

Promoción de la Salud para prevenir VIH

Actualmente se apuesta por una salud pública a través de la promoción de la salud centrandose su labor en la persona en sí misma, ocupándose del individuo, reconociendo la importancia de los aspectos sociales en los problemas de salud (Frenk, 2016 & Rodríguez, Páez y Altamirano, 2017). Chápela (2008) comenta que la salud pública es un pilar social, sin embargo al hablar del desarrollo de la salud social queda corta, pues asegura que para lograr un cambio en las personas es necesario concebirla como un sujeto ético y desarrollar políticas que tengan como centro a las personas en la construcción de ciudadanos, ciudades y ciudadanías que eleven la salud. Por ejemplo, para disminuir la aparición de casos nuevos de VIH es indispensable que las estrategias logren que las personas adopten conductas en salud sexual con impacto a largo plazo, así como descifrar la forma en que los enfermeros (as) guiaran esta adopción (Del Toro, Gutiérrez, Hoyos, Romero & Sala, 2015).

Ante la necesidad de prepararse acerca del fenómeno que implica el VIH, se han desarrollado cursos, talleres y capacitaciones dirigidas al personal de salud, incluso hay países como Cuba que han establecido un posgrado para reducir los resultados negativos de sus programas de promoción de la salud para la prevención del VIH (Bolaños *et al.*, 2015). Otra actividad que toma relevancia es la divulgación del tema en sí, tratando de romper estigmas sociales acerca de la concepción del fenómeno, así como la comunicación de información precisa e importante, impulsando a la percepción del riesgo a través del rompimiento del escepticismo con el que en ocasiones es percibido este tema. Según Souza, Pinheiro, Tavarez, Luana y da Costa (2016) es importante que las personas sean abordadas lo más cercano a su entorno, es destacable que los enfermeros (as) han demostrado que cuenta con la capacidad profesional para incursionar en el fortalecimiento de la red en la promoción de la salud para la prevención del VIH.

Existen diversas estrategias de cuidado mediante la promoción de la salud para prevenir el VIH, por ejemplo actividades comunitarias, los enfermeros (as) contribuyen de manera importante al realizar intervenciones de cuidado en la población en general (Rodríguez & Obaya, 2016); Otras estrategias de promoción de la salud que se han utilizado son las Tecnologías de la Información y la Comunicación

(TICS), la evolución de las TICS ha permitido que el proceso enseñanza-aprendizaje evolucione, en la actualidad se desarrollan software utilizados para la promoción de la salud para prevenir el VIH (Del Toro *et al.*, 2015 & Castaño, Camps, Sánchez y Robledo, 2017); los círculos de lectura o lectura orientada, permite a las personas fomentar patrones de raciocinio permitiéndoles transformar sus actitudes de acuerdo a lo leído, incorporándolo a su vida cotidiana, se debe orientar la promoción de la lectura para formar lectores críticos que accedan a la información de manera autónoma y sabrá qué hacer con ella, en este sentido la lectura promueve un comportamiento sexual responsable (Hernández, Campillo & Cañizares, 2016); otros medios como la radio, es otra estrategia que permite brindar asesorías en tiempo real a través de una llamada telefónica, es fundamental que se gestionen más espacios de este tipo para ampliar las estrategias de promoción de la salud, así como la promoción de valores como el respeto ante todos los significados que la sexualidad trae consigo misma, como la orientación sexual, diversidad de género, etc., (Ayala, Campo y Vega, 2018).

Prevención del VIH

Según la OMS, el VIH sigue siendo uno de los problemas más graves alrededor del mundo, especialmente en los países subdesarrollados, en México la Secretaría de Salud es la dependencia perteneciente al poder ejecutivo encargada de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, cuenta con un programa específico para la atención y prevención del VIH/sida, implementado a través de los Centros de Salud, así como diversas estrategias a través del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) como el diseñado e implementación de centros de atención específicos para esta condición como son los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

El programa de salud en México cuenta con 17 guías y 6 manuales para la prevención y control del VIH/SIDA, proporcionadas por CENSIDA (2018). De las cuales solamente dos son acerca de la prevención del VIH, el resto son para la atención a personas que ya presentan esa condición y algún agregado como tuberculosis, embarazo, etc. En cuanto a los manuales están organizados con información general del VIH y SIDA con el propósito de prevenir el contagio y/o complicaciones en determinados grupos como los consumidores de drogas, los migrantes, así como la organización y procedimientos de los centros ambulatorios.

En las guías se puede observar que las estrategias para la prevención del VIH están dirigidas para los grupos clave o de riesgo, por ejemplo jóvenes, hombres gay y/o transgénero que se reúnen en sitios especiales, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectadas, sin embargo no sólo las personas con estas características se están contagiando de VIH, es por eso que considero necesaria la ampliación de las estrategias de prevención hacia todas las personas, ya que la realidad nos dice que cualquier persona tiene el riesgo de contraer esta condición.

En la actualidad existen estrategias de prevención del VIH, como la estrategia biomédica de la Profilaxis Pre exposición (PrEP), esta intervención se trata de la administración de antirretrovirales en personas sanas, pero que tienen un riesgo elevado superior al promedio de contagiarse de VIH reduciendo el riesgo de contagio, este representa un reto para el cuidado que las y los enfermeros pueden brindar, ya que las personas que toman este medicamento manifiestan sentirse libres, configurando mentalidades de riesgo cero conformando nuevos escenarios sexuales, es imprescindible mantenerse alerta ante los posibles estigmas relacionados con el VIH a raíz de las nuevas conductas de riesgo cero (Martínez, 2019).

CONCLUSIONES

El presente estado del arte deja en evidencia el trabajo que los enfermeros han realizado en los últimos años a través de la promoción de la salud para la prevención del VIH, dejando claro que aún falta labor para eliminar este fenómeno, pues se sigue reconociendo como un problema de salud pública a nivel global.

Si bien las estrategias educativas adoptadas por los enfermeros han hecho frente a la problemática, es importante que estos, participen en la generación de políticas públicas de educación sexual, así como concientizar a las personas sobre la socialización de la misma, eliminando tabúes y estigmas que envuelven la salud sexual.

También es importante que los profesionistas de la enfermería planteen estrategias educativas y de promoción de la salud para guiar las nuevas formas de prevención del VIH, tal es el caso de la Profilaxis Pre-Exposición, que resulta en actividades conductuales de «riesgo cero» que en la actualidad las personas presentan, la forma de cuidar de los enfermeros representa una oportunidad y una fortaleza ante el fenómeno, pues interactúan con los involucrados de este fenómeno de manera única e irrepetible.

REFERENCIAS

- Alcántara, S. L., Sutton, A. H., Pérez, M. I., & Maya, A. P. (2017), «Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud», en Revista CONAMED, núm. 22(2), pp. 98-103
- Athley, H., Binder, L., & Mangrio, E. (2018), «Nurses' Experiences Working With HIV Prevention: A Qualitative Study in Tanzania», en Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, núm. 29(1), pp. 20-29.
- Becerra, A. J. (2004), «El estado del arte en la investigación en las ciencias sociales», en La práctica investigativa en ciencias sociales, Universidad Pedagógica Nacional, Departamento de Ciencias Sociales, pp. 27-39.
- Bolaños Gutiérrez, M. R., Díaz Lemus, M., & Segredo Pérez, A. (2015), «Curso para el equipo básico de salud sobre el control y prevención del VIH/sida», en Educación Médica Superior, núm. 29(2), pp. 0-0.
- Campillo, T. R. H., Torres, I. C., & Rodríguez, A. C. (2016), «La Promoción de la lectura orientada hacia la prevención del VIH/SIDA en la comunidad universitaria cubana», en Revista Publicando, núm. 3(6), pp. 376-384.
- Castaño, A. L., Camps, L. M., Sánchez, R. D., & Robledo, M. D. R. T. (2017), «Campaña de concienciación sobre la infección por VIH: Uso de las TICs como instrumento divulgativo en un campus universitario», Revista Multidisciplinar del Sida, núm. 5(10), pp. 63-74.
- Chápela, M. C. (2008), ¿Qué promoción de la salud ha fracasado?, Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México: Seguridad social, servicios, promoción de la salud, Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 91-116.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (2018), Guías y Manuales / Censida. Recuperado de <https://www.gob.mx/censida/articulos/guias-y-manuales-censida?idiom=es>
- Cordeiro, Luana Ibiapina, Lopes, Thais de Oliveira, Lira, Luciane Elise de Abreu, Feitoza, Sarah María de Sousa, Bessa, María Eliana Peixoto, Pereira, María Lúcia Duarte, Feitoza, Aline Rodríguez, y Souza, Adriano Rodríguez de (2017), «Validación del folleto educativo para la prevención del VIH / SIDA en adultos mayores», en Revista Brasileira de Enfermagem, núm. 70 (4), pp. 775-782. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0145>
- Correa Zambrano, Martha Liliana (2015), «La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado», en Revista Cuidarte, núm. 7(1), pp. 1210-1218. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>

- Flores, A. D. T., Gutiérrez Santisteban, E., Rivera, A. H., Gonzáles, A. R., & Sala Adam, M. R. (2015), «Caracterización del nivel de conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA en adolescentes, San Ramón, Granma», en *Multimed*, núm. 19(6).
- Frenk, J. (2016), *La salud de la población hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Económica.
- García, M. A., Ramos, C. M. C., & Marín, M. G. V. (2018), «La prevención educativa de las its/vih/sida a través de la consejería radial. Una experiencia en las tunas», en *Opuntia Brava*, núm. 10(3), pp. 137-146.
- Martinez-Lacabe, A. (2019), «The non-positive antiretroviral gay body: the biomedicalisation of gay sex in England», en *Culture, health & sexuality*, pp. 1-14. /doi/abs/10.1080/13691058.2018.1539772
- Meza Salcedo, Guillermo (2018), «El cuidado para la humanidad: una mirada desde la antropología de la ternura», en *Cultura de los cuidados*, [S.l.], núm. 52, pp. 153-166.
- Molina, R. D. A. (2018), «La prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en la educación integral de la sexualidad», en *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, núm. 9(4), pp. 57-66.
- Naranjo Sánchez, J. M. (2016), «Políticas públicas para la prevención del vih/sida en adolescentes del sector salud», en *Ciencia y Tecnología*, pp. 69-82.
- Organización Mundial de la Salud (2018), *Atención primaria de salud*. Recuperado de https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- Pérez-Pérez, I., Morón-Marchena, J. A., & Cobos-Sanchiz, D. (2015), «Comportamientos y prejuicios de los jóvenes con relación al VIH/Sida: un estudio cualitativo con jóvenes universitarios nicaragüenses», en *Población y salud en Mesoamérica*.
- Pino, F. R., & Prieto, C. O. (2016), «Experiencia comunitaria: Día mundial del VIH», en *RqR Enfermería Comunitaria*, núm. 4(2), pp. 44-47. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501376>
- Pinto, A. C. S., Beserra, E. P., Luna, I. T., Bezerra, L. L. D. A. L., & Pinheiro, P. N. D. C. (2016), «Educational practice with young crack users aiming the prevention of HIV/AIDS», en *Escola Anna Nery*, núm. 20(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127745807018.pdf>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, ONUSIDA (2016). Recuperado de <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico>
- Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001), *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*, Pan American Health Org.
- Rodríguez Torres, Á. F., Páez Granja, R. E., Altamirano Vaca, E. J., Paguay Chávez, F. W., Alvear, R., Carolina, J., & Calero Morales, S. (2017). *Nuevas perspectivas educativas orientadas a la prevención del VIH/SIDA en adolescentes*.

- tadas a la promoción de la salud. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, núm. 31(4), pp. 1-11.
- Silva, Ítalo Rodolfo, Sousa, Francisca Georgina Macêdo de, Silva, Marcelle Miranda da, Silva, Thiago Privado da, y Leite, Joséte Luzia (2015), «Complejo pensamiento apoyo a las estrategias de cuidado para la prevención de stds / aids en la adolescencia», en *Texto y Contexto - Enfermagem*, núm. 24 (3), pp. 859-866. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003000014>
- Tello DMP, Campos SCME (2015), «Efectividad de un programa educativo sobre VIH/Sida aplicado a universitarios dentro del enfoque promocional», en *Cuid salud*, núm. 2(1), pp. 125-136.
- Vargas, M. G., Higueta, C. G., & Muñoz, D. A. J. (2015), «El estado del arte: una metodología de investigación», en *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, núm. 6(2), pp. 423-442.

EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO INSTALACIÓN DE LA TERAPIA ENDOVENOSA PERIFÉRICA, REALIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

GUADALUPE SANTES SAAVEDRA¹

CYNTHIA LARA GONZÁLEZ

IRACEMA RAMOS AGUILAR

BLANCA JUDITH LAVOIGNET ACOSTA

FABIOLA CRUZ NÚÑEZ

Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana

RESUMEN

Introducción. Actualmente, la terapia endovenosa en los hospitales, es uno de los procedimientos más comunes para administrar a los pacientes fluidos, fármacos, productos sanguíneos y soporte nutricional, siendo de gran relevancia clínica en las últimas décadas. La terapia de infusión intravenosa, es un procedimiento específico del profesional de enfermería, ya que es quien instala, mantiene y retira de manera constante las vías de acceso venoso periférico y central. **Objetivo.** Evaluar al personal de enfermería en el procedimiento de la terapia endovenosa en pacientes de urgencias de un hospital de segundo nivel de atención. **Metodología.** Se utilizó un instrumento de 22 ítems, elaborado bajo el enfoque del Modelo de Atención a la Salud de Avedis Donabedian, el cual evaluó el procedimiento de la terapia endovenosa. La investigación fue descriptiva, observacional y transversal, con una muestra de 20 enfermeras del servicio de urgencias adulto, con un nivel académico de licenciatura en Enfermería y enfermera general. **Resultados.** El sexo predominante es el femenino con un 60%, la edad más frecuente esta entre los 38 a 42 años (65%), el nivel académico con mayor presencia es el de licenciado en enfermería (85%). El índice de eficiencia global, fue del 80%, logrando una eficiencia de cumplimiento Regular o parcial. **Conclusión.** Existen factores de riesgo relacionados con el desarrollo de flebitis, el cual pueden ser factores propios del paciente, las pa-

¹ Correo de contacto: gsantes@uv.mx

tologías asociadas, los propios del catéter calibre y localización. Demostrando que lograr una calidad en la instalación de la terapia endovenosa, por parte del personal de enfermería si influyen los datos laborales y de estructura de la institución, el cual garantiza una reducción de complicaciones en el paciente como flebitis y consumo de material. Es necesario fomentar una cultura de cuidado.

Palabras Clave: Terapia endovenosa, evaluación, enfermería.

ABSTRACT

Introduction. Currently, intravenous therapy in hospitals is one of the most common procedures to administer fluids, drugs, blood products and nutritional support to patients, being of great clinical relevance in recent decades. Intravenous infusion therapy is a specific procedure for the nursing professional, since it is the one who constantly installs, maintains and removes the peripheral and central venous access routes. **Objective.** Was to evaluate the nursing staff in the procedure of intravenous therapy in emergency patients of a second level of care hospital. **Methodology.** A 22-item instrument was used, developed under the *Avedis Donabedian Health Care Model* approach, which evaluated the endovenous therapy procedure. The research was descriptive, observational and cross-sectional, with a sample of 20 nurses from the adult emergency service, with an academic level of nursing and general nursing degrees. **Results.** The predominant sex is female with 60%, the most frequent age is between 38 to 42 years (65%), the academic level with the highest presence is that of a nursing graduate (85%). The global efficiency index was 80%, achieving Regular or partial compliance efficiency. **Conclusion.** There are risk factors related to the development of phlebitis, which can be factors of the patient, associated pathologies, those of the caliber catheter and location. Demonstrating that achieving quality in the installation of intravenous therapy, by the nursing staff, does influence the labor data and the structure of the institution, which guarantees a reduction of complications in the patient such as phlebitis and material consumption. You need to foster a culture of caring.

Keywords: Endovenous therapy, evaluation, nursing.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, debido a un elevado porcentaje de pacientes hospitalizados que re-

quieren el uso de dispositivos de acceso venoso, la terapia endovenosa ha sido de gran relevancia clínica en las últimas décadas. La terapia endovenosa es muy versátil, debido a que puede ser utilizada en un amplio espectro de pacientes e indicaciones. En México un 95% de los pacientes hospitalizados requerirán un acceso vascular y terapia intravenosa; sin embargo, el uso de intervenciones estandarizadas, guías y normas oficiales favorece a la prevención y reducción de infecciones asociadas a catéter vascular, así como en la preparación, inserción y mantenimiento de la terapia endovenosa (Escamilla, 2017, p, 2).

Siendo que el personal de enfermería es el principal responsable en la participación directa de las intervenciones de la terapia endovenosa y de los cuidados al paciente con problemas reales o potencias de salud, es necesario evaluar su quehacer profesional en este procedimiento, considerado uno de los indicadores de calidad en enfermería más importantes. Por lo tanto, evaluar la calidad del proceso de cuidado en la terapia endovenosa (venoclisis), que ofrecen los profesionales de enfermería en un nosocomio, ha sido tarea incansable desde hace décadas de la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), el cual, en su carácter propositivo, define como prioridad mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios.

Por lo antes señalado esta investigación, fue producto de un grupo de profesionales de la salud, que, con el espíritu de mejorar la calidad en la atención médica, pretenden brindar un resultado del quehacer diario del personal de enfermería, en el procedimiento de terapia endovenosa, siendo las enfermeras, la piedra angular en el cuidado, el cual han teniendo una evolución muy importante en los últimos años en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

DESARROLLO

Los avances en la tecnología han dado lugar a que cada vez, un mayor número de procedimientos de atención directa al paciente, alcancen un nivel de especialización y complejidad, tal que al ser mal ejecutados o violadas ciertas precauciones antes, durante y al final del proceso, se transformen en un delito de carácter administrativo, civil y en ocasiones incluso penal. Algunos de ellos pueden ser de responsabilidad única del personal médico o en otros casos, atribuibles sólo al personal de enfermería, quien interviene en el plan médico-terapéutico y es responsable de mantener un nivel de experiencia y conocimientos específicos para proporcionar

los cuidados necesarios indicados en el plan terapéutico, y en atención a las condiciones particulares de cada paciente.

El acceso a la vía intravenosa periférica, representa un gran avance en la historia de la humanidad y permite tanto la administración de sustancias con fines terapéuticos como la obtención de muestras y la medición de parámetros diagnósticos.

Innovaciones tecnológicas como la implantación de catéteres con guía ecográfica o la utilización de catéteres subcutáneos, presentes desde hace algunos años, contribuyen a mejorar la calidad de vida del paciente y minimizar el riesgo de infección. Pero a pesar de las continuas innovaciones en este campo, las infecciones que se derivan de la terapia endovenosa, siguen siendo un problema frecuente, dado la magnitud del uso de las mismas y del tiempo de exposición a ellas (Alfonsel, 2015, p, 6).

En México un 95% de los pacientes hospitalizados requerirán un acceso vascular y terapia intravenosa; sin embargo, el uso de intervenciones estandarizadas favorece a la prevención y reducción de infecciones asociadas a catéter vascular (Escamilla, 2017, p, 1751).

Pese a que en México, se cuenta con la Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2012, el cual instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos y el Protocolo para el Manejo Estandarizado del Paciente con Catéter Periférico, Central y Permanente de la Secretaría de Salud, el cual establecen los requisitos mínimos e indispensables que el personal de salud deberá cumplir, así como las condiciones generales relacionados a los insumos a utilizar, aún existe falta de apego a los lineamientos establecidos.

La terapia de infusión intravenosa periférica, es un procedimiento específico del profesional de enfermería ya que es quien instala, mantiene, evalúa de manera constante si ésta se está administrando de forma idónea y quien retira las vías de acceso venoso periférico y central. Además de realizar los registros de enfermería considerados el soporte documental de las actividades que realiza al paciente (Castañeda, 2015, p, 2).

La vía intravenosa asegura que las dosis necesarias prescritas sean accesibles directamente a la circulación sistémica, convirtiendo al fármaco en 100% biodisponible, evitando problemas de absorción inadecuada, pérdidas y olvidos; convirtiendo no simplemente en una vía para que los pacientes reciban el tratamiento, sino un sistema complejo y altamente técnico de los cuidados de salud, del que pueden derivar importantes complicaciones. Según datos de la Food & Drug Administra-

tion (FDA) el uso de dispositivos venosos está asociado con varias complicaciones de entre 10 al 25%. Entre las complicaciones además de la frecuente flebitis, con un 20% de incidencia, se encuentran la tromboflebitis, la infiltración y extravasación, los neumotórax, hemotórax, infecciones, trombosis y las bacteriemias relacionadas con catéter (Garate, 2015, p. 9).

La flebitis relacionada con la presencia de un catéter venoso periférico, supone una complicación muy habitual entre los pacientes portadores de este dispositivo, y pese a no ser considerada como evento adverso por muchos autores, sí supone un indicador de calidad de la atención ofrecida relacionándose directamente con tres factores dependientes de la actuación enfermera (Berganza, 2017, p. 6).

Sin embargo, en los procesos de atención médica están presentes factores y elementos que contribuyen a la seguridad del paciente, el cual se han identificado riesgos de estructura, que propician la ocurrencia de eventos adversos que dañan al paciente. A lo largo del año se calcula que se cateterizan en todo el mundo alrededor de unos 15 millones de catéteres venosos centrales y más de 500 millones de catéteres venosos periféricos.

Existen numerosos factores de riesgo capaces de influenciar el desarrollo de la flebitis, destacando los factores relacionados con el paciente, con el catéter, con la medicación y con la actuación enfermera. Autores como Berganza (2017), detallan factores de riesgo, relacionados al personal de enfermería como lo es un inadecuado lavado de manos, uso de desinfectante incorrecto, inadecuada técnica de inserción, lesionar la vena de punción, mala colocación del apósito o su falta, fijación inapropiada o el movimiento del catéter, aumentan la probabilidad de padecer una flebitis. Existen otros factores de riesgo atribuidos al procedimiento, entre ellos se encuentran los propios del material utilizado como catéter, el calibre y tamaño; el lugar de inserción, el turno en que se canaliza, la unidad en la que se realiza la técnica, el tiempo de permanencia y complementos como alargaderas o bombas de infusión, tipo de medicación, tratamientos continuos, ritmo de goteo etc., otros se deben a las características propias del paciente como sexo, edad y enfermedades relacionadas con una mayor probabilidad de sufrir flebitis (p. 7).

El problema más grave inherente a este procedimiento invasivo, es la bacteriemia relacionada con catéteres endovasculares, que representa hasta el 20-30 % de todos los episodios de bacteriemia en el hospital y se asocia a una considerable morbilidad, prolongación de estancia hospitalaria y a un importante aumento del gasto sanitario (Alfonse, 2015, p. 26).

Es por ello que la enfermera debe poseer un vasto conocimiento que gobierne su práctica clínica, por lo que su juicio teórico y científico debe guiar la práctica de enfermería, de manera competente dentro del ámbito de la práctica profesional.

Evaluar la calidad del proceso de cuidado en la terapia endovenosa (venoclisis), que ofrecen los profesionales de enfermería en un nosocomio, ha sido tarea incansable desde hace décadas de la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), el cual, en su carácter propositivo, define como prioridad mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios.

MÉTODO

Esta investigación se realizó de tipo descriptivo, observacional y transversal, debido a que se realizó la observación directa del procedimiento de terapia endovenosa, abarcando un periodo del 15 de abril al 30 mayo de 2019, en el área de urgencias de un hospital de segundo nivel de atención, el cual es un servicio donde se realizan con más frecuencia este procedimiento. Se observó a 20 enfermeras, de los tres turnos laborales y con el nivel académico de licenciatura, y enfermeras generales. La elección de la muestra fue bajo un muestreo no probabilístico.

Para ello se utilizó un instrumento de 22 ítems, bajo el enfoque del Modelo de Atención a la Salud de Avedis Donabedian, elaborado por rayón, Esteves, Basset y Sánchez en el 2015. El cual evalúa la calidad en base al atributo de «Estructura, proceso, resultado». Tiene una escala tipo Likert, valorando el procedimiento de instalación de la venoclisis en base a atributos de Estructura (1, 2, 3), Proceso (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19) y Resultado (20, 21).

Para el análisis de los resultados del proyecto, se utilizará el programa estadístico SPSS. La presentación de los resultados se utilizó cuadros y gráficas.

RESULTADOS

Durante la etapa con el procedimiento de instalación de la terapia endovenosa periférica, se recolectó un total de 20 observaciones directas del personal de enfermería. El sexo predominante es el femenino con 60%, en comparación con el sexo masculino que sólo fue el 40%; la edad más frecuente oscila entre los 38 a 42 años con un 65%, el nivel académico con mayor presencia es el de licenciado en enfermería (85%).

De acuerdo a los ítems de estructura se obtuvo un 100%, logrando una eficien-

cia excelente. En el rubro de proceso se obtuvo un 80%, logrando una eficiencia regular o parcial, del procedimiento. Los ítems del rubro de resultados se lograron un 50%, siendo no eficiente en el cumplimiento. El índice de eficiencia global, fue del 80%, logrando una eficiencia de cumplimiento Regular o parcial.

CONCLUSIONES

Uno de los principales propósitos de enfermería es garantizar la calidad en los sistemas de la salud, que buscan satisfacer las necesidades de atención que tiene la sociedad en su conjunto.

Actualmente las instituciones de salud a nivel mundial reconocen los desafíos que conlleva la responsabilidad que tiene la calidad en la mejora continua de la atención. La enfermería al brindar asistencia al paciente es proveedora del cuidado de salud directo, siendo un elemento fundamental durante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente, de igual manera se relaciona con el aspecto emocional y la empatía de los profesionales.

Sin embargo, existen factores de riesgo relacionados con el desarrollo de flebitis, los cuales pueden ser factores propios del paciente, las patologías asociadas, los propios del catéter calibre y localización, los propios de la medicación, los factores de riesgo dependientes de la actuación enfermera: higiene de manos, correcta fijación y habilidad técnica, la implicación y el nivel de conocimientos de la enfermera; el tiempo empleado para realizar el procedimiento, los medios disponibles.

Con los resultados antes obtenidos se puede percatar que lograr una calidad en la instalación de la terapia endovenosa periférica, influye significativamente la edad con la que cuente el personal de enfermería y la antigüedad en el servicio; así como contar con un área adecuadamente iluminada, demostrando con ello que la eficacia y efectividad con la que cuente el personal de enfermería es de suma importancia para garantizar una reducción de infecciones nosocomiales, costos días cama para el paciente y la institución.

También se muestra un incremento en el apego de los protocolos de la terapia endovenosa periférica, sin embargo es necesario continuar fomentando una cultura de cuidado, implementando los protocolos institucionales relacionados con la inserción, mantenimiento y cuidado del catéter, así como el registro clínico de enfermería.

La estandarización y unificación de protocolos en técnicas de instalación de

la terapia endovenosa por el personal de enfermería, permite optimizar materiales, reducir costos y garantizar una mejora continua de la calidad asistencial.

REFERENCIAS

- Alfonse J. M. (2015 30 de abril), La aportación de la tecnología sanitaria, XV Conferencia «Innovación Tecnológica en terapia endovenosa», Fundación tecnología y salud. Madrid, España. [http://panelfenin.es/uploads/fundacion/publicaciones/RANM_XVConferencia_web_\(002\).pdf](http://panelfenin.es/uploads/fundacion/publicaciones/RANM_XVConferencia_web_(002).pdf)
- Alcalde, B. M. (2017), Flebitis en catéter venoso periférico: factores de riesgo y prevención, Universidad del país Vasco, Vizcaya, España. https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22537/ALCALDE_MAR%C3%8DA_FLEBITIS_TFG.pdf?sequence=1
- Castañeda F. A., Pérez C. J., y Vázquez, y Soto A. M. (2015), «Eficacia de la práctica de enfermería en la Terapia de Infusión Intravenosa», en Revista CONAMED, vol. 20, pp. 27-34. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79585>
- Escamilla J. y Ramírez G. (2017), «Uso de kits desechables para optimizar tiempos, movimientos y apego a protocolos de la terapia intravenosa», en Revista Cuidarte. Núm. 8(3), pp. 1749-57.
- Garete E., García D., Valdivia Ch., Del Río P., y Cidonio M. (2015), Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del acceso vascular, Ed. Ozaquidecza. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/2_recomendaciones_acceso_vascular.pdf

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

CLAUDIA HERNÁNDEZ LANDAVERDE¹

DORA LUZ RODRÍGUEZ CRUZ

BLANCA JUDITH LAVOIGNET ACOSTA

FABIOLA CRUZ NÚÑEZ

Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana campus Poza Rica.

RESUMEN

Introducción. La úlcera por presión (UPP) es una lesión localizada de la piel y/o el tejido subyacente, por la combinación de la presión, isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento. **Objetivo.** Determinar el índice de eficiencia global (IEG) del cuidado de enfermería en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en los diferentes turnos. **Método:** Estudio Cuantitativo, diseño no experimental y prospectivo. **Muestra:** 20 enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización cuatro turnos. **Muestreo:** no probabilístico por conveniencia. **Instrumento:** Auditoría de tratamiento en las úlceras por presión del programa de evaluación de calidad de los servicios de enfermería. **Resultados.** En el análisis descriptivo para obtener el IEG en el tratamiento de UPP respecto a los diferentes turnos se obtuvo: el turno matutino y vespertino presentan 98% de IEG, sin embargo, el turno nocturno A presenta el 81% de IEG y el turno nocturno B con 99 %, siendo este con el mayor índice de eficiencia Global en cuanto al tratamiento de las úlceras por presión. En los ítems se encontró que aplicar el medicamento tópico prescrito y cubrir con apósito biológico, turno matutino .80, turno vespertino 1.00, colocar en la cama el colchón de presión alterna o cualquier otro dispositivo diseñado para disminuir la presión y aumentar la circulación presentan una media mayor en el turno vespertino con .80 en relación al turno matutino .60, sin embargo en ofrecer el orinal frecuentemente para estimular en el paciente el control de esfínteres la media más alta se encuentra en el turno matutino con 1,00. **Conclusiones.** El cuidado de en-

¹ Correo de contacto: claudihernandez@uv.mx

fermería y su calidad depende de cómo las/os enfermeros/as realizan su hacer y que-hacer, la prevención y tratamiento de las UPP es una meta internacional a cumplir al proporcionar cuidado a los pacientes independientemente de su vulnerabilidad.

Palabras clave: Enfermería, tratamiento, úlceras.

ABSTRACT

Introduction. Pressure ulcer (PU) is a localized lesion of the skin and / or the underlying tissue, by the combination of pressure, ischemia, and tangential or shear forces. **Method.** Quantitative study, non-experimental and prospective design. Sample: 20 nurses from the different hospitalization services, four shifts. **Objective.** To determine the overall efficiency index of nursing care in hospitalized patients with pressure ulcers in the different shifts. *Sampling:* not probabilistic for convenience. *Instrument:* Audit of treatment in pressure ulcers of the quality assessment program of nursing services. **Results.** In the descriptive analysis to obtain the Global Efficiency Index (GEI) in the treatment of PU with respect to the different shifts the following was obtained: The morning and evening shift have 98% of GEI, however the night shift A presents 81% of GEI and the night shift B with 99%, being this with the highest Global efficiency index in terms of the treatment of pressure ulcers. In the items, it was found that applying the prescribed topical medication and covering with biological dressing, morning shift .80, afternoon shift 1.00, mattress of alternate pressure should be placed in the bed or any other device designed to decrease pressure and increase circulation presents a higher average in the afternoon shift with .80 in relation to the morning shift .60, however in offering the potty frequently to stimulate patient control sphincters the highest average its in the morning shift with 1.00. **Conclusions.** Nursing care and its quality depends on how the nurses perform their tasks, the prevention and treatment of PU is an international goal to fulfill when providing care to patients regardless of their vulnerability.

Keywords: Nursing, Treatment, Ulcer.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP), también conocidas como «úlceras de decúbito» y/o «escaras» son una lesión isquémica localizada en la piel y/o tejido subyacente con pérdida de sustancia cutánea; por lo general, se producen como resultado de la

presión y/o fricción donde se localiza una prominencia ósea. Las UPP se producen debido a la presión aplicada al tejido blando, lo cual conlleva un flujo de sangre completa o parcialmente obstruido (Mijangos, 2015).

En la actualidad es evitable, mediante la aplicación de correctas valoraciones, escalas, protocolos, guías, que se fundamentan en normas internacionales de salud. Todos los pacientes tienen riesgo potencial de desarrollar una úlcera por presión, aunque son más propensos las personas con enfermedades concomitantes, alteraciones sensitivas, motoras y de la circulación periférica, así como con problemas nutricionales y cutáneos (Guía de Práctica Clínica CENETEC, 2015).

Además pese a que se han producido avances muy significativos en la comunidad científica en relación al conocimiento de la etiología, así como evitarlas en casi la totalidad de situaciones y las directrices de tratamiento más eficaces, las UPP aún hoy, en el siglo XXI, constituyen un problema en todos los niveles asistenciales de salud, afectando a las personas de todos los grupos de edad y produciendo elevados costos, tanto a nivel de sufrimiento individual y familiar como a nivel socio-económico (González, 2013).

A todo esto, la importancia de las UPP radica en la gravedad de sus complicaciones, dolor, infección, sepsis y aumento de la mortalidad; aumento de los días de estancia de un paciente hospitalizado, demanda de mayor cantidad de personal de enfermería, así como el gasto sanitario, que se eleva hasta cinco veces en comparación con los pacientes que no presentan UPP, aunado al incremento del tiempo requerido de cuidados, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo de enfermería. Las UPP se asocian a un incremento de la morbilidad –e incluso mortalidad– en pacientes encamados. Cabe señalar también las repercusiones económicas para los centros sanitarios, al aumentar los costos directos e indirectos en el tratamiento (Rodríguez-Renobato, 2017).

Esta investigación se realizó con el fin de que sus resultados proporcionen información sobre el Índice de Eficiencia Global en el cuidado que el personal de enfermería en los diferentes turnos proporciona en el tratamiento de las UPP a los pacientes hospitalizados y de acuerdo a resultados valorar un plan de mejora sobre el tratamiento de las UPP por el personal de enfermería.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el índice de eficiencia global del cuidado de enfermería en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en los diferentes turnos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el turno que presente mayor Índice de Eficiencia Global. Describir cuáles son las dimensiones que presentan un mayor Índice de Eficiencia Global.

DESARROLLO

Las úlceras por presión (UPP) siguen constituyendo hoy día un importante problema de salud y son un indicador de calidad con una relación directa con los cuidados de enfermería y representan un tema de interés y de importancia para estos profesionales en su práctica diaria, como muestra el crecimiento experimentado en la investigación de enfermería en este campo en los últimos años.

Su tratamiento está directamente relacionado con los cuidados generales, entre estos están el alivio de la presión sobre los tejidos y la prevención de nuevas lesiones, tener un buen soporte nutricional, ya que este juega un papel relevante en la cicatrización de las UPP, también evitan la aparición de estas y de la infección, manejo del dolor, intensidad, cualidad e irruptivo; además existen los cuidados locales como la limpieza, el desbridamiento. Todo esto genera altos costos para la institución y aumenta de la carga de trabajo en el equipo de salud (Grupo de Trabajo de UPP, La Rioja 2009).

Las intervenciones de enfermería para planear el cuidado eficaz, oportuno e individualizado en personas con úlceras por presión se basan en valoración integral de la persona, actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con el uso de taxonomías NANDA-NIC-NOC, que permiten responder cuestionamientos sobre la seguridad, eficiencia y costo-efectividad del cuidado de enfermería (González, 2015).

Para el tratamiento de las úlceras por presión se tomará en cuenta una doble visión de los cuidados los cuales son: Cuidados Generales como alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones. Los pacientes que presentan o presentaron una o varias lesiones son considerados pacientes de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones.

Entre los factores que favorecen la cicatrización de la UPP es la nutrición. Desde tiempos muy lejanos, se sabe que juega un papel fundamental ya que la nutrición y la cicatrización están íntimamente unidas, de esta manera deficiencias nutricionales específicas podrán provocar un retraso en la progresión de la cicatrización (alargando el proceso inflamatorio, decreciendo la proliferación de fibroblastos o la formación de colágeno). Es importante conocer el papel del micro y

macronutrientes en este complejo proceso para poder tratar las heridas de manera integral (Asla 2015).

MÉTODO

El presente estudio es de corte cuantitativo, tipo de estudio descriptivo y transversal. El personal de Enfermería que participó en la investigación cuenta con la categoría de auxiliar de enfermería, enfermera general, licenciados en enfermería y enfermera especialista. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que se eligió un grupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación, la muestra estuvo conformada de 20 enfermeras que se encontraban laborando en el área de hospitalización en los servicios de cirugía, traumatología, medicina interna y diálisis; de los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno A y B).

Características de los clientes

Criterios inclusión: se incluyeron las enfermeras que se encontraban laborando en el área de hospitalización al momento de la aplicación del estudio sombra, a las enfermeras que estaban atendiendo pacientes con escala de Norton menor de 11.

Criterios de exclusión: las enfermeras que no atendían pacientes con UPP.

Criterios de eliminación: las enfermeras que no se encontraban laborando en el momento de la aplicación del estudio sombra.

Las variables que se incluyen en el estudio son la variable independiente cuidado de enfermería y la variable dependiente ulcera por presión

El método de recolección de datos fue por medio de un estudio sombra. Se utilizó el instrumento de auditoría tratamiento de úlceras por presión, relacionado al programa de evaluación de calidad de los servicios de enfermería, del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México 2001, con un Alpha de Crombach de .883.

El instrumento se compone de 13 ítems que comprende las siguientes variables, lavarse las manos cuidadosamente antes y después de atender las úlceras del paciente, lavar la zona lesionada con agua esterilizada y técnica aséptica, aplicar el medicamento tópico y cubrir con apósito biológico en el que se debe anotar la fecha de instalación, evitar el empleo de hules o cualquier otro material que pueda producir sudoración en el paciente, colocar en la cama el colchón de presión alterna o cualquier otro dispositivo diseñado para disminuir la presión y aumentar la circulación.

Realizar cambios de posición y dar masaje gentil en las zonas sometidas a presión, ofrecer el orinal o cómodo frecuentemente para estimular en el paciente el control de esfínteres, cambiar la sábana y proporcionar cuidados a la piel con la frecuencia necesaria para mantener seco al paciente, proporcionar nutrimentos a intervalos cortos que aseguren una buena nutrición, vigilar continuamente los factores ambientales que pueden producir zonas de presión: sábanas arrugadas, objetos en la cama, observar y registrar características del exudado de las úlceras. Tomar muestras de exudado para cultivo y enviarlo al laboratorio de microbiología, durante el baño lavar bien con agua y jabón las zonas cercanas a las úlceras y las regiones situadas en las prominencias óseas.

De los cuales se da un valor a cada actividad de acuerdo a su importancia en el procedimiento, el valor máximo es de 4 y el mínimo de 1 con una sumatoria de 30, al sumar los resultados obtenidos se dividen entre los resultados esperados y se saca el índice de eficiencia global (IEG) para determinar el nivel de cumplimiento obtenido, el cual se clasifica, de 91% a 100% cumplimiento excelente, de 85% a 90% cumplimiento significativo, de 75% a 85% cumplimiento parcial, de 70% a 74% cumplimiento mínimo y de 0 a 69% no cumplimiento.

Procedimiento para la recolección de la información: inicialmente se solicitó autorización a los directivos de la institución de segundo nivel, se programó una reunión con ellos para explicarles el objetivo de la investigación, el procedimiento de recolección de los datos con los participantes fue por medio de un estudio sombra.

Posteriormente se realizó la recolección de la información el día establecido a partir de la 7:00, 14:00 y 20:00 Hrs. dependiendo del turno a analizar; seleccionándose de forma aleatoria el personal de enfermería del servicio de hospitalización en el segundo piso.

Para la tabulación de los datos obtenidos, primeramente, se elaboró una plantilla de códigos, foliación de instrumentos y codificación; la captura de los datos se realizó en el programa Excel 2010. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. Se utilizó el análisis Bivariado con estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje y moda), presentan los resultados en tablas.

La presente investigación se fundamenta, en el art. 17 fracc. II, Investigación con riesgo mínimo, se utilizó investigación documental, auxiliándose de cuestionarios aplicados a los sujetos de estudios, donde se reserva el anonimato, no se registra el nombre, sólo se le asigna un número en el cuestionario. Se utilizó la Ley

general de Salud en su art. 100, se tomaron en cuenta los principios científicos y éticos que justifican la investigación.

RESULTADOS

Participaron un total de 20 enfermeras de los tres turnos encontrándose:

TABLA 1.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL SEGUNDO NIVEL.

<i>Datos sociodemográficos</i>		
<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Edad</i>		
22-25	1	5
26-30	9	45
31-35	6	30
36-40	2	10
41-45	2	10
Desv. Estándar	5.2	
<i>Género</i>		
Femenino	18	90
Masculino	2	10
<i>Categoría</i>		
Aux. Enfermería	2	10
Enfermera General	5	25
Lic. Enfermería	12	60
Enf. Especialista	1	5

Fuente: directa $n=20$

En cuanto a los datos sociodemográficos se pudo observar que el mayor número de enfermeras tiene entre 26-30 años de edad con un 45%, seguida de 31-45 años con 30%, el rango menor 5% lo comprenden las enfermeras entre 22 y 25 años. En lo que se refiere al género se encuentra el femenino con 90% y el masculino 10%. La categoría con la que cuenta el personal de enfermería, las licenciadas en enfermería aparecen en un 60%, enfermeras generales 25%, auxiliares de enfermería 10% y enfermera especialista en 5%.

TABLA 2.
 ÍNDICE DE EFICIENCIA GLOBAL DE ENFERMERÍA
 EN LOS DIFERENTES TURNOS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

<i>Turno</i>	<i>No. de puntos obtenidos del total de casos observados</i>	<i>No. de puntos esperados del total de casos observados</i>	<i>IEG</i>
Matutino	147	150	98 %
Vespertino	147	150	98 %
Nocturno A	121	150	81 %
Nocturno B	149	150	99 %
Fuente: directa		<i>n</i> =20	

En el análisis descriptivo para obtener el IEG en el tratamiento de UPP respecto a los diferentes turnos se obtuvo: El turno matutino 98% de IEG al igual que el turno vespertino, sin embargo, el turno nocturno A presenta el 81% de IEG y el turno nocturno B con 99 %, siendo éste con el mayor índice de eficiencia Global de los cuatro turnos.

TABLA 3.
 VARIABLES DEL CUESTIONARIO DE AUDITORIA DEL TRATAMIENTO DE UPP
 QUE RESULTARON CON UNA MEDIA MAYOR RESPECTO AL TURNO MATUTINO VESPERTINO.

<i>Variable</i>	<i>matutino</i>	<i>vespertino</i>
Aplicar el medicamento tópico prescrito y cubrir con apósito biológico en el que se debe anotar la fecha de instalación	.80	1.00
Colocar en la cama el colchón de presión alterna o cualquier otro dispositivo diseñado para disminuir la presión y aumentar la circulación presenta mayor	.60	.80
Ofrecer el orinal o cómodo frecuentemente para estimular en el paciente el control de esfínteres	1.00	.60
Fuente: directa		<i>n</i> =20

En cuanto a las variables del tratamiento de las UPP, se encontró que aplicar el medicamento tópico prescrito y cubrir con apósito biológico en el que se debe anotar la fecha de instalación y colocar en la cama el colchón de presión alterna o cualquier otro dispositivo diseñado para disminuir la presión y aumentar la circulación

presentan una media mayor en el turno vespertino en relación al turno matutino, sin embargo en ofrecer el orinal o cómodo frecuentemente para estimular en el paciente el control de esfínteres la media más alta se encuentra en el turno matutino.

CONCLUSIONES

El cuidado de enfermería y su calidad depende de cómo realice su práctica profesional, la cual debe ser con responsabilidad, tomando en cuenta que la prevención y tratamiento de las UPP es una meta internacional a cumplir al proporcionar el cuidado a los pacientes independientemente de su vulnerabilidad. Con respecto al estudio se concluyó que dentro de los datos sociodemográficos se pudo observar que el mayor número de enfermeras tiene entre 26-30 años de edad, donde predomina el sexo femenino con 40%, en la categoría el nivel licenciatura es el más elevado con 60%, enfermeras generales 25%.

En cuanto al IEG en el tratamiento de UPP respecto a los diferentes turnos: el nocturno B con un 99 %, siendo este con el mayor Índice de Eficiencia Global de los cuatro turnos, ya que el turno matutino y vespertino salieron con un 98% de IEG, siendo el de menor porcentaje turno nocturno A con 81%. Por lo tanto consideramos que el personal de enfermería de la institución de salud, en el rubro de tratamiento de las UPP tiene un Índice de Eficiencia Global entre el 99 – 88 %, siendo el turno nocturno A con menor IEG, por lo tanto se valorará con las autoridades correspondientes la elaboración y aplicación de un programa de educación continua sobre el tratamiento de las UPP, tomando en cuenta que la prevención es la forma más eficaz de evitar la incidencia de las úlceras por presión en todos los pacientes, pero principalmente los más vulnerables.

REFERENCIAS

- Asla A. MB (2015), El papel de la nutrición en la cicatrización de las heridas, Escuela de Enfermería de Leioa, Universidad del País Vasco, p. 3. Recuperado de: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/16049/Papel%20de%20la%20nutricion%20en%20la%20cicatrizacion%20de%20las%20heridas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guía de práctica clínica. CENETEC (2015), Guía de referencia rápida «Intervenciones de Enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos y pediátricos en 2do y 3er nivel de atención, México. Recuperado de: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-790-15/RR.pdf>

- González-Consuegra, R.V., Matiz-Vera, G.D., Hernández-Martínez, J. D., Guzmán-Carrillo, L.X. (2015), «Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión», en *Rev. Fac. Med.*, núm. 63, pp. 69-80.
doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.46595>.
- González García, M.D.R. (2013), Prevalencia de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados y residencias geriátricas de Uruguay, Escuela Universitaria de Enfermería «casa de salud Valdecilla» Universidad de Cantabria. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2603/GonzalezGarciaR.pdf?sequence=1>
- Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja (2009), Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión, Logroño, Consejería de Salud de La Rioja. Recuperado de: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>
- Mijangos, P. MA., Puga C. CL., Guillén LC., Zúñiga C. IR. (2015), «El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario», en *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, núm. 8(2), pp. 77-83.
- Ortega Vargas, M.C., Suárez Vázquez, M. G. (2006), *Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación*, Edit. Médica Panamericana.
- Rodríguez-Renobato, R., Esparza-Acosta G. R., González-Flores, S.P. (2017), «Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión», Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Pasantía de Servicio Social; Universidad Autónoma de Aguascalientes, Centro de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería. Aguascalientes, Aguascalientes, México, en *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.*, núm. 25(4), pp. 245-56.
- Soldevilla Agreda, J. J., Torra i Bou, J.E., Posnett, J., Verdú Soriano, J., San Miguel, L. & Mayan Santos, J.M. (2007), «Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España», en *Gerokomos*, núm. 18(4), pp. 43-52. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es&tlng=es.
- Zamora Sánchez, J.J. (2006), «Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos», en *Gerokomos*, núm. 17(2), pp. 51-61. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X200600200006&lng=es&tlng=es.

EDUCACIÓN

PERFIL DE INGRESO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

VALERIA DOMÍNGUEZ LÓPEZ¹

JUAN PINEDA OLVERA

ANA MARÍA LARA BARRÓN

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

RESUMEN

Introducción. La evaluación del perfil de ingreso de los estudiantes de enfermería es una herramienta que permite conocer al estudiante, indagar en sus conocimientos, habilidades y actitudes que posee, con la finalidad de diseñar estrategias que contribuyan y potencien éstas.

Metodología. Estudio con muestra probabilística con nivel de confianza de 90% y de precisión de 10%, en 158 estudiantes de primer semestre de ambos turnos, generación 2019 de la licenciatura en Enfermería. Se aplicó un instrumento constituido por 59 ítems, dividido en 4 secciones. Alfa de Cronbach de 0.7, previo consentimiento informado, variables: sociodemográficas, conocimientos, habilidades y actitudes. Se elaboró una base de datos en programa SPSS-21, se utilizó estadística descriptiva. **Resultados.** Predominó el sexo femenino con 69.6%, las edades oscilaron de los 17 a 25 años, con un promedio de 18 años. 93% de los estudiantes manifestaron gusto por la carrera, 65.8% seleccionaron la carrera como primera opción, 79.1% eligieron el área de Ciencias Biológicas en el bachillerato. En relación al perfil de ingreso, el 52% de los estudiantes se encuentran dentro del perfil idóneo en la dimensión de conocimientos, en habilidades el 68% se encuentra en un perfil parcialmente idóneo. En cuanto a la dimensión actitudes, el 99% manifiesta las actitudes requeridas en el perfil de ingreso de la carrera. Del perfil de ingreso propuesto en el plan de estudios de la carrera, los estudiantes lo cubren en un 76.4%. **Conclusión.** La dimensión de habilidades muestra mayor debilidad, siendo esta área la de mayor oportunidad.

¹ Correo de contacto: valeria.domin2@gmail.com

Palabras clave: estudiantes de enfermería, perfil de ingreso, trayectoria escolar

ABSTRACT

The evaluation of the admission profile is a tool that allows students to know, investigate the knowledge, skills and attitudes they have, in order to design strategies that contribute and strengthen them. Study with probabilistic sample with confidence level of 90% and precision of 10% of 158 first semester students of both shifts, 2019 generation of the degree in nursing. The female sex prevailed with 69.6%, average age of 18 years, 65.8% selected the race as the first option. In relation to the income profile, 52% are within the ideal profile in knowledge, in skills, 68% have partially suitable profile and 99% manifest the attitudes required in the income profile. Of the income profile stipulated in the curriculum, students cover it at 76.4%. The skills dimension shows greater weakness, this area being the one with the greatest opportunity.

Keywords. nursing students, admission profile, school career

INTRODUCCIÓN

El ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México para nivel licenciatura se realiza a través del pase reglamentado para alumnos de bachillerato UNAM, y examen de admisión para estudiantes que concluyeron el bachillerato en escuelas públicas o privadas, independientemente de la carrera que quieran estudiar, en ambos mecanismos no se considera el perfil de ingreso.

Cada carrera de las diferentes escuelas y facultades de la UNAM, establecen su perfil de ingreso en el que se describen las competencias necesarias para que el alumno desarrolle una trayectoria exitosa. En el área de las ciencias de la salud, la formación de los profesionales se inicia con la definición del tipo de persona y profesionista que se quiere formar, abarcando no sólo los conocimientos científicos, sino también las habilidades, actitudes y los valores que poseen; el conjunto de estas características, conformará el perfil de ingreso de cada alumno, que será el eje para la predicción del desempeño académico de los alumnos en las universidades (Nieto, 2011).

En el diseño curricular, un apartado siempre presente es el perfil de ingreso, que teóricamente implica que los alumnos orientados a dicho perfil transitarán exitosamente durante la carrera. Ello supondría que las instituciones de educación

superior (IES) tienen mecanismos para conocer las características de los alumnos de nuevo ingreso; sin embargo, raramente existen o se llevan a la práctica para identificar el perfil de ingreso (Nava, 2006).

Un perfil de ingreso está diseñado para describir las características psicológicas y académicas que debe tener el alumno al ingresar a una licenciatura, tomando en cuenta sus conocimientos, habilidades y actitudes, las cuales tendría que conocer desde su paso por el bachillerato, en el cual se le deben proporcionar las bases de distintas ramas y áreas del conocimiento con la finalidad de que logre identificar sus áreas afines. A pesar de esto, muchos estudiantes permanecen con dudas al momento de elegir su carrera, lo cual aumenta las posibilidades de que elijan erróneamente o la que elijan, no los satisfaga plenamente.

La evaluación del perfil de ingreso de los estudiantes de enfermería es una herramienta que permite conocer al estudiante, indagar en sus conocimientos, habilidades y actitudes que posee con la finalidad de diseñar estrategias que contribuyan y potencien éstas. El desempeño de cada alumno es determinante para su paso por la carrera y el término exitoso de ésta. Un perfil de ingreso correctamente diseñado por la carrera, la detección temprana de áreas de oportunidad y desarrollo de planes de acción, permitiría que los estudiantes disminuyeran la probabilidad de deserción durante la trayectoria académica.

Así, una correcta evaluación del perfil de ingreso de los nuevos estudiantes permitiría la permanencia en la carrera, evitando el rezago o deserción, buscándose que el alumno aceptado aproveche el lugar que le fue otorgado por la universidad y posteriormente retribuya a la sociedad, un servicio de calidad.

Por lo que el objetivo de esta investigación, fue evaluar el perfil de ingreso de los estudiantes del primer semestre de la generación 2019 de la licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) considerando el perfil de ingreso que señala el plan de estudios de la carrera.

DESARROLLO

Enfermería es una profesión capaz de desarrollar una praxis del cuidado basada en las necesidades de salud individual y colectiva, en el pensamiento crítico y la reflexión en la acción que permita la toma de decisiones tendientes a resolver problemas de salud en escenarios institucionales, comunitarios o de manera independiente. El egresado sustenta su ejercicio profesional en el dominio del cuidado basado en el conocimiento científico, las tecnologías y las prácticas terapéuticas

complementarias con una actitud empática, flexible, crítica y solidaria, a fin de brindar un cuidado holístico a la persona y colectivos durante el ciclo de vida. El profesional de la enfermería desarrolla asesoría educativa en el hogar y casas de salud e instituciones educativas, asistenciales, de investigaciones y práctica privada e independiente, destacándose por su capacidad para el cuidado holístico del individuo, la familia y la comunidad frente a las demandas propias del fenómeno salud-enfermedad (Oferta Académica UNAM, 2019).

La aspiración inicial de una carrera desde la universidad, es allegarse de aspirantes que cumplan cabalmente un perfil ideal, proceso que comienza con la definición del tipo de persona y profesionista que se pretende formar, abarcando no sólo los conocimientos científicos con los que debe partir, sino también las aptitudes, habilidades y valores con los que debe contar, ya que serán los ejes para formar un buen ciudadano primero y luego un profesionista competente (González, 2014).

Se alude al perfil de ingreso como la «descripción conceptual de las características deseables en el alumno de nuevo ingreso en términos de conocimientos, habilidades y actitudes favorables para cursar y terminar con mayores posibilidades de éxito los estudios que inicia. Además, da cuenta de las opciones académicas cursadas, notas académicas obtenidas y datos de carácter sociológico de interés» (Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, 2008). La Universidad de Murcia (España) nos menciona que existen dos definiciones de un perfil de ingreso; el idóneo y el real. El idóneo se refiere a una descripción conceptual de las características deseables en el alumno de nuevo ingreso en términos de conocimientos, habilidades y aptitudes para cursar y terminar con mayores posibilidades de éxito. Mientras que el perfil real es una descripción de las características reales en el alumno de nuevo ingreso en términos de conocimientos, habilidades y aptitudes. Además de que también da cuenta de las opciones académicas cursadas, notas académicas obtenidas y datos de carácter sociológico de interés (Universidad de Murcia, España, 2011).

Como propia definición podemos entender que el perfil de ingreso es el conjunto de características que debe poseer el estudiante, abarcando conocimientos, habilidades y actitudes que lo encaminen a la conclusión de un programa educativo con éxito y por lo tanto obtenga una formación profesional con la que pueda desarrollarse en el campo laboral.

De acuerdo a la FESI, el alumno que pretenda ingresar a la licenciatura en Enfermería debe poseer el perfil siguiente: proveniente de escuelas de educación media superior, formado preferentemente en el área de Ciencias Químicas, Bioló-

gicas y de la Salud, del área de Humanidades, o bien, de las Ciencias Sociales, con conocimientos de método científico, Anatomía y Fisiología humana, Ética, Estadística y Matemáticas. Interesados por el bienestar de la persona y la sociedad; alto grado de responsabilidad, vocación de servicio, solidaridad, actitud humanitaria y tolerancia hacia la diversidad, respeto a la vida y a la dignidad humana. Con habilidad para la comunicación verbal y escrita, y facultad para la observación, el análisis, la comprensión, el sentido crítico, la toma de decisiones y el trabajo colaborativo (Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2019).

Para ingresar a la licenciatura en Enfermería, el aspirante deberá ser egresado del área de las Ciencias Biológicas y de la Salud en el bachillerato, o haber cursado el conjunto de asignaturas relacionadas con esta área de conocimiento en el Colegio de Ciencias y Humanidades, Escuela Nacional Preparatoria o en otros programas de Educación Media Superior (Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2019).

MÉTODO

Se encuentra dentro de la línea de investigación de Educación. Fue un estudio cuantitativo, observacional, prospectivo, corte transversal, con una población de 300 estudiantes de primer semestre de la licenciatura en Enfermería de la FESI.

Se obtuvo tamaño de muestra probabilística con un nivel de confianza de 90% y un nivel de precisión de 10% de 158 estudiantes de primer semestre de ambos turnos de la generación 2019 de la licenciatura en Enfermería de la FESI. Los criterios de inclusión consideraron que los alumnos estuvieran inscritos en el primer semestre de la licenciatura en Enfermería de FES Iztacala, y que desearan participar en la investigación. Los criterios de exclusión fueron que los alumnos estuvieran inscritos en semestres posteriores al primer semestre, alumnos recursadores y alumnos que no desearan participar en el estudio. Los cuestionarios incompletos se consideraron como criterio de eliminación. Se aplicó un instrumento mixto por el diseño de los reactivos que consta de 59 ítems con Alfa de Cronbach de 0.7, previo consentimiento informado, dividido en cuatro secciones, una para datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, lugar de origen, ocupación, trabajo y número de hijos), dimensión conocimientos (Método científico, Anatomía, Fisiología, Matemáticas y Estadística), dimensión habilidades (habilidades: verbales, para la redacción, comprensión, para el análisis, pensamiento crítico y toma de decisiones, trabajo colaborativo y capacidad de observación) y dimensión actitudes (bienestar por la persona y por la sociedad, responsabilidad, vocación de servicio,

solidaridad, humanismo, tolerancia a la diversidad, respeto a la vida, dignidad humana).

Se elaboró una base de datos en programa SPSS versión 22, y se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Los datos más relevantes del estudio fueron:

TABLA 1
 DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LOS ESTUDIANTES
 DE NUEVO INGRESO DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Femenino	110	69.6
Masculino	48	30.4
Edad		
17-18 años	85	53.8
19-20 años	54	34.2
21-22 años	13	8.3
23-24 años	4	2.5
25 años o más	2	1.3
Procedencia		
Estado de México	105	66.5
CDMX	48	30.4
Provincia	5	3.2
Trabajo actual		
No trabaja	114	72.2
Trabajo permanente	16	10.1
Trabajo temporal	20	12.7
Trabajo en vacaciones	8	5.1

¿Te gusta la carrera de enfermería?

Sí	147	93
No	11	7
¿En qué opción elegiste enfermería?		
Primera opción	104	65.8
Segunda opción	54	34.2
¿Has cursado otros estudios?		
Ninguno	128	81
Técnicos	24	15.2
Universitarios	6	3.8
Área elegida en bachillerato		
Ciencias biológicas	125	79.1
Ciencias fisicomatemáticas	7	4.4
Ciencias sociales	2	1.3
Humanidades y artes	3	1.9
Ninguna	17	10.8
Todas las áreas	4	2.5

Con respecto a la dimensión de conocimiento en la subdimensión de Método científico, los estudiantes se encuentran en un «nivel medio» con un 44%, seguido de nivel alto con 41% y un nivel bajo con un 15%. En la subdimensión de estadística, se encuentran con un «nivel bajo» 39%, seguido de un nivel medio con 33% y nivel alto con 28%.

En la subdimensión de Matemáticas, los estudiantes se encuentran en un «nivel alto» con 42%, seguido de un nivel medio con 32% y un nivel bajo con un 26%, en la subdimensión Fisiología, se encuentran en un «nivel alto» 44%, seguido de un nivel medio con 38% y un nivel bajo con un 18%. En Anatomía se encuentran en un «nivel alto» 51%, seguido de un nivel medio con 36% y nivel bajo con 13%.

En la dimensión habilidad, en la subdimensión de habilidad verbal, los estudiantes se encuentran en un «nivel medio con un 46%, seguido de un nivel alto de 34% y un nivel bajo de 20%, con respecto a la subdimensión habilidades para la redacción, un 46% tienen nivel medio, seguido de un nivel alto con 44% y un nivel

bajo con un 10%. En relación a la subdimensión habilidades de comprensión, análisis, pensamiento crítico y toma de decisiones, 53% se encuentra en «nivel medio», nivel bajo con 43% y un nivel alto con 4%. En subdimensión de habilidad para el trabajo colaborativo, 63% tiene «nivel bajo», nivel medio 28% y nivel alto 9%. En la subdimensión Habilidades de observación, 85% tienen «nivel medio», nivel bajo con 13% y nivel alto con 2%.

En la dimensión actitud, en la subdimensión la actitud de bienestar por la persona, los estudiantes manifiestan 96% tenerla, mientras un 4% no presenta tal actitud. Respecto a la actitud de bienestar por la sociedad, 99% refiere tenerla, en tanto 1% no presenta la actitud. En la subdimensión actitud de responsabilidad, los estudiantes la presentan en un 96% y 4% no. Los estudiantes presentan la actitud de vocación de servicio con un 88%, mientras un 12% no. En la actitud de solidaridad, 91% la presentan, 9% no.

Respecto a la subdimensión de humanismo, los estudiantes presentan la actitud 96% y 4% no. La actitud de tolerancia a la diversidad, 96% refieren tenerla, mientras un 4% no. En referencia a la actitud de respeto a la vida, 97% la tienen y 3%, no. Los estudiantes presentan la actitud de dignidad humana con un 97%, mientras un 3% no.

El análisis de las dimensiones para evaluar el perfil de ingreso, nos da como resultado que el 52% de los 158 estudiantes, se encuentran dentro del perfil idóneo en la dimensión conocimientos, el 47% dentro de un perfil parcialmente idóneo y sólo el 1% en perfil insuficiente. En la dimensión habilidades, 68% de los estudiantes se encuentra en un perfil parcialmente idóneo, 21% en perfil insuficiente y el 11%, en un perfil idóneo. En cuanto a la dimensión actitudes, el 99% manifiesta las actitudes requeridas en el perfil de ingreso de la carrera, mientras que el 1% no las manifiesta. Del perfil de ingreso estipulado por la carrera, considerando las tres dimensiones, los estudiantes lo cubren en un 76.4%.

CONCLUSIONES

Se concluye que los alumnos cumplen con un perfil parcialmente idóneo en relación con el perfil ideal que establece el plan de estudios de la carrera, lo que significa que no cumplen en su totalidad con las características deseadas, pero cumple con la mayoría de éstas, presentando gran posibilidad de cursar la carrera y concluirla con éxito, con base en la definición del perfil de ingreso (Universidad de Murcia, España, 2011).

La dimensión de habilidades muestra mayor debilidad, siendo esta la dimensión con mayor área de oportunidad, pues es importante el desarrollo de habilidades básicas del profesional de salud. La dimensión de conocimientos fue la dimensión que presentó más fortaleza a comparación de la dimensión de habilidades, ya que los alumnos mostraron tener un perfil idóneo de acuerdo al perfil ideal, mientras que la dimensión de actitudes fue la dimensión más fuerte al arrojar resultados donde los alumnos manifiestan tener las actitudes necesarias. Estos resultados muestran áreas de oportunidad en donde las autoridades y profesores pueden implementar acciones para alcanzar el perfil deseado que propicie una trayectoria escolar exitosa en los estudiantes.

REFERENCIAS

- Facultad de Ciencias de la Salud (2017), Perfil de Ingreso, septiembre 2018, de Universidad de Castilla-La Mancha. Sitio web: <https://www.uclm.es/>
- Facultad de Estudios Superiores Iztacala (2019), Carrera de Enfermería, septiembre 2018, de Universidad Nacional Autónoma de México. Sitio web http://www.iztacala.unam.mx/nuevo_ingreso/?page_id=1113.
- González V. M. (2014), Perfil de ingreso de los alumnos de Enfermería, Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza, UNAM, septiembre 2018, de Enfermería Universitaria. Sitio web http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100003.
- Nava B. G. (2006), «Perfil académico en alumnos de nuevo ingreso al Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y su correlación con el desempeño académico en el primer año de carrera», septiembre 2018, en Revista de Educación y Desarrollo, Sitio web http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/5/005_Nava.pdf
- Direcciones generales de Cómputo y de Tecnologías de Información y Comunicación (DGTIC) y de Orientación y Atención Educativa (DGOAE) (2019), Oferta Académica Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México. Sitio web <http://www.ofertaacademica.unam.mx/carreras/35/enfermera>.
- Unidad para la Calidad (2011), Perfil de Ingreso. Captación, Selección y Admisión de Estudiantes de Unidad para la calidad, octubre 2018, de Universidad de Murcia. Sitio web https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=0475eb09-17bd-40af-9074-a614b21e3fa2&groupId=10156.

**ESTILOS DE APRENDIZAJE
EN TSUBD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

MARÍA ELENA V. ESCALONA FRANCO¹

MARÍA FLORINDA VILCHIS GARCÍA

ROSA MARTHA FLORES ESTRADA

MARÍA DEL ROCÍO FLORES ESTRADA

MARCO ANTONIO VILLAGRÁN JIMENO

Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

Los estilos de aprendizaje tratan del modo en que los estudiantes prefieren enfocar las tareas. Son flexibles y fluidos, se socializan, varían en función de las actividades y las situaciones y pueden cambiar a lo largo de la vida de un estudiante. Alonso y Honey reconocen cuatro estilos básicos de aprendizaje: Activo, Reflexivo, Teórico y Pragmático, a través de los cuales se caracterizan formas específicas de proceder de los estudiantes. El objetivo de este trabajo fue determinar los estilos de aprendizaje del estudiante de Técnico Superior universitario en Prótesis Bucodental (TSUBD) de la UAEM. Estudio de campo con enfoque cuantitativo, retrospectivo y transversal; el universo fue de 79 alumnos de primero y tercer periodo, durante el periodo 2018-2019; se aplicó el cuestionario CHAEA, que consta de 80 ítems breves para diagnosticar los estilos de aprendizaje, a 72 alumnos que fueron los que se encontraban el día del estudio; se calculó el Alfa de Cronbach con un resultado de 0.892 de confiabilidad y consistencia interna, la sumatoria de los ítems que corresponde al estilo activo son: 3,5,7,9,13,20,26,27,35,37,41,43,46,48,51,61,67,74,75,77; al estilo reflexivo los ítems 10,16,18,19,28,31,32,34,36,39,42,44,49,55,58,63,65,69,70,79; al estilo teórico los ítems: 2,4,6,11,15,17,21,23,25,29,33,45,50,54,60,64,66,71,78,80 y al estilo pragmático los ítems 1,8,12,14,22,24,30,38,40,47,52,53,56,57,59,62,68,72,73,76. Se utilizó el Software estadístico SPSS Ver 20 para el análisis

¹ Correo de contacto: helen1313@hotmail.com

de datos. El estilo pragmático fue el que predominó en los estudiantes de TSUBD con un total de 1,079; el estilo reflexivo ocupó el segundo lugar con una frecuencia de 1,069, seguido por el estilo teórico con 1,051 por último el estilo de aprendizaje activo con un total de 901.

Palabras clave: TSUBD, estilos de aprendizaje

ABSTRACT

Learning styles deal with how students prefer to focus on homework. They are flexible and fluid, they socialize, they vary according to activities and situations and can change throughout the life of a student. Alonso and Honey recognize four basic learning styles: Active, Reflective, Theoretical and Pragmatic, through which specific ways of proceeding of students are characterized. The objective of this work was to determine the learning styles of the student of University Technician in Dental Prosthetics (TSUBD) of the UAEM. Field study with quantitative, retrospective and transversal approach; The universe is 79 students of first and third period, during the 2018-2019 period; The CHAEA questionnaire, which consists of 80 short items to diagnose learning styles, was applied to 72 students who were those who were on the day of the study; Croncach Alpha was calculated with a result of 0.892 reliability and internal consistency, the sum of the items corresponding to the active style are: 3,5,7,9,13,20,26,27,35,37,41,43,46,48,51,61,67,74,75, 77; reflectively, the items 10,16,18,19,28,31,32,34,36,39,42,44,49,55,58,63,65,69, 70,79; in the theoretical style the items: 2,4,6,11,15,17,21,23,25,29,33,45,50,54,60, 64,66,71,78,80 and in the pragmatic style the Items 1,8,12,14,22,24,30,38,40,47, 52,53,56,57,59,62,68,72,73,76. The SPSS Ver 20 Statistical Software was used for data analysis. The results found, was the pragmatic style that predominates in the students of TSUBD with a total of 1,079; the reflexive style occupies the second place with a frequency of 1,069, followed by the theoretical style with 1,051 finally the active learning style with a total of 901.

Keywords: TSUBD, learning styles.

INTRODUCCIÓN

Sabemos que los problemas de salud que afectan a la población en general, las enfermedades de la cavidad bucal ocupan un alto porcentaje, siendo las más

frecuentes la caries dental y las afecciones que involucran a las estructuras de soporte. Por lo que resulta indispensable dar tratamiento a dichos problemas que lejos de ser considerados como menores, debemos de darles la importancia que merecen ya que provocan alteraciones de diversa índole que disminuyen las funciones fonética, estética y masticatoria de los pacientes que las padecen. El éxito del tratamiento dependerá del trabajo que de manera coordinada realicen el odontólogo con el TSUBD.

Antiguamente los técnicos dentales surgían de la experiencia que de manera empírica adquirían en los diferentes laboratorios dentales por los que iban trabajando. Sin embargo con la gran cantidad de adelantos tecnológicos y científicos en el campo odontológico y aunado a esto la aparición de materiales dentales de excelente calidad, se requiere de personal calificado que tenga la preparación necesaria que le permita diseñar, elaborar, y reparar todo tipo de prótesis dentales y aparatos ortodónticos removibles de una manera adecuada y responsable, además en el área odontológica se ha visto en la imperiosa necesidad de crear profesionales en la carrera de TSUBD, con excelente formación que le permita el desarrollo de actitudes, habilidades y destrezas para satisfacer la demanda creciente de profesionales en nuestro país (CONOCER, 2017).

La carrera de TSUBD ofrece al alumno la posibilidad de incursionar en el conocimiento detallado de la anatomía de las piezas dentales para poderlas reproducir en modelados de cera. El estudio de los materiales dentales, que siguiendo las instrucciones precisas permite la fabricación de impresiones y modelos de yeso para la elaboración de los diferentes tipos de prótesis o aparatos removibles con finalidad ortodóntica, elabora modelados, modelos y aparatos básicos de ortodoncia, identifica la anatomía que caracteriza a cada una de las piezas dentales y la aplica en el modelado de éstos a partir de cubos de cera. También clasifica y selecciona los diferentes materiales dentales para utilizarlos de manera adecuada al momento de elaborar impresiones y modelos dentales. Asimismo, diseña y elabora sencillos aparatos removibles de ortodoncia, así como también puede identificar, explicar y aplicar la técnica para elaborar en práctica de laboratorio diferentes tipos de prótesis como son: Prótesis fija (coronas y puentes fijos), Prótesis removible (puentes removibles), Prostodóncia (prótesis o placas totales), integralmente el TSUBD es capaz de: seleccionar los materiales adecuados y elaborar modelos dentales confines de estudio o de trabajo; transferir los contenidos y los aplica en la elaboración de restauraciones fijas; diseñar y elaborar restauraciones parciales removibles, integrar

los contenidos y los aplica en la elaboración de prótesis totales y diseña y elabora aparatos removibles de ortodoncia.

Con estos antecedentes fue la inquietud de conocer qué tipos de aprendizaje tienen los estudiantes de la carrera de TSUBD de la Facultad de Odontología de la UAEM, para lo cual y de acuerdo con Alonso y Honey (Alonso, Honey, 2009), basados en las orientaciones de Sternberg, reconocen cuatro estilos básicos de aprendizaje: Activo, Reflexivo, Teórico y Pragmático, a través de los cuales se caracterizan formas específicas de proceder de los estudiantes.

En el estilo activo, los alumnos son de mente abierta, regularmente actúan primero y luego ven las consecuencias, les gusta abordar situaciones nuevas, y son proclives al intento. Evidentemente, a estos estudiantes les gustan las actividades que exigen una solución inmediata, que no son pasivas.

Los estudiantes orientados más al estilo reflexivo, son sistemáticos, escuchan a otros, recogen datos y sacan conclusiones propias. Les gustan las actividades para pensar antes de actuar. No aprenden de actividades con poco tiempo para planificar.

Los alumnos de estilo teórico predominante se caracterizan por ser pensadores lógicos, racionalistas, intolerantes hacia lo intuitivo o subjetivo, piensan paso a paso y preguntan constantemente. Prefieren actividades que partan de un esquema, no les gustan las actividades cuyos objetivos no están claros o que no tienen aplicación inmediata.

Finalmente, los estudiantes mayoritariamente pragmáticos les interesan las ideas en la práctica, les gusta la experimentación, no les interesa la teoría. Suelen decantarse por actividades que implican un modelo al que imitar y que tiene aplicaciones prácticas. No les gustan las actividades que no tienen relevancia inmediata.

DESARROLLO

En el año 2016 se establece en la Universidad Autónoma del Estado de México, la carrera de Técnico Superior Universitario teniendo en cuenta que la educación tecnológica va en incremento en nuestro país hacia una modernidad que contrarresta el rezago científico-tecnológico originado por la globalización, en la actualidad el TSUBD de la Facultad de Odontología de la UAEM tiene que cumplir 184 créditos, de los actuales 172 son obligatorios, la finalidad es formar Técnicos Superiores Universitarios en Prótesis Bucodental (TSUBD) con espíritu ético, crítico, científico y humanista, vocación de servicio y compromiso social, que sean

capaces de interpretar, analizar, evaluar y utilizar las instrucciones, órdenes de trabajo, registros, fotografías o modelos proporcionados por el Cirujano Dentista o especialista, para elaborar prótesis bucodentales, aparatos de ortodoncia y ortopedia maxilomandibular. El egresado de Técnico Superior Universitario en Prótesis Bucodental de la Universidad Autónoma del Estado de México contará con los conocimientos teórico-práctico-metodológicos para su intervención en aspectos que conciernen a la rehabilitación de la salud bucal.

En otra línea sabemos que los estilos de aprendizaje ofrecen indicadores que ayudan a guiar las interacciones de la persona con las realidades existenciales. Facilitan un camino aunque limitado de auto y heteroconocimiento. Sin embargo, el concepto mismo de Estilo de Aprendizaje no es común para todos los autores y es definido de forma muy variada en las distintas investigaciones. La mayoría coincide en que se trata de cómo la mente procesa la información o cómo es influida por las percepciones de cada individuo (Messick, 1969). A través del tiempo autores como Dunn, Dunn y Pride definen estilo de aprendizaje «La manera por la que 18 elementos diferentes, lque proceden de 4 estímulos básicos, afectan a la habilidad de una persona para absorber y retener» (Dunn, Dunn, Pride, 1979), se describe el Estilo de Aprendizaje como: «Las condiciones educativas bajo las que un discente está en la mejor situación para aprender o que estructura necesita el discente para aprender mejor» y dice: «Es una característica basada en la teoría del desarrollo de la personalidad que describe a la persona en una jerarquía de desarrollo creciente de la complejidad conceptual auto responsabilidad e independencia» (Hunt, 1978). Gregorc, en cambio, afirma que el Estilo de Aprendizaje consiste «En comportamientos distintivos que sirven como indicadores de como una persona aprende y se adapta a su ambiente» (Gregorc, 1979). Otra perspectiva que facilita claves de cómo opera la mente de una persona, Claxton menciona que el «Estilo de Aprendizaje es una forma consistente de responder y utilizar los estímulos en un contexto de aprendizaje» (Claxton, 1978). Riechmann conceptualiza «Estilo de Aprendizaje es un conjunto particular de comportamientos y actitudes relacionados con el contexto de aprendizaje» (Riechmann, 1979). Butler, indica que los estilos de aprendizaje: «Señalan el significado natural por el que una persona más fácil efectiva y eficientemente se comprende a sí misma, el mundo y la relación entre ambos» (Butler, 1982). Smith, menciona que los estilos de aprendizaje son «Los modos característicos por los que un individuo procesa la información, siente y se com-

porta en las situaciones de aprendizaje» (Smith, 1988). Kolb, incluye el concepto de estilos de aprendizaje dentro de su modelo de aprendizaje por la experiencia y lo describe como: «Algunas capacidades de aprender, que se destacan por encima de otras como resultado del aparato hereditario de las experiencias vitales propias y de las exigencias del medio ambiente actual», «Llegamos a resolver de manera característica los conflictos entre el ser activo y reflexivo y entre el ser inmediato y analítico, algunas personas desarrollan mentes que sobresalen en la conversión de hechos dispares en teorías coherentes, y, sin embargo estas mismas personas son incapaces de deducir hipótesis a partir de su teoría, o no se interesan por hacerlo; otras personas, son genios lógicos pero encuentran imposible sumergirse en una experiencia y entregarse a ella» (Kolb, 1984).

Una de las definiciones más claras y ajustada es la que propone Keefe que menciona a «Los Estilos de Aprendizaje son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables, de cómo los discentes perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje» (Keefe, 1988).

En el presente estudio se consideró a Honey y otros autores (Honey, 1986), los cuales parten de una reflexión académica y de un análisis de la teoría y cuestionarios de Kolb (Kolb, 1984), Así, Honey *et al.*, (Honey, 1986), asumen gran parte de las teorías de Kolb (Kolb, 1984), insistiendo en el proceso circular del aprendizaje en cuatro etapas y en la importancia del aprendizaje por la experiencia (recordemos que cuando Kolb habla de experiencias, se refiere a toda la serie de actividades que permiten aprender). Lo ideal, afirma Honey (1986)· podría ser que todo el mundo fuera capaz de experimentar, reflexionar, elaborar hipótesis y aplicar a partes iguales. Es decir, que todas las virtualidades estuvieran repartidas equilibradamente; pero lo cierto es que los individuos son más capaces de una cosa que de otra. Los estilos de aprendizaje serán algo así como la interiorización por parte de cada sujeto de una etapa determinada del ciclo. Los estilos en consecuencia para Honey (1986) son también cuatro, que a su vez son las cuatro fases de un proceso cíclico de aprendizaje: Activo, Reflexivo, Teórico y Pragmático. Considerando:

«*Activos*: las personas que tienen predominancia en estilo activo se implican plenamente y sin prejuicios en nuevas experiencias; Son de mente abierta, nada escépticos y acometen con entusiasmo las tareas nuevas; Son gentes del aquí y ahora y les encanta vivir nuevas experiencias; Sus días están llenos de actividad; Piensan que por lo menos una vez hay que intentarlo todo; Tan pronto como desciende la excitación de una ac-

tividad, comienzan a buscar la próxima; Se crecen ante los desafíos que suponen nuevas experiencias, y se aburren con los largos plazos; Son personas muy de grupo que se involucran en los asuntos de los demás y centran a su alrededor todas las actividades».

«*Reflexivos*: a los reflexivos les gusta considerar las experiencias y observarlas desde diferentes perspectivas; reúnen datos analizándolos con detenimiento antes de llegar a alguna conclusión; su filosofía consiste en ser prudentes no dejar piedra sin mover, mirar bien antes de pasar; son personas que les gusta considerar todas las alternativas posibles antes de realizar un movimiento; disfrutan observando la actuación de los demás, escuchan a los demás y no intervienen hasta que se han adueñado de la situación; crean a su alrededor un aire ligeramente distante y condescendiente».

«*Teóricos*: Se adaptan e integran a las observaciones dentro de teorías lógicas y complejas; enfocan los problemas de forma vertical escalonada, por etapas lógicas; tienden a ser perfeccionistas; integran los hechos en teorías coherentes; les gusta analizar y sintetizar; son profundos en su sistema de pensamiento, a la hora de establecer principios, teorías y modelos; para ellos, si es lógico es bueno; buscan la racionalidad y la objetividad huyendo de lo subjetivo y de lo ambiguo».

«*Pragmáticos*: el punto fuerte de las personas con predominancia en estilo pragmático es la aplicación práctica de las ideas; descubren el aspecto positivo de las nuevas ideas y aprovechan la primera oportunidad para experimentarlas; les gusta actuar rápidamente y con seguridad con aquellas ideas y proyectos que les atraen; tienden a ser impacientes cuando hay personas que teorizan, pisan la tierra cuando hay que tomar una decisión o resolver un problema; su filosofía siempre se puede hacer mejor, si funciona, es bueno».

Las diferentes innovaciones y reformas que actualmente se están llevando a cabo en la educación tienen como centro el Enfoque Basado en Competencias (EBC), lo cual tiene efecto en la gestión del currículo, en la política de calidad de la educación, en la docencia y en los diferentes procesos de evaluación. Este enfoque está generalizado en el ámbito mundial y es por ello que debe ser estudiado y puesto en práctica con reflexión crítica y proactiva, rigurosidad y creatividad.

Las competencias son procesos a través de los cuales las personas realizan actividades o resuelven problemas de la vida cotidiana y del contexto laboral-profesional con idoneidad, mediante la articulación de tres tipos de saberes: saber hacer, saber conocer y saber ser, con conciencia crítica y de asunción de la responsabilidad por las acciones llevadas a cabo.

«Las competencias, son conceptos que se refieren a capacidades, es decir, a acciones que producen resultados o logros específicos en situaciones en las que se requiere de alguna destreza o habilidad específica para alcanzar dichos logros. Las competencias se aplican, como términos pertinentes, a condiciones en que se definen problemas por resolver o resultados por producir» (Ribes, 1990).

El enfoque de competencias está contribuyendo a transformar los procesos de enseñanza y de aprendizaje por cuanto articula la teoría con la práctica, contextualiza la formación, orienta la organización de los contenidos, promueve la formación integral (integra el saber conocer con el saber hacer y el saber ser) y establece mecanismos de evaluación permanentes y de rigurosidad, basados en el desempeño ante situaciones problemáticas del contexto.

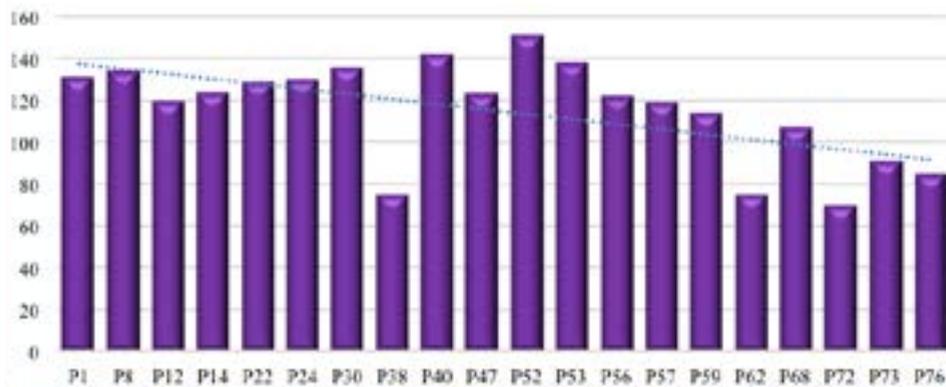
MÉTODO

Tipo de investigación con enfoque cuantitativo, retrospectivo y transversal, se realizó en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México, durante el periodo 2018 y 2019, del universo de 79 alumnos se aplicó el cuestionario a 72 que fueron los que se encontraban el día de la aplicación del instrumento, que sirve para la evaluación de los estilos de aprendizaje (cuestionario CHAEA), validado por Honey-Alonso (Honey, 1986), y consta de 80 reactivos que corresponden 20 ítems a cada uno de los estilos de aprendizaje (Estilo Activo, Estilo Reflexivo, Estilo Teórico y Estilo Pragmático). Se calculó el Alfa de Cronbach con resultado de 0.892, lo que significó que el instrumento tiene una fiabilidad y confiabilidad alta. Se recolectó la información y se realizó el análisis de datos con ayuda del SPSS versión 20, para presentar los resultados obtenidos.

RESULTADOS

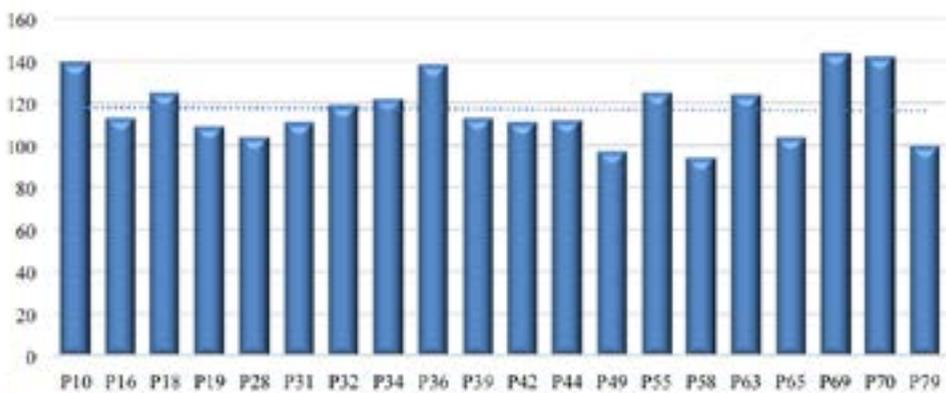
El estilo predominante en los estudiantes de TSUBD es el pragmático con una frecuencia de 1,079, le sigue el estilo reflexivo con 1,069, el estilo teórico con 1,051 y por último el estilo activo con 901.

Gráfica 1
 FRECUENCIA DEL CUESTIONARIO CHAEA DEL ESTILO PRAGMÁTICO
 DE LOS ALUMNOS DE TSUBD, 2018-2019



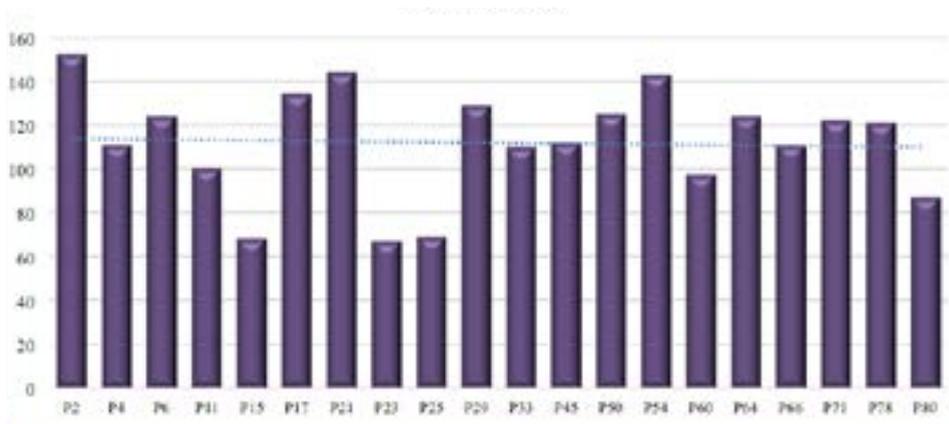
Fuente: Recolección directa

Gráfica 2
 FRECUENCIA DEL CUESTIONARIO CHAEA DEL ESTILO REFLEXIVO
 DE LOS ALUMNOS DE TSUBD, 2018-2019



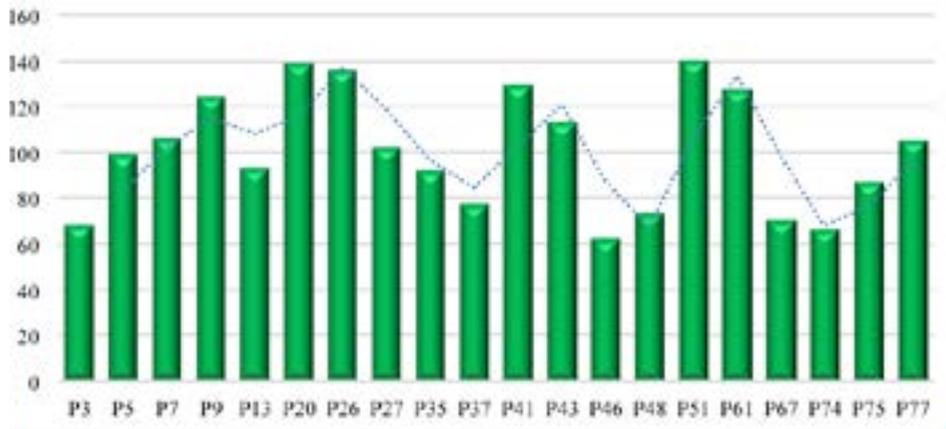
Fuente: recolección directa

Gráfica 3
 FRECUENCIA DEL CUESTIONARIO CHAEA DEL ESTILO TEÓRICO
 DE LOS ALUMNOS DE TSUBD, 2018-2019



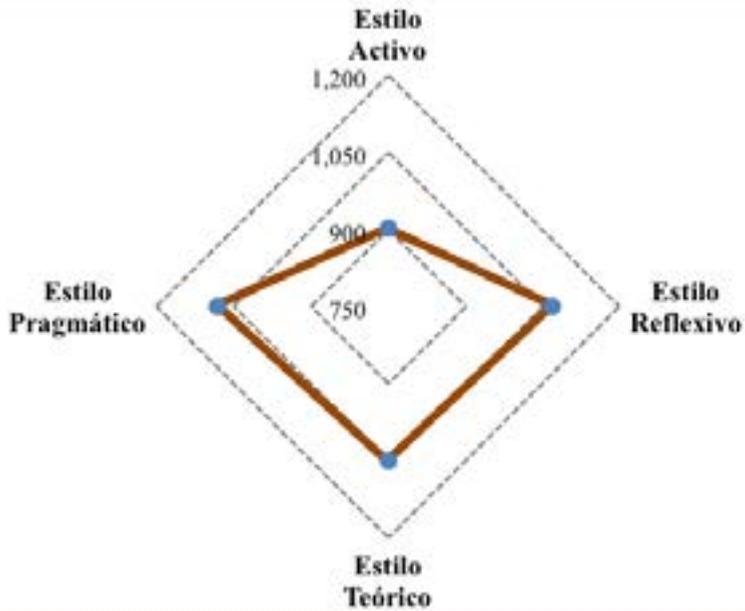
Fuente: recolección directa

Gráfica 4
 FRECUENCIA DEL CUESTIONARIO CHAEA DEL ESTILO ACTIVO
 DE LOS ALUMNOS DE TSUBD, 2018-2019



Fuente: Recolección directa

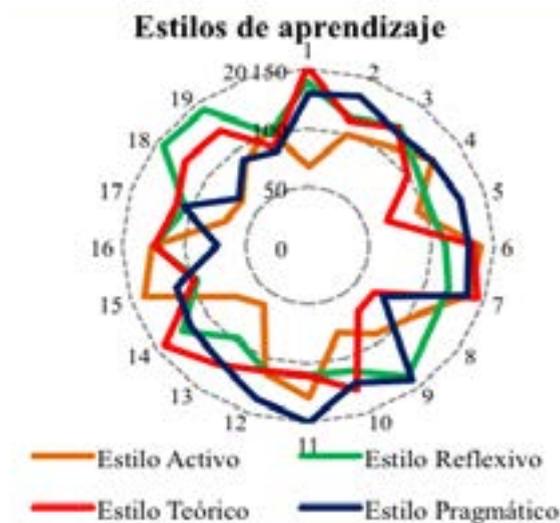
GRÁFICA 5
ESTILOS DE APRENDIZAJE DE LOS ALUMNOS DE TSUBD
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UAEM, 2018-2019



Fuente: Recolección directa

GRÁFICA 6

FRECUENCIA POR TIPO DE RESPUESTA DE CADA ESTILO DE APRENDIZAJE DE LOS ALUMNOS DE TSUBD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UAEM, 2018-2019



El estilo predominante en la licenciatura de Cirujano Dentista es el estilo pragmático, seguido por el estilo reflexivo, el estilo teórico y por último el estilo activo. En relación al estilo pragmático la respuesta con mayor frecuencia fue la pregunta núm. 52, que dice «*Me gusta experimentar y aplicar las cosas*» en el estilo reflexivo, la respuesta con mayor frecuencia fue la pregunta núm. 69, que dice «*Suelo reflexionar sobre los asuntos y problemas*», en el estilo teórico, la respuesta con mayor frecuencia fue la pregunta núm. 2, que dice «*Estoy seguro de que es bueno y que es malo, lo que está bien y lo que está mal*», y en el estilo activo, la respuesta con mayor frecuencia fue la pregunta núm. 41, que dice «*Es mejor gozar del momento presente que deleitarse pensando en el pasado o en el futuro*».

CONCLUSIONES

Es importante de acuerdo a los resultados establecer las estrategias de enseñanza para el estilo de aprendizaje pragmático en los TSUBD de la UAEM, así como concientizar y/o capacitar a los docentes para establecer las estrategias didácticas del estilo de aprendizaje pragmático. Tratar de equilibrar todos los estilos de apren-

dizaje en cada uno de los alumnos de TSUBD de la Universidad Autónoma del Estado de México.

REFERENCIAS

- Alonso, H. (2009), *Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y mejora*, Bilbao.
- Butler, A (1982), *Learning Style Across Content Areas*, USA.
- Claxton, C. R. Y. (1978), *Learning Styles: Ther Impact on Teaching and Administration*, Washigton, Higher Education.
- CONOCER (2017), *Formato de Estándar de competencia, CONOCER*. Available at: https://www.conocer.gob.mx/contenido/publicaciones_dof/2017/EC0884.pdf.
- Dunn, R. Dunn, K. Pride, G. (1979), *Learning Style Inventory (LSI) for Students in grades 3-12*, Lawrence, Kansas, Price Systems.
- Gregorc, A. (1979), *Learning/Teaching Styles: Potyent Forces Behind Them*, pp. 234-236.
- Honey, P. M. A. (1986), *Using our Learningg Styles*, Berkshire, U. K., Peter Honey.
- Hunt, D. (1978), *Student Learning styles: diagnosis and prescribing program*, Virginia, Reston.
- Keefe, J.W. (1988), *Profiling and Utilizing Learning Style*.
- Kolb, D (1984), *Experiential Learning: Experience as the source of Learning and Development*, New Jersey, Prentice Hall.
- Messick (1969), *The criterion problem in the evaluation of instruction*, San Francisco, USA, Jossey Bass.
- Ribes, E. (1990), *Psicología General*, México, Trillas, p. 239.
- Riechmann, S. (1979), *Learning Styles: Their Role in Teaching Evaluation and Course Design*, Michigan, ERIC.
- Smith, R. M. (1988), *Learning how to Learn*, Milton Keynes, U.K., University Press.

ESTILOS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN CD. CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA

GEORGINA IMELDA RAMÍREZ SILVA¹

ALEJANDRA GONZÁLEZ CHÁVEZ

KARLA FABIOLA GAMBOA MOLINA

ÁNGEL NOÉ ALVARADO PIZARRO

BEATRIZ GARZA GONZÁLEZ.

Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Facultad de Lenguas y Letras, Universidad Autónoma de Querétaro

RESUMEN

Introducción. Como parte de la formación de los futuros licenciados en enfermería se consideró de suma importancia conocer el estilo de aprendizaje para promover técnicas de aprendizaje que favorezca el desarrollo de los estudiantes de ciudad Cuauhtémoc. **Objetivo.** Identificar los estilos de aprendizaje en estudiantes de licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez División Multidisciplinaria en Cd. Cuauhtémoc. **Metodología.** Investigación cuantitativa, transversal y descriptiva. La muestra conformada por 110 estudiantes, el tipo de muestreo no probabilístico, por conveniencia, el instrumento utilizado fue el Cuestionario Honey - Alonso de Estilos de Aprendizaje conformado por 80 ítems los cuales evalúan el perfil de aprendizaje: activo, reflexivo, teórico y pragmático. **Resultados.** El 77.3% de los estudiantes son género femenino y el 22.7% masculino con una media de edad de 21.2 años, el promedio general de aprovechamiento fue de 8.5. En el estilo activo el 47.3% de los estudiantes se ubican en nivel moderado; en el reflexivo el 59.1% un perfil moderado y en el estilo teórico el 40.9% su perfil es moderado, en el pragmático 38.2% es moderado. **Conclusiones.** Tras la investigación el estilo predominante en la división multidisciplinaria Cuauhtémoc fue el reflexivo, ya que el porcentaje fue de 54.5%, en segundo lugar el estilo de

¹Correo de contacto: georgina.ramirez@uacj.mx

aprendizaje teórico con un 17.3%, continuando el activo con 14.5% y finalmente, el estilo de aprendizaje práctico con un 13.6%, es por ello que es necesario reflexionar sobre la práctica docente, dado que al identificar el estilo de aprendizaje de los estudiantes se pueden diseñar las estrategias que promuevan todos los estilos como fundamento para el desarrollo de competencias.

Palabras clave: Aprendizaje, estudiantes de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction. As part of the training of future nursing graduates, it was considered very important to know the learning style to promote learning techniques that favor the development of city students of city Cuauhtémoc Chihuahua. **Objective.** Identify learning styles in students of Bachelor of Nursing at the Autonomous University of Ciudad Juárez Multidisciplinary Division in Cd. Cuauhtémoc. **Methodology.** Quantitative, transversal and descriptive research. The sample consists of 110 students, the type of non-probabilistic sampling, for convenience, the instrument used was the Honey - Alonso Learning Styles Questionnaire consisting of 80 items which evaluate the learning profile: active, reflective, theoretical and pragmatic. **Results.** 77.3% of the students are female and 22.7% male with an average age of 21.2 years, the overall average of achievement was 8.5. In the active style, 47.3% of the students are at a moderate level; in the reflective 59.1% a moderate profile and in the theoretical style 40.9% it is moderate profile, in the pragmatic 38.2% it is moderate. **Conclusions.** After the research, the predominant style in the Campus Cuauhtémoc was reflective since the percentage was 54.5%, secondly the theoretical learning style with 17.3%, continuing the active with 14.5% and finally the practical learning style with a 13.6%, that is why it is necessary to reflect on the teaching practice, since by identifying the students' learning style, the strategies that promote all styles as the basis for the development of skills.

Keywords: learning, nursing students

INTRODUCCIÓN

El aprendizaje ha superado el enfoque de éste como trasmisión de información y memorización, concibiéndolo más bien como proceso activo de construcción de

conocimiento por el estudiante, a partir de su experiencia y la información que acopia y procesa (Felder & Brent, 2005).

El concepto de los estilos de aprendizaje está directamente relacionado con la concepción del aprendizaje como un proceso activo. Los distintos modelos y las teorías existentes ofrecen un marco conceptual que ayuda a entender los comportamientos observados en el aula, según la neurofisiología y la psicología los seres humanos no tienen una sola forma de aprender, cada persona tiene su propio estilo de establecer relación con el mundo y, por lo tanto, para aprender (Hervás, 2005).

Es pertinente destacar, que las teorías sobre estilos de aprendizaje ofrecen un marco conceptual, que permite entender los comportamientos cotidianos en el escenario áulico, también, cómo se relacionan con la forma en que están aprendiendo los estudiantes y el tipo de acción que puede resultar más eficaz en un momento dado, sin embargo, cabe señalar que influyen los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos, de manera que aprenden con diferentes velocidades e incluso con mayor o menor eficacia (Gargallo, Pére, Verde-Peleato & García-Félix, 2017); por otra parte, Gardner, afirma que los estilos de aprendizaje no son algo fijo e inmutable sino que están en continua evolución (Gardner, 2000).

En la actualidad, en los ámbitos pedagógicos se enfatiza en la necesidad de articular la educación, la investigación y las necesidades de la sociedad, como elemento central para establecer los fines y los perfiles educativos. Esto no se refiere solamente a los espacios físicos, también a las condiciones del entorno para llevar a cabo el acto educativo, también involucra otros factores que posibilitan o dificultan la comunicación y el intercambio de experiencias, es en estos ambientes donde se deben tomar en cuenta los estilos y ritmos de aprendizaje de los estudiantes, se habla de ambientes de aprendizaje y más aun de construir, aquellos que favorezcan el aprendizaje más que la enseñanza, reconceptualizando el papel y las funciones que el docente tradicionalmente ha realizado (Bain, 2004).

Los estilos de aprendizaje tratan del modo en que los estudiantes prefieren enfocar las tareas, son flexibles y fluidos, se socializan, varían en función de las actividades y las situaciones y pueden cambiar a lo largo de la vida de un estudiante (Sternberg 1997).

Honey y Mumford (1986) basados en las orientaciones de Sternberg, reconocen cuatro estilos básicos de aprendizaje: activo, reflexivo, teórico y pragmático, a través de los cuales se caracterizan formas específicas de proceder de los estudiantes.

Los primeros (activo y reflexivo) promueven o desarrollan mejores habilidades

comunicativas interpersonales, mientras que los segundos (teórico y pragmático) las habilidades lingüísticas académicas. Otros aspectos de la personalidad relacionados con los estilos de aprendizaje son la autoestima, la inhibición, la empatía, la tolerancia a la ambigüedad, la toma de riesgos, entre otros.

Según un estudio realizado en estudiantes de licenciatura en Enfermería de Cuba y de México, se reporta que en ambos grupos predominó el estilo de aprendizaje activo/reflexivo, del estilo visual/verbal, se destacan más los visuales y del secuencial/global prevalecieron los de tipo secuencial, concluyendo que los estilos de aprendizaje se enfocaron en ambos extremos de la dimensión de estilos de aprendizaje activo reflexivo y secuencial global (Ramos, Montejo, Gómez, Machado & Guerrero, 2015).

Diferentes estudios referidos a estilos de aprendizaje han evidenciado la relación de estos con la personalidad, vinculan el problema de los estilos de aprendizaje con la personalidad del discente. Así, en ocasiones se habla de estudiantes extrovertidos frente a estudiantes introvertidos (Sandoval, 2017; Keefe, 1988; Dunn & Price, 1985).

En este sentido, el objetivo del presente trabajo fue identificar los estilos de aprendizaje en estudiantes de licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez en la División Multidisciplinaria en Cd. Cuauhtémoc.

MÉTODO

Investigación cuantitativa, transversal y descriptiva. La muestra conformada por 110 estudiantes, el tipo de muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Para el proceso de recolección de los datos se realizó de manera informada a través de un consentimiento, se solicitó la participación de los estudiantes a llenar el cuestionario en las instalaciones de la Universidad, siguiendo con el vaciado de datos y el análisis con el paquete estadístico SPSS Versión 23, mediante estadística descriptiva.

El instrumento utilizado fue la encuesta, para determinar los estilos de aprendizaje, se utilizó el Cuestionario de Honey - Alonso Estilos de Aprendizaje: el cual consta de 80 ítems que miden el perfil de aprendizaje: activo, reflexivo, teórico y pragmático, con opción de respuesta un signo más (+) si se está de acuerdo con el ítem, por el contrario, signo menos (-) si se está en desacuerdo. La escala para el estilo activo es muy bajo de 0 - 6, bajo 7- 8, moderado 9 -12, alta de 13 a 14 y muy alta de 15 a 20; para el reflexivo muy bajo de 0 a 10, bajo de 11 - 13, moderado 14 a 17, alta de 18 a 19 y muy alto 20; teórico muy bajo de 0- 6, bajo de 7 - 9, moderado

de 10 – 13, alto de 14- 15 y muy alto de 16 a 20; pragmático muy bajo de 0- 8, bajo 9- 10, moderado de 11 – 13, alto de 14 – 15, y 16 a 20 alto.

El estudio se apoyó en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para proteger la identidad de los participantes y la confidencialidad de la información (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014).

RESULTADOS

Una vez capturados los datos se procedió al análisis de frecuencias, porcentajes de acuerdo al género, ocupación, horario de clases y los estilos de aprendizaje. En cuanto a los datos sociodemográficos se identificó que la media de edad corresponde a 21.2 años, predomina el sexo femenino con un 77.3%, un 4.5% de los estudiantes cuenta con un empleo, la mayoría de los estudiantes cursa con un horario matutino (62.7%) y el promedio general de aprovechamiento fue de 8.5 en una escala del 0 al 10 (Tabla 1).

TABLA 1.
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
DE LA DIVISIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN CD CUAUHTÉMOC
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

Variable	<i>f</i>	%
Género		
Femenino	85	77.3
Masculino	25	22.7
Total	110	100
Ocupación		
Estudiante	105	95.5
Empleado	5	4.5
Total	110	100
Horario de clases		
Mixto	40	36.4
Matutino	69	62.7
Vespertino	1	.9
Total	110	100

Como se muestra en la tabla 2 de resultados globales de estilos de aprendizaje, el predominante con un 54.5% fue el reflexivo, en segundo lugar el estilo de aprendizaje teórico con un 17.3%, continuando el activo con 14.5%.

TABLA 2.
RESULTADOS GLOBALES SOBRE ESTILOS DE APRENDIZAJE DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA DE LA DIVISIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN Cd. CUAUHTÉMOC
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE JUÁREZ

<i>Estilo de Aprendizaje</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Activo	16	14.5
Reflexivo	60	54.5
Teórico	19	17.3
Práctico	15	13.6
Total	110	100

En relación con los estudiantes del estilo de aprendizaje activo predominó el nivel moderado con un 47.3%. Los alumnos con estilo activo son de mente abierta, regularmente actúan primero y luego ven las consecuencias, les gusta abordar situaciones nuevas, y son proclives al intento. Evidentemente, a estos estudiantes les gustan las actividades que exigen una solución inmediata, que no son pasivas (Tabla 3).

TABLA 3.
ESTILO DE APRENDIZAJE ACTIVO DE ESTUDIANTES DE LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA DE LA DIVISIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN Cd. CUAUHTÉMOC
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE JUÁREZ

<i>Aprendizaje activo</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Muy bajo	11	10.0
Bajo	13	11.8
Moderado	52	47.3
Alto	19	17.3
Muy alto	15	13.6
Total	110	100

En el caso de aquellos estudiantes con un estilo de aprendizaje reflexivo los resultados obtenidos fueron: moderado 59.1%, bajo- muy bajo 31.8%, alto – muy alto 9.1% (Tabla 4). Los alumnos orientados al estilo reflexivo son sistemáticos, escuchan a otros, recogen datos y sacan conclusiones propias. Les gustan las actividades para pensar antes de actuar, no aprenden de actividades con poco tiempo para planificar.

TABLA 4.
ESTILO DE APRENDIZAJE REFLEXIVO DE ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN DIVISIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN CD. CUAUHTÉMOC DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE JUÁREZ

<i>Aprendizaje reflexivo</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Muy bajo	10	9.1
Bajo	25	22.7
Moderado	65	59.1
Alto	9	8.2
Muy alto	1	.9
Total	110	100

Los resultados para el estilo teórico muestran que la mayoría están en nivel alto-muy alto (53.6 %) seguido del moderado (40.9%) como se detalla en la tabla 5. En este estilo de aprendizaje se caracterizan por ser pensadores lógicos, racionalistas, intolerantes hacia lo intuitivo o subjetivo, piensan paso a paso, preguntan constantemente, prefieren actividades que partan de un esquema, no les gustan las actividades cuyos objetivos no están claros o que no tienen aplicación inmediata.

TABLA 5.
ESTILO DE APRENDIZAJE TEÓRICO DE ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DIVISIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN CD. CUAUHTÉMOC DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE JUÁREZ

<i>Aprendizaje teórico</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Muy bajo	1	.9
Bajo	5	4.5
Moderado	45	40.9

Alto	36	32.7
Muy alto	23	20.9
Total	110	100

Finalmente, en el estilo pragmático predominó el nivel alto-muy alto con un 46.4 % seguido del nivel moderado que corresponde al 38.2% (Tabla 6). Los estudiantes mayoritariamente pragmáticos les interesan las ideas en la práctica, les gusta la experimentación, no les interesa la teoría. Suelen destacarse por actividades que implican un modelo al que imitar y que tiene aplicaciones prácticas, les disgustan las actividades que no tienen relevancia inmediata.

TABLA 6

ESTILO DE APRENDIZAJE PRAGMÁTICO DE ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
DIVISIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN CD CUAUHTÉMOC DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE

JUÁREZ

<i>Aprendizaje pragmático</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Muy bajo	6	5.5
Bajo	11	10.0
Moderado	42	38.2
Alto	29	26.4
Muy alto	22	20.0
Total	110	100

CONCLUSIONES

Tras finalizar la investigación se muestra que el estilo de aprendizaje que mayoritariamente caracteriza a los participantes es el reflexivo, lo que caracteriza a los estudiantes de ser sistemáticos, escuchar a otros y sacar conclusiones propias, dada la naturaleza de la profesión de enfermería este tipo de aprendizaje fomenta el pensamiento crítico y habilidades analíticas para la toma de decisiones y la resolución de problemas, haciéndolo empático ante las necesidades del otro.

Por lo cual se considera necesario que los docentes diseñen las estrategias didácticas para desarrollar de la manera más idónea todos los estilos de aprendizaje durante el proceso de enseñanza-aprendizaje para que de esta manera se obtengan

mejores resultados en cuanto a la eficiencia terminal y el mejor desarrollo de los próximos profesionales de la salud. Aunado a esto se muestra el panorama general de aprendizaje de los estudiantes de la licenciatura en Enfermería de la División Multidisciplinaria en Cd. Cuauhtémoc de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

REFERENCIAS

- Bain, K. (2004), «Lo que hacen los mejores profesores universitarios», en Publicacions de la Universitat de València, Valencia.
- Diario Oficial de la Federación (2014), Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, Gobierno Federal, México.
- Dunn, R., Dunn, K., Price, G. (1985), Manual: Learning Style Inventory, Lawrence, Kansas, Price Systems
- Felder, R. M., Brent, R. (2005), «Understanding student differences», en Journal of engineering education, núm. 94(1), pp. 57-72.
- Gargallo-López, B., Pérez-Pérez, C., Verde-Peleato, I., & García-Félix, E. (2017), «Estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios y enseñanza centrada en el aprendizaje», en RELIEVE-Revista Electrónica De Investigación Y Evaluación Educativa, núm. 23(2).
- Gardner, H., Feldman, D.H., Krechevsky, M. (2000), El Proyecto Spectrum. Construir sobre las capacidades infantiles, Madrid, Morata.
- Hervás Avilés, R.M. (2005), Estilos de enseñanza y de aprendizaje en escenarios educativos, Granada, Grupo editorial universitario.
- Honey, P., & Mumford, A. (1986), The manual of learning styles, Maindehead, Reino Unido, Peter Honey.
- Keefe, J. (1988), Aprendiendo Perfiles de Aprendizaje: manual de examinador, Reston, Virginia, NASSP.
- Ramos, D.E., Montejó, M.M., Gómez, M.S., Machado, D.B., & Guerrero, M.P. (2015), «Competencias sociales y su representación en estudiantes de maestría en enfermería», en Revista Cubana de Enfermería, núm. 31(3).
- Sandoval J. (2016), «Los estilos de aprendizaje, una revisión desde la Neuropsicología», en Reaxion- Ciencia y Tecnología Universitaria, núm. 4(1).
- Stenberg Robert (1997), *Thinking Styles*. Cambridge, Cambridge University Press.

FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA PARA EDUCAR MUJERES EMBARAZADAS ACERCA DE SU CUIDA- DO. ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

TANIA JUDITH AGUILAR RODRÍGUEZ.¹

LETICIA MORIEL CORRAL

GRACIELA HERNÁNDEZ

NORMA PIZARRO

ELIAZAR GONZÁLEZ CARRILLO

PATRICIA DE LOURDES RETAMOZA

Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua

Escuela Superior de Enfermería Culiacán

RESUMEN

Introducción. La enfermera se ocupa de manera integral, basada en su conocimiento teórico y práctico, para lograr su autonomía y trascendencia en el cuidado de la persona y la familia, manteniendo la filosofía del cuidado. El conocimiento es una de las aspiraciones de los seres humanos a lo largo de la historia, por lo que el profesor desempeña un papel fundamental en el proceso de enseñanza del estudiante, ya que tiene el compromiso de desarrollar en él, estrategias didácticas, que favorezcan diferentes estilos de aprendizaje y el autoaprendizaje mismo. **Objetivo.** Se realizó un acercamiento a la realidad para identificar los elementos presentes para la formación del estudiante de enfermería, en el rol educador que ejerce con la mujer embarazada para que ella realice su propio cuidado. **Metodología.** Investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico, se realizó en dos etapas la primera con enfoque inductivo, donde se utilizó la observación participante y entrevista semi estructurada y, en la segunda con enfoque deductivo, se aplicó la entrevista en profundidad, lo que permitió rescatar la percepción del estudiante, del docente y de la mujer embarazada. **Resultados.** Se obtuvo la construcción de dos categorías y

¹ Correo de contacto: tanero_15@hotmail.com

cuatro subcategorías, conformadas por construcción teórica de los investigadores, trechos de entrevista y con sustento teórico.

Palabras clave: Formación, Estudiante y Docente.

ABSTRACT

Introduction. The nurse deals comprehensively, based on her theoretical and practical knowledge, to achieve her autonomy and transcendence in the care of the person and the family. **Objective.** An approach to reality was carried out to identify elements present for the training of the nursing student in the educational role that she plays with the pregnant woman to perform her own care. **Methodology.** Qualitative research, with a phenomenological approach, was carried out in two stages, the first with an inductive approach and the second with a deductive approach. **Results** As a result, the construction of two categories and four subcategories were obtained, consisting of a researcher's theoretical construction interview sections and a theoretical bases.

Keywords: Training, Student and Teacher.

INTRODUCCIÓN

El cuidado es la esencia de la disciplina de enfermería; cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida, al cuidar de manera holística, se basa en conocimientos teóricos y prácticos, para lograr su autonomía y trascendencia en el propio cuidado de la persona y de la familia, manteniendo la filosofía del cuidado.

Por su parte la formación del estudiantes de enfermería, necesita ser dinámica, evolucionar con las necesidades de los tiempos, considerar aspectos sociales, políticos y, de acuerdo a los perfiles demográficos y epidemiológicos; la preparación universitaria es esencial para que la enfermera adquiriera conocimientos amplios en diversas áreas tanto teóricas como prácticas, para alcanzar un pensamiento crítico y reflexivo; lograr una trascendencia en su actuar como profesional, le permitirá establecer una relación con la mujer embarazada y un viraje para su propio cuidado (Peña, Dehesa & Jiménez, 2007).

Cuando el discente conoce la realidad de la mujer embarazada para ejercer su cuidado, lleva a cabo interacciones, comunicación, observación y percepción que, son analizadas y valoradas, para darle sentido y significado a los datos físicos, psico-

lógicos, sociales y espirituales presentes, en la mujer gestante; éstos le permiten hacer una valoración y formular un diagnóstico, para luego, satisfacer las necesidades de esta persona de cuidado y potencializar su salud (Peña, Dehesa & Jiménez, 2007).

El estudiante de enfermería tiene el compromiso de ejercer estrategias de educación continua, con el principal objetivo de aumentar los conocimientos de la gestante y su red de apoyo, para contribuir en la toma de decisiones y, que la mujer embarazada tome conciencia de adoptar estilos de vida saludables; por lo cual el discente debe ejecutar su rol de educador incidental, es decir, que aproveche las situaciones, que se presentarán en el desarrollo de sus intervenciones educativas (Ortiz & Fernández, 2014).

Si bien es cierto el docente tiene compromiso con el estudiante de guiar el desarrollo de un aprendizaje grupal e individual, fomentar el trabajo en equipo para que desarrolle su capacidad de trabajar de manera colaborativa, cuidar de ellos y no sólo mirarlos, como personas que necesitan adquirir conocimiento competitivo, sino como personas que requieren un crecimiento integral, donde adquieran aprendizajes significativos así como desarrollo personal y profesional que le permitan desenvolverse de manera segura, consiente y, responsable de sus acciones personales y profesionales.

Por su parte, el acercamiento a la realidad es el punto de partida que, mediante la investigación, permite llegar a la ciencia, el científico observa, descubre, explica e interpreta todo aquello, que lo lleva a un conocimiento de la realidad (Álvarez-Gayou, 2003).

Se realizó un acercamiento a la realidad para identificar los elementos presentes para la formación del estudiante de enfermería en el rol educador que ejerce con la mujer embarazada para que ella realice su propio cuidado.

MÉTODO

El trabajo es resultado de una investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico, que consistió en dos etapas; la primera, fue bajo un enfoque inductivo, donde se utilizó la estrategia de observación participante, con una guía de observación, en el contexto áulico y comunitario, se observó el proceso de formación del profesional de enfermería para educar a la mujer embarazada, ahí se identificaron los procesos de enseñanza y de aprendizaje prevalentes.

En la segunda etapa, se utilizó la entrevista en profundidad donde se rescató la percepción del docente al participar en la formación al estudiante, así como la

percepción del estudiante durante su proceso de formación profesional y, a la mujer embarazada para rescatar su percepción acerca de la educación recibida para su cuidado durante el embarazo, otorgada por por los estudiantes. Esta etapa se realizó en un periodo de ocho meses. Se entrevistó a 11 docentes, 10 estudiantes y, seis mujeres embarazadas.

Para el análisis interpretativo: la información leída y releída, línea por línea, fue codificada, precisando trechos; categorías y subcategorías; los informantes fueron identificados con una letra y un número sucesivo, se acomodaron por orden donde E1...E10 correspondieron a los estudiantes entrevistados, D1...D11 para entrevistas al docente, ME1...ME6 para la mujer embarazada y Observación Participante (OP).

RESULTADOS

Categoría 1: Estrategia docente

Se analiza desde la perspectiva del docente y la del estudiante se ejerce e introyectan los conocimientos necesarios en el estudiante, para su formación profesional en enfermería, la comunicación con los estudiantes, estrategias utilizadas, actividades extra clase, elaboración de presentaciones para impartir la clase al grupo, prácticas de laboratorio y actividades evaluativas.

Subcategoría 1.1: Desarrollo de la clase

Las estrategias didácticas más utilizadas en la clase por el profesor son las presentaciones en *Power Point*, mientras que los estudiantes, al momento de presentar están leyendo las láminas, haciéndolo en repetidas ocasiones, este método provoca falta de interés y compromiso del grupo; así, al momento que el docente revisa las exposiciones elaboradas por los mismos estudiantes, el resto del grupo está en desorden y en actividades ajenas a la materia, como se señala en los siguientes testimonios.

[...] «...la lectura comentada es lo mejor, porque la profe te pregunta a ti y si tú no le entiendes le pregunta a otro y ya al final ella lo dice...» (E4).

[...] «...muchas veces usamos leer aquí y me voy dando cuenta como están leyendo si hay algo de que platicar, yo los pongo en equipos pero voy y me siento a escucharlos y a comentar entre ellos y lo analizo...» (D9).

De acuerdo con Beltrán y Gómez (2009), Jaca *et al.*, (2016), para transformar el proceso de enseñanza aprendizaje, se deben crear las condiciones favorables para

un aprendizaje significativo, que sea capaz de desarrollar habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para la formación profesional; el trabajar en equipo es una aptitud clave para el progreso profesional de los estudiantes.

Subcategoría 1.2: Estrategias de aprendizaje

La docente al momento de desarrollar la clase, enfoca al aprendizaje basado en técnicas, enseñando de manera sistemática, pasando por alto el aprendizaje necesario para el cuidado humano, con el que debe contar el estudiante de enfermería, para ejercer la profesión. Realiza lectura comentada junto con el grupo, previo a la clase, hace una asignación de los temas a tratar, esta dinámica es de interés sólo para algunos estudiantes, como refieren los testimonios:

[...] «...la maestra si me gusta, porque te motiva mucho y cada rato está diciendo ustedes no dejen que sólo porque mi mamá es enfermera yo también, ustedes busquen la manera de que les guste la carrera que están estudiando...» (E1).

[...] «...yo los trato de comprometer y decir si tienen pues, aptitud de hacerlo, muchas veces el alumno piensa que trabajar es fácil...» (D4).

Durante sus prácticas comunitarias, los estudiantes se mostraban interesados al querer aprender cómo educar a la mujer embarazada, buscaban videos representativos acerca de lo abordado en clase, para tener más conocimiento de qué temas poder impartirles y saber cómo realizar intervenciones (OP).

Contreras, González y Paniagua, (2015) mencionan que el individuo tiene la capacidad de aprender de manera autónoma, activa y participativa durante su formación profesional, adquiere conocimiento y habilidades que le darán resultados favorables a su autoformación, como también el autoaprendizaje lleva al estudiante y al docente a ser autodidacta y auto reflexivo.

Categoría 2: Una ola para surfear

Cuando el estudiante ingresa a la práctica comunitaria se enfrenta a un entorno nuevo, desconoce las múltiples necesidades y el número de mujeres embarazadas con las que se encontrará durante su estancia comunitaria, poco a poco, el estudiante se sumerge en la realidad inmensa e inesperada, en la que, con sus herramientas amplias o débiles, debe surfear los obstáculos y aprovechar las oportunidades para contribuir en la solución de las necesidades de cada gestante; es por ello

que el estudiante se ve en la necesidad de adquirir responsabilidad, habilidades y conocimientos necesarios, para realizar sus actividades de educación y promoción a la salud.

Subcategoría 2.1: Educación para la salud

Para dar educación a la mujer embarazada los estudiantes identifican las necesidades y elaboran material didáctico como trípticos, rotafolios y carteles, siempre supervisados por su docente; imparten una plática de duración de 15 minutos aproximadamente, generando un ambiente de confianza y respeto; realizan retroalimentación donde la gestante tiene oportunidad de disipar sus dudas. Las acciones del estudiante con la mujer embarazada son fundamentales para la realización de su propio cuidado, el discente educa a la mujer gestante y a la familia, para que lleven un cuidado completo en su hogar, como se describe a continuación:

[...] «...las educó, que si comen mucha azúcar, corren el riesgo de padecer diabetes gestacional, si comen sal, problemas de la presión, etc., y, el niño nazca enfermo...» (E3).

[...] «...el proceso de cuidado de enfermería, hace una valoración muy exhaustiva entre esa área y sus tres componentes, que tiene que ver con la valoración física o biológica, la psicológica y la social cultural...» (D6).

[...] «...las enfermeras me enseñaron a auto cuidarme, me dijeron, como me tenía que hacer las glicemias, me ayudaban a resolver dudas con la comida, me ayudaban a esclarecer, cómo algunas cosas...» (ME3).

El estudiante y la docente guían, identifican, apoyan y desarrollan capacidades en la mujer gestante para que realice su propio cuidado y explica las características. Limita, orienta y asesora constantemente a la gestante en cuanto a sus necesidades (OP).

Educar a la persona es una actividad esencial de enfermería, éste comprende la educación individual y grupal; es necesario utilizar el aprendizaje en los cuidados de la persona para prevenir y conocer de su propio cuidado, esto hace que la gestante sienta que ella es la principal responsable de su salud, obtenga y conserve hábitos saludables; los cuidados de la persona son considerados como una herramienta indispensable para llevar un embarazo saludable y que, al mismo tiempo pueda disfrutar esta etapa de su vida (Negrín, *et al.*, 2014; Vasconcelos, Santos & Mendes, 2014; Moreno, *et al.*, 2017).

Subcategoría 2.2: Comunicación con la mujer embarazada.

El acercamiento personal con la mujer embarazada, permite entablar una conversación más amplia, obtener más información sobre su cuidado, permite la expresión de sentimientos, inquietudes y dudas de la mujer gestante, de otra manera, los estudiantes se enfocan, solamente en llenar la guía de valoración de la mujer embarazada, omitiendo datos importantes para su intervención educativa.

[...] «...nosotros platicamos con ella y que sienta la confianza de contarnos, cómo se siente con su embarazo, qué dudas tiene y poder aclarárselas...» (E9).

[...] «... Entonces, uno a partir del conocimiento que tiene la paciente, se le pregunta de su embarazo, entonces, de lo que conoce la paciente, se inicia, no podemos desconocer, que las personas tienen algo de conocimiento, mayor o menor en algún grado...» (D9).

Al llegar con la mujer embarazada el estudiante está nervioso, inseguro, preguntando constantemente a su docente qué es lo que tiene que realizar, solicitando que si se llega a equivocar, lo auxilie **(OP)**.

La mujer embarazada se siente segura cuando el estudiante de enfermería la escucha y orienta, logra aclarar dudas, brinda conocimiento sobre su propio cuidado y la llegada de un nuevo ser. Se considera que la calidad de la comunicación con el gestante y su red de apoyo es un factor importante para la mejora de la adhesión a los tratamientos; es fundamental realizar una escucha activa, en donde se consideren los miedos y mitos, se debe potenciar la participación activa de la persona cuando el individuo toma decisiones compartidas con el profesional de enfermería son más propensos a continuar, con las opciones tomadas, ya que lo consideran una persona significativa (González & Pisano, 2014).

CONCLUSIONES

- El estudio del acercamiento a la realidad permitió percibir el rol que funge el docente para la formación profesional del estudiante de enfermería para brindar educación a la mujer embarazada para ella realice su propio cuidado.
- En la relación docente-estudiante existe déficit en el acompañamiento pedagógico.
- Se relacionaron acciones concretas de los docentes que favorecieran la reflexión y el pensamiento crítico en los discentes, para generar la construcción de alternativas en el cuidado y cómo éstas se encuentran débiles o ausentes.

- La relación estudiante - mujer embarazada, presentó una debilidad en el cuidado integral, limitándose a la obtención de datos mediante una guía de observación para posteriormente ofrecer una charla educativa.
- Los estudiantes reflejan en sus actitudes y expresiones desapego al cuidado que se realiza a la mujer embarazada durante la práctica comunitaria.
- Este panorama muestra un área de oportunidad en la integración de la teoría y la práctica del docente.

REFERENCIAS

- Álvarez-Gayou, J. L. (2003), «Cómo hacer investigación cualitativa», en *Fundamentos y metodología*, vol. 2, núm. 003, México, Paidós.
- Beltrán Becerril, M. L., & Gómez, G. P. (2009), «Propuesta para la enseñanza del cuidado en enfermería», en *Enfermería universitaria*, núm. 6(1), pp. 33-41. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358741828005.pdf>
- Contreras, P. A. R., González, B. M., & Paniagua, P. M. M. (2015), «El rol del estudiante en los ambientes educativos mediados por las TIC», en *Revista Lasallista de investigación*, núm. 12(2), pp. 132-138. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/695/69542291025.pdf>
- González, M. M. P., & Pisano, A. G. (2014), «La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica», en *Enfermería clínica*, núm. 24(1), pp. 59-66. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001757>
- Jaca, C., Viles, E., & Zárraga-Rodríguez, M. (2016), «Desarrollo de la competencia de trabajo en equipo en un grado universitario», en *Memoria Investigaciones en Ingeniería*, núm. 14. Disponible en http://www.um.edu.uy/docs/Desarrollo_de_la_competencia_de_trabajo_en_equipo_en_un_grado_universitario.pdf
- Moreno, I. R., Ballesteros-Mora, M., & Reina-Bueno, M. (2017), «Relación de la calidad de vida y los autocuidados podológicos con las complicaciones asociadas a la diabetes. Estudio descriptivo», en *Revista Española de Podología*. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210123817300282>
- Negrín, F. V., Abellán, M. D. M., Hernán, J. C. H., & de Felipe Medina, R. (2014), «Tratamiento del paciente con artrosis», en *Atención Primaria*, núm. 46, pp. 39-61.
- Ortiz Fernández, C. (2014), «Influencia de la Educación Maternal en el embarazo, parto, puerperio y salud neonatal», en *Trabajos académicos*, Universidad de Cantabria. Disponible en <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5229>
- Peña, A. V., Meza, Y. A., Dehesa, K. M., & Jiménez, M. C. (2007), «Tendencias en la formación

y desarrollo de los profesionales de la Enfermería en la ENEO», en *Enfermería Universitaria*, núm. 4(2), pp. 44-48. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358741822010.pdf>

Vasconcelos-Moura, M. A., Santos, C., & Mendes de Araújo-Silva, V. (2014), «La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada», en *Aquichan*, núm. 14(2), pp. 196-206. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955935>



**Caberna Librería
Editores**

INVESTIGACIÓN EN SALUD, ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN
COMPILACIÓN DE ESTUDIOS

de Perla María Trejo Ortiz, Roxana Araujo Espino
Fabiana Esther Mollinedo Montaña, Ana Gabriela Flores Romo
y Alejandro Calderón Ibarra
(Coordinadores)

se terminó de digitalizar en el mes de abril de 2022.
Cuidado de la edición a cargo de los coordinadores.

50 Cds