

# RIdEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



## SUMARIO

### Editorial

#### Espacio AEC

- Medios de comunicación, pandemia y salud
- RIdEC incorpora una plataforma digital de envíos para la gestión y evaluación de artículos científicos
- Concurso de Relatos de Enfermería Comunitaria, de la Cátedra de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Universidad de Alicante, 2019

#### Originales

- Consumo de alcohol y tabaco relacionado con inteligencia emocional, apego y uso de internet
- Influencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento farmacológico en un centro de salud de Valencia
- Utilización correcta de los dispositivos de insulina en el control de la diabetes tipo II y factores asociados
- Evaluación de la integración de la perspectiva de género en el Plan de Salud de La Rioja
- Influencia de la práctica religiosa en la prevención del contagio de VIH en estudiantes universitarios
- Caracterización de pacientes con enfermedades genéticas en Mayarí, Cuba
- Percepción de soledad en personas mayores: estudio cualitativo

#### Cartas a la dirección

- Aceite de oliva para la prevención y curación de heridas

**ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)**

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

**DAE**editorial  
Grupo Paradigma

# RIdEC

La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

**RIdEC** es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

**RIdEC** es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

**RIdEC** es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español, portugués e inglés son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



Esta publicación está incluida en:



**Dirección editorial, redacción y administración:** Difusión Avances de Enfermería (DAE). C/ Manuel Uribe, 13-bajo dcha. 28033 Madrid (España). Teléfono de atención al cliente y suscripciones: **902 22 01 02**

Envío de artículos: [ridec@grupo-paradigma.com](mailto:ridec@grupo-paradigma.com) E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: [dae@grupo-paradigma.com](mailto:dae@grupo-paradigma.com)  
**Periodicidad:** 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

**RIdEC** se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

**Normas de publicación para los autores disponibles en:** <http://www.enfermeria21.com/revista-ridec/normas-de-publicacion-ridec/>  
ISSN: 1988-5474

# COMITÉ EDITORIAL

## EDITOR

Dr. Vicente Gea Caballero

## EDITOR ASOCIADO

Dr. José Ramón Martínez Riera

## EDITOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

## CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza  
 Dra. Edurne Zabaleta del Olmo  
 Luis Carlos Redondo Castán  
 Dra. Maribel Mármol Lopez  
 Dra. M<sup>a</sup> José Cabañero Martínez  
 Miguel Ángel Díaz Herrera  
 Mireia Ladios Martín

Dr. Raúl Juárez Vela  
 Dr. Jorge Casaña Mohedo  
 Dr. Antonio Ruíz Hontangas  
 Dr. Pablo Martínez Cánovas  
 Dra. Begoña Pellicer García  
 Dr. Jorge Mínguez Arias  
 Dr. Enrique Castro Sánchez

Dr. Juan José Suárez Sánchez  
 Dra. Marta Lima Serrano  
 Dra. Begoña Sánchez Gómez  
 Dra. María Ángeles de Juan Pardo  
 Dr. Enrique Oltra Rodríguez  
 D. Ramón Antonio Oliveira

## CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano  
(Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea  
(Alicante-España)
- M<sup>a</sup> José Dasi García  
(Valencia-España)
- Dra. Esperanza Ferrer Ferrandiz  
(Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna  
(Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso  
(Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero  
(Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado  
(Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro  
(Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora  
(Canarias-España)
- Dr. Jorge Mínguez Arias  
(La Rioja-España)
- Manuel Mañá González  
(Galicia-España)
- María Paz Mompert García  
(Madrid-España)
- Pilar Vilagrasa Ortí  
(Barcelona-España)
- Dr. Enrique Castro Sánchez  
(Londres-Gran Bretaña)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa  
(Oporto-Portugal)
- Marinha Mendoca  
(Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena  
(Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt  
(Brasil)
- Lourdes García del Campo  
(Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique  
(Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España  
(Nuevo León-México)
- M<sup>a</sup> Guadalupe Martínez Martínez  
(Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera  
(Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo  
(Antioquia-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez  
(Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz  
(Santiago-Chile)
- Dra. M<sup>a</sup> Soledad Rivera Martínez  
(Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado  
(Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni  
(Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González  
(Cuba)

# RIdEC

## Sumario • Summary

Vol. 13 - nº 1 junio-noviembre 2020

### Editorial

- Pandemia por SARS-COV-2, el primer reto para la enfermería planetaria ..... 4  
*Enrique Castro-Sánchez*

### Espacio AEC

- Medios de comunicación, pandemia y salud ..... 6  
*José Ramón Martínez Riera*
- RIdEC incorpora una plataforma digital de envíos para la gestión y evaluación de artículos científicos ..... 8  
*Vicente Gea-Caballero*
- Concurso de Relatos de Enfermería Comunitaria, de la Cátedra de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Universidad de Alicante, 2019 ..... 10

### Originales

- Consumo de alcohol y tabaco relacionado con inteligencia emocional, apego y uso de internet ..... 18  
*Alcohol use and smoking related to emotional intelligence, attachment and Internet use*  
*Nora Angélica Armendáriz-García, Montserrat Zacarías Martínez, Manuel Antonio López Cisneros*
- Influencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento farmacológico en un centro de salud de Valencia ..... 26  
*Influence of social support on adherence to drug therapy in a health center in Valencia*  
*Gabriel Jiménez Molina, Ivanna Vidal Sánchez, Olaya Felipe Román, Elena Chover Sierra*
- Utilización correcta de los dispositivos de insulina en el control de la diabetes tipo II y factores asociados ..... 36  
*Correct use of insulin devices in the management of type II diabetes and associated factors*  
*Sofía Berlanga-Fernández, Laura Lucena-Márquez, Miguel Ángel Carreiro-Alonso, Ana María López-Delgado, Pilar Echevarría-Bayas, Jesús Almeda-Ortega*
- Evaluación de la integración de la perspectiva de género en el Plan de Salud de La Rioja ..... 49  
*Assessment of the integration of a gender perspective in the Health Plan in La Rioja*  
*Regina Ruiz de Viñaspre Hernández, Ana Cobos Rincón*
- Influencia de la práctica religiosa en la prevención del contagio de VIH en estudiantes universitarios ..... 64  
*Influence of religious practice on the prevention of HIV infection in university students*  
*Miguel Meriño Morales, Cecilia Vallejos Medina, Luis Orellana Riveros, Ismael Morales Ojeda*
- Caracterización de pacientes con enfermedades genéticas en Mayarí, Cuba ..... 71  
*Characterization of patients with genetic diseases in Mayarí, Cuba*  
*Rosalí Rojas Bárcenas, Andy Maikel González García, Marianela Howell Gudiña, Yosvanis Cruz Carballosa, Beatriz Cruz Suárez*
- Percepción de soledad en personas mayores: estudio cualitativo ..... 80  
*Perception of loneliness in the elderly: a qualitative study*  
*Álvaro Jesús Giménez Ledo, Andrea Calvo Ascarza*

### Cartas a la dirección

- Aceite de oliva para la prevención y curación de heridas ..... 91  
*Sandra Martínez-Pizarro*

# Editorial

## *PANDEMIA POR SARS-COV-2, EL PRIMER RETO PARA LA ENFERMERÍA PLANETARIA*

Enrique Castro-Sánchez

*Enfermera. Imperial College London.*

Tanto si se considera a la COVID-19 como un hecho improbable pero predecible, al estilo de la 'Enfermedad X' postulada por la Organización Mundial de la Salud (1), que abogaba a los sistemas sociosanitarios para que anticipasen su posible impacto, o bien se considera esta fenómeno como un auténtico "cisne negro" de Taleb (2)... la pandemia por SARS-COV-2 nos ofrece una oportunidad única de reflexionar sobre el estado de nuestra profesión, el sistema sociosanitario y la constelación de estructuras asociadas que lo articulan, y de los valores sociales que lo apuntalan. Como todos los hechos traumáticos –es decir, aquellos que definen la trayectoria vital individual o colectiva–, este aprendizaje se acompaña de dolor, en este caso por las miles de muertes de pacientes, entre las que se incluyen docenas de profesionales sanitarios.

Uno de los pocos aspectos sobre los que debería haber acuerdo sin mucha dificultad es la absoluta carencia de capacidad de absorción (*slack*) de nuestro sistema sociosanitario (aunque quizás sería más justo hablar del ámbito hospitalario) para hacer frente de manera eficaz a picos de demanda como los que el SARS-COV-2 ha generado, así como de la desconexión entre este entorno hospitalario y la esfera de los cuidados a los ancianos en residencias. Sin duda, los modelos de desamortización sufridos por la ciudadanía y los trabajadores de la sanidad y asistencia social son responsables directos de esta falta de capacidad de reacción, y este episodio deberá pasar a engrosar la larga lista de iatrogenias resultado de políticas neoconservadoras.

Mas ampliamente, este parón forzoso podría ser (con permiso de las decenas de miles de muertes, lógicamente) una oportunidad de romper el libro de reglas, o de al menos considerar ignorar aquellas que nos impiden progresar, en cuanto al tipo de profesión y sociedad que deseamos emerja de esta situación. El modelo de liderazgo colaborativo (3) y de partenazgo que hubiera sido deseable no ha aparecido, y los estamentos enfermeros han preferido resaltar las deficiencias, presentes y considerables sin duda, sin ofrecer por otro lado soluciones concretas. Cuando la crisis amaine quizás estos estamentos efectuarán un examen de conciencia profundo (basado, idealmente, en una evaluación vinculante externa encabezada por una comisión paritaria y sin conflictos de intereses) sobre esta actitud crispante y su contribución al desempeño eficaz de la labor de los decisores. Las enfermeras y la ciudadanía quedan a la espera de ver el papel que estas instituciones eligen jugar en la reparación o reconstrucción de nuestra sociedad.

La actuación clínica y asistencial de las enfermeras, así como del resto de profesionales sanitarios y trabajadores de la sanidad, ha sido excelente, técnicamente competente y compasiva en condiciones sin precedentes, y no ha participado de esta mediocridad institucional. Igualmente excepcional ha sido el establecimiento, de manera orgánica y sin líderes formales, de redes de intercambio de experiencias, información y apoyo emocional. Estas experiencias, no olvidemos, también forman parte del cuerpo de evidencia, junto a las preferencias de los pacientes.

Sin embargo, el discurso imperante sobre la toma de decisiones ha girado en torno al uso de "evidencias", que en realidad hacían referencia a estudios epidemiológicos y datos procedentes de estudios biológicos o epidemiológicos, con mucha

menor presencia de evidencia similar generada por estudios cualitativos o centrados en aspectos conductuales y que han demostrado ser fundamentales en otros brotes epidémicos como en la enfermedad por virus del Ébola (4). Asimismo, las decisiones sobre los modelos asistenciales de urgencia a implantar para responder a las necesidades de cuidados derivadas de la pandemia no han parecido gozar, al menos de manera que pueda examinarse públicamente, de la misma atención.

Para las enfermeras familiares y comunitarias, especialmente, la evidencia emergente respecto a la influencia de determinantes sociales clásicos en el riesgo de infección por SARS-COV-2, y de mortalidad por dicha infección (5), ofrece una oportunidad de reclamar, con más fuerza si cabe, la introducción de medidas estructurales que mitiguen el impacto de estos determinantes. Sin duda, estas mejoras se traducirían en beneficios individuales y sociales transversales.

Finalmente es posible también que cualquier reflexión sobre un posible renacimiento profesional solo refleje las perspectivas acomodadas de enfermeras acomodadas y con resiliencia limitadas, en comparación con aquellas de otros entornos que han de hacer frente de manera continuada a catástrofes naturales, brotes epidémicos, aderezados con la desatención de la comunidad internacional.

## Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Annual review of diseases prioritized under the Research and Development Blueprint Informal consultation [internet]. Ginebra: OMS; 2018. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <http://origin.who.int/emergencies/diseases/2018prioritization-report.pdf>
- [2] Taleb NN. El cisne negro: el impacto de lo altamente improbable. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica; 2011.
- [3] Orchard CA, Sonibare O, Morse A, Collins J, Al-Hamad A. Collaborative Leadership, Part 1: The Nurse Leader's Role within Interprofessional Teams. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2017; 30(2):14-25. Doi: <http://doi.org/10.12927/cjnl.2017.25257>
- [4] Building trust is essential to combat the Ebola outbreak. *Nature*. 2019; 567(7749):433. Doi: <http://doi.org/10.1038/d41586-019-00892-6>
- [5] Franco M. Salud urbana y crisis del coronavirus: en confinamiento, la desigualdad se magnifica. *Agenciasinc.es* [internet] 2020. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Opinion/Salud-urbana-y-crisis-del-coronavirus-en-confinamiento-la-desigualdad-se-magnifica>

# ESPACIO AEC

## *Medios de comunicación, pandemia y salud*

Posiblemente ni el/la más optimista de los/as periodistas hubiese podido imaginar un escenario como el generado por la COVID-19. Escenario de permanente y continua actualidad sobre la que desarrollar toda su actividad.

Pero de igual manera que nuestro sistema sanitario, a pesar de los esfuerzos por situarlo como excelente, ha demostrado tener claras deficiencias, los medios de comunicación no se han quedado atrás.

Se ha tratado de trasladar a la opinión pública que nuestro sistema sanitario es uno de los mejores del mundo, cuando lo que ciertamente es excelente es nuestro estado de salud, que no tiene relación unívoca y exclusiva con el sistema sanitario, pues ya es sabido que los determinantes sociales inciden de manera muy superior en los niveles de salud comunitarios de lo que lo hace el sistema sanitario. Aunque las inversiones en este sean inmensamente superiores a las que se llevan a cabo con relación a dichos determinantes.

De igual modo, posiblemente, como resultado del espejismo que genera esta dicotomía permanente entre salud y sanidad, es por lo que también las/os periodistas replican exactamente el mismo discurso disociado, estereotipado, deformado, engañoso y distorsionado en relación a las noticias que en torno a la salud o la sanidad se generan, y que incluyen no solo los resultados de las intervenciones en un momento dado, sino a quienes las llevan a cabo, es decir, las/os profesionales sanitarias/os.

Sin embargo, en este caso, me voy a detener en el tratamiento periodístico, que en torno a la pandemia y todo lo que a su alrededor se está generando, se ha llevado a cabo.

Con este panorama, por lo tanto, hemos tenido la oportunidad de asistir a la desmitificación de nuestro Sistema Sanitario y a la permanente deformación de la información trasladada por las/os periodistas en aras a unas audiencias que, ahora más que nunca, tienen una feroz competencia por aumentar, aunque sea utilizando a pseudoexpertos, dando por buenas falas noticias (*fake news*), o convirtiendo en tertulias intrascendentes lo que deberían ser debates rigurosos.

Para empezar, quisiera resaltar, antes de nada, la importancia que sin duda tienen los medios de comunicación en la sociedad como instrumento fundamental de información para la ciudadanía. Pero dicho esto, también es importante destacar los sesgos, olvidos o interpretaciones que en torno a dicha información se llevan a cabo, contribuyendo a una imagen distorsionada, alarmista, sensacionalista, falsa, oportunista e incluso con falta de rigor, que en más ocasiones de las deseadas se traslada, perpetuando tópicos y estereotipos respecto al sistema sanitario y a sus profesionales.

Tal y como comentaba al principio, lo primero que tiende a confundirse son los términos sanidad y salud, usándolos como sinónimos, cuando su significado es completamente diferente. Y es en función de esa mala utilización sobre la que se construye una imagen distorsionada y alejada de la realidad, ya que al hablar de sanidad automáticamente se asocia a hospital. Y al hablar de hospital se habla de enfermedad. Y al hablar de enfermedad se habla de médicos. Y al hablar de médicos se habla de medicinas y tecnología. Y al hablar de medicinas y tecnología se habla de pacientes. Y al hablar de pacientes se habla de sus patologías (sujetos diabéticos, hipertensos, crónicos...). Y al hablar de patologías se habla de asistencia. Y al hablar de asistencia se habla de dependencia. Y al hablar de dependencia se habla de paternalismo. Y al hablar de paternalismo se habla de sumisión. Y al hablar de sumisión se habla de obediencia. Y al hablar de obediencia se habla de falta de libertad... Lo que conduce al sistema que tenemos, y que por mucho que se empeñen políticos, gestores, periodistas o analistas, no es excelente y tiene importantísimas carencias que hay que acometer de manera urgente. La medicalización, el asistencialismo, el hospitalcentrismo, la excesiva dependencia de la técnica y la industria farmacéutica, acaban por mimetizar a todo un sistema que fagocita y anula cualquier otra perspectiva posible.

Toda esa secuencia que he descrito lleva a que se anulen, oculten, deformen, malinterpreten aspectos, conceptos, ideas, acciones tan importantes como hospital vs. Atención Primaria, enfermedad vs. salud, médicos vs. profesionales de la salud

(enfermeras, fisioterapeutas, matronas...), medicinas y tecnología vs. cuidados, pacientes vs. personas, patologías vs. problemas de salud, asistencia vs. atención, dependencia vs. autonomía, paternalismo vs. empoderamiento, sumisión vs. capacidad de decisión y obediencia vs. libertad. Todos y cada uno de ellos fundamentales para poder entender lo que es y significa un sistema de salud en el que tanto las/os profesionales como la ciudadanía son fundamentales para que realmente pueda considerarse excelente.

Ante este reduccionismo, en torno a la salud y la sanidad, las/os periodistas buscan como fuentes de información casi exclusivas a los médicos, con lo que establecen una espiral de fuerza centrífuga que aleja del centro de atención todo aquello que no se corresponda con dichos "protagonistas" o con lo que ellos entienden por sanidad y salud, lo que nos sitúa en un escenario, que nada tiene que ver con la realidad social en la que, no lo olvidemos, está incorporado el sistema sanitario.

Así pues, las/os periodistas recogen como propia y real esta imagen y la proyectan a la sociedad. De tal manera que se habla de médicos y profesionales sanitarios, lo que automáticamente excluye a los médicos como profesionales sanitarios o bien les sitúa en un nivel superior al nombrarlo de manera diferenciada del resto. Se habla de cuidados y se excluye a quienes fundamentalmente los prestan como son las enfermeras. Se habla de investigación médica en lugar de investigación sanitaria o en salud, como si tan solo los médicos pudieran investigar o investigasen. Se habla de la importancia de tal o cual técnica médica, y se ignora sistemáticamente cualquier intervención enfermera que puede tener efectos sobre la salud mucho mayores que una técnica específica para un reducido grupo de personas. Se habla de pacientes, patologías, síntomas... anulando o cosificando a las personas y sus familias que tienen que afrontarlo...

Esto que venía siendo habitual con la pandemia se magnifica y amplifica, aunque se trate de disimular con falsas adulaciones políticas, con aplausos y reconocimientos heroicos que no corresponden con la realidad ni aportan absolutamente nada a la solución de las graves carencias del sistema. Más bien todo lo contrario, porque cuando todo esto acabe o cuanto menos disminuya en intensidad, dichos apelativos y muestras serán utilizadas como único pago a la motivación, implicación, sufrimiento, dolor e incluso muerte que han tenido que sufrir las/os profesionales en general y las enfermeras en particular.

Por otra parte, dado que algunas/os periodistas deforman la realidad y las/os políticas/os se enteran de casi todo lo que sucede, según ellas/os mismas/os declaran, por los medios de comunicación, no es de extrañar que suceda lo que sucede y que se avance, lo que se avanza, o sea, poco, por no decir nada o incluso se retroceda en ocasiones.

Sería deseable que las/os periodistas rebajasen su ego y protagonismo y se aviniesen a modificar su discurso caduco, confuso e inexacto en relación a todo cuanto rodea a la sanidad y a la salud, con humildad y sin identificar como ataque cada una de las peticiones de corrección, que, por ejemplo, desde la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) se les traslada de manera permanente. Básicamente porque nuestro interés, como el suyo, es el de informar y formar a la población a la que nos debemos desde los medios de comunicación o desde el sistema de salud. Vamos todos en el mismo barco, no es cuestión de hacer motines para ver quién se queda con el tesoro, entre otras cosas porque ese tesoro no es otra cosa que la salud y de todas/os depende promocionarla, mantenerla, conservarla y cuidarla.



ASOCIACIÓN DE  
ENFERMERÍA COMUNITARIA

José Ramón Martínez Riera  
Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

## *RIdEC incorpora una plataforma digital de envíos para la gestión y evaluación de artículos científicos*

Esta tecnología mejorará la funcionalidad de RIdEC y actualiza el modelo de trabajo tanto para autores/as, como para revisores/as. Además, se han actualizado las normas de publicación 2020

Este mes de mayo 2020, en RIdEC implementamos nueva tecnología; el envío de manuscritos a la revista científica de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) ya no será el habitual hasta el momento (correo-e), sino que se ha desarrollado e implementado un gestor digital de envíos para remitir a RIdEC los estudios científicos de investigadoras/es en Enfermería Familiar y Comunitaria y Salud Pública. Disponer del **gestor digital de envíos** forma parte del desarrollo del plan estratégico de RIdEC, y era uno de los objetivos prioritarios del equipo editorial y de la Junta Directiva de la AEC.

En ese sentido, el gestor de envíos ha sido desarrollado íntegra y personalmente por el editor, el equipo editorial y la coordinación de TIC, siendo propiedad de la AEC, y va a suponer una modernización significativa del sistema de envío, pero también del sistema de evaluación de los artículos, al incorporar nuevos *check-list*, y al hecho de que las revisiones/evaluaciones se realizarán directamente a través del propio gestor.

The screenshot displays the RIdEC website interface. At the top, there is a navigation bar with the AEC logo and menu items: Asociación, Congresos y otras Reuniones Científicas, Enfermería Familiar y Comunitaria, La Comunidad, and RIdEC. Below the navigation bar, a central box titled 'Gestor de Envíos RIdEC' contains a prominent '+ Enviar Artículo' button. Underneath, a section titled 'Normas de Publicación' is highlighted with a red border. This section features the RIdEC logo and the text: 'Información para autores/as: Normas de publicación. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, RIdEC. I. INFORMACIÓN PARA AUTORES/AS. Misión de RIdEC. La RIdEC es el medio de difusión científico de la Asociación de Enfermería Comunitaria de España, AEC. Entre sus intenciones figuran facilitar y potenciar la difusión de estudios científicos de la Ciencia Enfermera, y más concretamente de la Enfermería Comunitaria.'

El link de acceso está disponible en la página web de la revista RIdEC (<http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec>), dentro de la web de la AEC ([www.enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org)), y requiere registrarse o estar ya registrado/a para acceder al gestor. Quienes ya estuvieran registrados/as anteriormente por ser socio/a, o hayan realizado envíos de comunicaciones en el pasado a algún congreso de la AEC, deberán utilizar los mismos datos de usuario/contraseña, pudiendo recuperarlos si los olvidaron.

Una vez se disponga de usuario/a y contraseña e iniciado sesión se permite el acceso al gestor para efectuar el envío a través de un sencillo e intuitivo proceso, que solicita la información básica para el envío de artículos: título del estudio, autorías y afiliaciones, autor/a de correspondencia, y los archivos: carta de presentación al editor, manuscrito anónimo y permisos de comités de ética e investigación si son necesarios para el estudio. El gestor confirmará al autor/a de correspondencia automáticamente la recepción del envío con un código, y se inicia el proceso técnico de revisión de artículos.

Por otro lado, se ha aprovechado la implementación del gestor de envíos para realizar una revisión y actualización de las Normas de publicación en RIdEC 2020 (guía para autores/as), más detalladas, rigurosas y normativas, también disponibles ya en la web de RIdEC (<http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/76-normas-de-publicacion/424-normas-de-publicacion>).

Estamos convencidos de que estos cambios contribuirán a seguir con el desarrollo, el crecimiento y la mejora de RIdEC como vehículo de difusión científica de la AEC, para contribuir a la construcción de conocimiento en Enfermería Comunitaria y Salud Pública.

Y además, esperamos seguir mejorando los tiempos de gestión de los artículos, que actualmente son ágiles, pero que pueden seguir optimizándose: el equipo editorial de RIdEC realiza una primera respuesta de confirmación en menos de 48 horas; y el proceso de evaluación una vez admitido a revisión el artículo suele durar habitualmente unos 15 a 30 días, con intervalo máximo de dos meses para la evaluación. Estos plazos creemos que se podrán acortar sensiblemente gracias al gestor de envíos. En ese sentido, y para seguir aumentando la transparencia de la revista, desde el número de junio 2020 se publicará junto a cada artículo su fecha de recepción y su fecha de aceptación.

Como es conocido, RIdEC es una revista científica gratuita, de calidad, indexada en bases de datos tanto nacionales como internacionales, y se edita en formato *open acces* sin costes, tanto para publicar (autores/as) como para consumir (lectores/as) sus manuscritos.

Dr. Vicente Gea Caballero  
Director/editor RIdEC

**Nuevo Artículo**

Título \*

Autor/es

Nº Autores  
1

1 Apellido 1 \* Apellido 2 \* Nombre \* Afiliación Profesional \*

Autor de correspondencia

Apellido 1 \* Apellido 2 \* Nombre \*

email \*

Dirección postal

Teléfono de contacto

**ADJUNTAR ARCHIVOS**

Carta de presentación del estudio (formatos admitidos: doc,docx,pdf)  
Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

Artículo completo sin identificación de autores, incluyendo abstract, referencias, tablas, figuras, y anexos si los hubiera (formatos admitidos: doc,docx)  
Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

Copia de permisos obtenidos de comité ética/Investigación (formatos admitidos: doc,docx,pdf,ogg,mp3,mp4)  
Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

# Concurso de Relatos de Enfermería Comunitaria, de la Cátedra de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Universidad de Alicante, 2019

## LAS GAFAS

*Irene Clara Parrilla Suárez*

El cuidado que no se ve, el que necesita de unas gafas especiales para ser visto, es el cuidado al que yo me dedico. ¿Qué tiene de especial para que se precisen unas gafas para verlo?

Es especial porque la persona no lo busca, no lo demanda, no lo ve como una necesidad, porque esa persona no ha sido vista por el sistema sanitario o su acceso al mismo es consecuencia de la imposibilidad de acceder y lo ha hecho por los medios de atención urgente, tras la ayuda de un vecino que lo ha dejado de ver unos días, o las repetidas veces que acude a la farmacia porque se le había olvidado algo, o por un familiar que no sabe qué hacer porque no lo puede cuidar.

El paciente no entra, con cita o sin ella, por sus propios medios al centro de salud.

Se trata de un cuidado silencioso, escondido en las casas de las personas, quienes abren sus puertas a una desconocida, yo, para intentar acercar los cuidados a sus hogares y retomar el cuidado abandonado o perdido por alguna causa.

Hogares lejanos, dispersos, sin transporte o cobertura, no salen en el "maps", o si lo hacen su número está equivocado. Una aventura diaria.

Soy enfermera comunitaria de enlace. Soy una enfermera que ejerce de enlace entre las personas y el centro de salud donde trabajo. Intento facilitar la accesibilidad a los recursos sanitarios a las personas que por motivos de pérdida de autonomía, soledad, dispersión geográfica, enfermedad terminal, pérdida de recursos económicos... no pueden acceder por sus propios medios al centro de salud más cercano. Pero sobre todo, hago atención al cuidador. Persona necesaria para que el cuidado se mantenga en casa y no sature las urgencias. Base de nuestro pilar sanitario y, sin embargo, tan poco considerado.

Ese apoyo a las personas, mujeres en su mayoría, que se apartan de su ejercicio profesional, de su vida social, para entregarse por completo al cuidado de sus padres, pareja, hijos, tíos, etc.

La jornada comienza con el arranque de mi coche, no de empresa, herramienta necesaria como cualquiera de las que podría contener un maletín sanitario. Sin mi "Platero" no iría a ningún domicilio. Una vez localizado el destino y tras una breve presentación, y con el permiso concedido para acceder a sus vidas, realizo una valoración integral por patrones funcionales y un plan de cuidados de enfermería que pactaré con la familia y el paciente, así como con su médico y enfermero, si fuera necesario e incluso contar con otros profesionales. A veces pactar no es fácil y no todo vale. Tampoco tenemos un abanico infinito de soluciones; eso no es real. Pero lo que se puede informar y orientar sobre cuidados y los recursos disponibles, así como el apoyo al cuidador, hacen que los cuidados invisibles valgan la pena, aunque no puedan ser vistos sin esas gafas especiales.

Soy afortunada, yo tengo esas gafas. Soy enfermera comunitaria.

## ESTOY AQUÍ PARA MUCHO MÁS

*Cecilia Martínez Arias*

Solía sentarme en la mesa de su despacho. Unas veces era él quien consultaba, otras traía como paciente a alguna de las figuras de porcelana que había en la casa y que, para la ocasión, hacían el papel de mascota.

Me gustaba escucharle, saber qué ocurría; si es que existía algún problema de salud o, por lo contrario, simplemente quería saber lo que podía hacer para evitar que algo así pudiera aparecer. También me preguntaba si había disponible alguna vacuna que pudiera protegerle contra la apatía que le producía estar retirado de lo que más le gustaba hacer. Me consultaba algunas dudas respecto a lo que podía comer, qué tipo de ejercicio le venía mejor realizar en su situación, o también cuáles eran los lugares o establecimientos que existían en el pueblo para disfrutarlos con más gente y así relacionarse.

Otras veces era yo la que me desplazaba al salón (que en nuestra ficción hacía la función de su casa), para aclararle todas sus dudas delante de más gente, generalmente mi abuela y mis tías; estaba convencida de que así recordaría las cosas mejor.

En aquel 1995 yo era una niña de solamente 8 años jugando en el despacho de su abuelo, un veterinario jubilado que por aquel entonces disfrutaba aventurando en mí (según su criterio) una vocación perteneciente a la rama sanitaria, pero sin conocer aún en ese momento de cuál se trataba.

Él hacía sus investigaciones: me solicitaba la receta de algún medicamento, a lo que siempre le contestaba que yo no era la encargada de eso.

Otras veces fingía que alguno de mis muñecos estaba enfermo, y se presentaba en el despacho representando el papel de padre de las criaturas.

Yo decía muy segura:

— Este niño necesita ahora mismo que un pediatra le haga una prueba— Y él “tomaba nota” enseguida de que no era la pediatría la profesión que yo estaba “ejerciendo” en ese momento.

Algo parecido pasó con fisioterapia, cuando le expresé mi negativa a tratar sus lesiones musculares. Recuerdo cómo un día llegó solicitando la administración de una inyección. Refirió que había pasado la noche vomitando y pensó que ese sería “el cepo perfecto” para una enfermera en potencia..., se echó a reír tras mi contestación:

— ¡Hombre, Manolín, yo estoy aquí para mucho más que para poner inyecciones!

La inyección fue definitivamente el factor primordial de confusión para establecer el diagnóstico diferencial. No parecía ser la enfermería la profesión que mi abuelo estaba buscando en mí, si esa técnica tan definitoria me producía una especie de rechazo. O podía ser que considerara que reducía demasiado la idea de profesión que yo tenía proyectada en mi cabeza. Se lo había verbalizado en aquel momento: “Estoy aquí para mucho más...”.

Mi idea no llegó a tomar “forma legal”, y con ello reconocimiento, hasta 10 años más tarde de “aquellas consultas domésticas”, pero el nacimiento de esta profesión “encriptada” para mi abuelo se remonta incluso a un siglo antes de que él mismo naciera.

Es cierto que a lo largo de la historia ha sufrido muchos vaivenes. Hubo algunos momentos álgidos, en los que parecía que el despegue ya no tendría marcha atrás, pero luego todo se quedaba en un intento fallido debido a distintos motivos. Entre ellos, como no, los de índole política.

El origen podría situarse en el siglo XIX, con la elaboración a cargo de Edwin Chadwick de un “Informe sobre las condiciones sanitarias de la población de Gran Bretaña”. También en el primer intento fallido de la Sociedad Epidemiológica de Londres de actuar en el ámbito de la comunidad. Pero fue William Rathbone quien dio el primer paso en lo que, con los años, se convertiría en la enfermería comunitaria.

Este comerciante inglés conocía la importancia de los cuidados a domicilio debido a la enfermedad que padecía su mujer, y gracias a la manera de trabajar de Mary Robinson (todo un referente en enfermería comunitaria, y a la que él mismo había contratado) decidió apostar por esa forma de brindar cuidados.

Tras la muerte de su esposa, y motivado por su compromiso social, le hace a Robinson una prórroga de su contrato para poder ofrecer esa misma excelencia de cuidados a los enfermos más necesitados de la comunidad. Y no contento con su

pequeña aportación para mejorar la asistencia sanitaria, Rathbone continúa buscando aliados para poder difundir esa manera de trabajar, esa nueva visión de la profesión.

Decide contactar con otro referente de nuestro gremio: la apodada "dama de la lámpara". Florence Nightingale, que apoya desde el primer momento su idea. Ella misma había permanecido en una institución luterana donde se formaban las Diaconisas que atendían a los enfermos más desfavorecidos y marginados. Todo ello llevó a la conclusión de que si se pretendía seguir dando continuidad a ese tipo de asistencia se tendría que crear una escuela de enfermeras de distrito. Rathbone reaccionó a ello proporcionando la que hoy podría ser catalogada como la mayor "beca" habida hasta entonces. Financió la construcción de la primera escuela de Enfermería de Salud Pública en el ámbito mundial. Era 1862.

Se creó entonces la Asociación de Enfermeras de Distrito, con un servicio continuo de enfermeras a domicilio, asignando una de ellas a cada uno de los dieciocho distritos en los que se decidió dividir la ciudad de Liverpool. Aquí comienzan a cambiar las competencias de las profesionales de enfermería y la recién estrenada escuela de enfermeras aboga por formar en otros campos como la educación y la visita domiciliaria. Se diferencia por primera vez esta clase de formación de la que recibían aquellas que prestaban sus servicios en el ámbito hospitalario.

Mientras tanto en nuestro país la situación era bien distinta, y a finales del XIX los enfermeros de aquel entonces ejercían funciones de dentistas, callistas y asistentes de partos.

En 1857, la Ley de Instrucción Pública recoge los conocimientos que deberán tener los aspirantes a practicantes. Seis años después es Concepción Arenal, autora del *Manual del visitador del pobre*, la que podríamos calificar de precursora de la enfermera visitadora en España.

Todo parecía progresar: entre los años 20 y los 30 se crean la Escuela Nacional de Puericultura, la Escuela Nacional de Salud y la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras. En esta última se tiene muy en cuenta el contenido del trabajo desarrollado por Concepción.

Además de todas estas nuevas instituciones se crea la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias, que edita un boletín trimestral cuyo objeto es dar a conocer las noticias relevantes de la profesión y compartir conocimientos: sirve como una importante vía de comunicación entre profesionales.

También tiene lugar en los años 30 el Primer Congreso Nacional de Sanidad, en el que en lugar de enfermeras visitadoras como hasta ahora se denominaban se cree más oportuna la de "instructoras de sanidad polivalente".

Parecían ser demasiadas buenas noticias, y tras la guerra civil española el despegue de la enfermería comunitaria se ve truncado. Con objeto de regular la situación de muchas mujeres que habían ejercido funciones de enfermera durante el periodo de guerra en el bando rebelde surge el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las JONS, (Junta de Ofensiva Nacional Sindicalista). Se exigía poseer el título de Enfermera de la Falange Española Tradicionalista. En ese momento, y por poco tiempo, habría dos especialidades según la ley: las enfermeras de guerra y las enfermeras visitadoras sociales.

Pero es en el año 1953 cuando se recibe el mayor mazazo a cargo del Real Decreto de 4 de diciembre que unifica toda la profesión en ATS (ayudante técnico sanitario). Simple, sencilla y llanamente lo que su nombre indica. Comienzan entonces movimientos de colectivos defensores de la Enfermería de Salud Pública que ven peligrar más que nunca su profesión.

Diecisiete años dura la sequía. Hasta que en 1970 se plantea la posibilidad de hacer una modificación en los planes formativos de los ATS, dudando entre dos opciones: darles la categoría de formación profesional o conferirles carácter universitario. Gracias a la movilización que en aquel entonces hicieron nuestros compañeros para evitar que se eligiera la primera de las posibilidades, siete años más tarde, en 1977, aparecen las Escuelas Universitarias de Enfermería y con ellas la figura del DUE (Diplomado Universitario de Enfermería).

Un año después llegaría nuestro "as en la manga" y haría que el "despegue" no fuera a quedar nunca más en un intento fallido. Tiene lugar una conferencia organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Es la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, considerado el evento de política de salud internacional más importante de la década. Subraya la importancia de la Atención Primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema es "Salud para todos en el año 2000".

En el año 2005 se producen dos hechos importantes: por un lado, la modificación de los planes de estudios, regulándose los estudios universitarios oficiales de Grado (la formación pasa de tres a ser de cuatro años de duración y los DUE a ser enfermeros graduados en 2013). Por primera vez en la historia, el 22 de abril de este año 2005, aquella idea de profesión, que aún sin saber que existía, a mis 8 años, yo tenía plasmada en mi cabeza, toma forma legal de la mano del Real Decreto

450/2005 sobre especialidades de enfermería. En 2010 se aprueba el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Tres años más tarde, después de cinco ejerciendo en el ámbito hospitalario pero sin olvidar aquel juego en el despacho de mi abuelo, comencé como enfermera interna residente (EIR) en la Unidad Docente de Mallorca.

Quizá por todos estos vaivenes hasta llegar a lo que hoy es mi profesión, mi abuelo no supo captar cuál era la rama sanitaria que afloraba en mi incipiente vocación. Probablemente el concepto más análogo que él tenía interiorizado había quedado anclado en aquel "mazazo del 53", en el que la autonomía del profesional de enfermería se veía bastante mermada. ¡Cómo me gustaría que el tiempo me hubiera permitido decirle que iba muy bien encaminado! Haberle contado, hoy que la conozco, la historia de la enfermería comunitaria.

Las competencias que hoy manejamos las enfermeras comunitarias se asemejan a aquello a lo que me gustaba jugar en aquel despacho: asesoramiento sobre vacunas contra la apatía, qué poder comer o qué ejercicio realizar.

En aquellos momentos yo estaba haciendo lo que hoy llamamos prevención primaria. Cuando aquellos pequeños pacientes enfermos, representados por muñecos, eran derivados rápidamente a su pediatra para hacer las pruebas pertinentes e intentar hacer con ello una detección precoz de la enfermedad, yo estaba haciendo lo que hoy se denomina prevención secundaria. Cuando acudía al salón de la casa, además de hacer "atención domiciliaria", proporcionaba lo que hoy llamamos educación grupal. Asimismo cuando él me preguntaba por recursos en el pueblo le estaba haciendo un pequeño "mapeo de activos en salud".

En ese contexto de juego y haciendo ahora un paralelismo con la actividad que hoy realizamos las enfermeras comunitarias, además de aplicar de forma integral un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud/enfermedad debemos contribuir a que sean adquiridas habilidades, hábitos y conductas que fomenten el autocuidado, en el marco de una atención primaria integral y comunitaria. Esta incluye la prevención de la enfermedad, la promoción, la protección, la recuperación y la rehabilitación de la salud.

¡¡Cómo habría disfrutado él viéndome "ejercer de verdad"!!

Yo también lo hubiera hecho. Le contaría lo gratificante que resulta llegar a una casa en la que te reciben con los brazos abiertos, aun en momentos complicados; que depositan plena confianza en tu trabajo, aunque en ese momento consista en proporcionar cuidados en los últimos momentos de vida de un familiar; que te transmiten cómo se sienten más tranquilos con tu presencia porque, según dicen en muchas ocasiones, en ese momento creen que "todo está controlado". Aunque nada haya más lejos de la realidad.

Sí, quizá muchas cosas puedan escapar a nuestro control, pero para nosotros el único objetivo es que el confort y la comodidad no sean una de esas cosas.

Creo que al querido detective de mi vocación temprana también le hubiera gustado verme impartir distintos talleres de educación para la salud. Eso sí, quizá de un modo "más formal" que los impartidos en el salón de su casa. O cómo tengo que acudir, en ocasiones, a los colegios e institutos como "guía en la salud", enseñando a las generaciones nuevas algo tan importante como es, por ejemplo, saber reaccionar ante una situación de emergencia. O trabajando con grupos de personas con enfermedades crónicas; proporcionándoles herramientas para que sientan que son ellos mismos los que pueden tener el control de su enfermedad, cada día, de forma continuada, más allá de los cinco o diez minutos que permanecen en la consulta de un profesional de la salud. Otras veces orientando a los que, por situaciones familiares, se dedican a prestar cuidados no profesionales a personas en situación de dependencia; proporcionando en este caso apoyo emocional, educacional y de recursos sociales. Intentando simplificar una tarea que en la mayoría de los casos produce sobrecargas físicas y psíquicas en el cuidador que se traducen en una disminución de la calidad de los cuidados.

Creo que también le hubiera gustado verme ejerciendo la esfera de la docencia: la colaboración en la formación de nuevos profesionales en el ámbito de pregrado y de postgrado. Él decía que yo llevaba dentro el "gen docente", que lo había heredado de mi abuela que era maestra. Así como mi abuelo hacía sus "investigaciones" para descifrar la rama de profesión sanitaria que creía ver en mí, también hoy nosotros hacemos investigación en nuestras competencias actuales, pues la evidencia científica aumenta potencialmente la seguridad y la calidad de los cuidados.

Desgraciadamente, ya no es posible contarle todo esto. Así que lo escribo aquí, en forma de relato, para todas aquellas personas que viviendo en nuestro tiempo se puedan haber sentido pérdidas en ese largo camino de múltiples trabajos y denominaciones: enfermeras de distrito, practicantes, enfermeras visitadoras, instructoras de sanidad polivalente, ATS, DUE, sin conocer objetivamente lo que hoy día es... La Enfermería Familiar y Comunitaria.

## UN DÍA COMO HOY...

Jessica Mariam Woodman

Lunes, nueve y cuarto de la mañana de un soleado mes de octubre. Elena se apresura por el pasillo del centro de salud en dirección a su consulta. Cuatro personas esperan puntuales su llegada sentadas en la sala de espera. Una mujer con pelo cano mira con sosiego al hombre sentado a su lado mientras este "whatsappea" por el móvil. Enfrente, un hombre con bastón lee el periódico; a su lado, una mujer joven repasa un bloc de notas. Elena los saluda mientras se disculpa por el retraso y busca las llaves de la puerta. Un joven con gafas y una tarjeta identificativa se acerca titubeante y se presenta como Carlos. Es residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Elena le da la bienvenida y le invita a pasar.

Suelta el bolso encima de la mesa mientras enciende el ordenador: "Perdona el retraso, los miércoles tengo que dejar a los niños en el cole y me pilla siempre la hora punta". "No te preocupes", le resta importancia Carlos, "Yo también me he retrasado encontrando la consulta".

Elena se organiza, abre la agenda del día y repasa en voz baja diferentes nombres: "Josefa, Juan, Carmen, Paco, María... luego tenemos el grupo de envejecimiento saludable de doce a una, una hora de avisos y terminamos la mañana con formación a las dos...". Elena desvía la mirada de la pantalla del ordenador abruptamente para preguntarle a Carlos: "¿Conoces las notificaciones del Facebook de "Hoy tienes un recuerdo para recordar, un día como hoy hace un año bla, bla, bla...?" "Claro", asiente distraído Carlos. "Estupendo, empecemos con Josefa".

Josefa, que viene temprano, está acompañada por su hermano. Desde que va al centro de día ya no deja el puchero encendido en la cocina. Tal día como hoy, Josefa era cocinera y no había receta que no se supiera.

La mujer cana de la sala de espera y el hombre sentado a su lado se levantan al escuchar la voz de Elena. "¡Buenos días, Josefa! Este es mi nuevo compañero, Carlos. Estará con nosotros unos meses". "¡Cada vez te los traen más jóvenes, Elena! ¡Y más guapos! ¿Tienes novia? Mi nieta Gloria está soltera. ¿O eres más de novios? Eso en mi época no se llevaba, pero ahora corren otros tiempos y ¡yo soy una moderna!". Carlos se sonroja y sonríe con timidez. Mientras toman asiento, Elena interviene riendo con diversión: "Josefa, ¡que me lo va a asustar!".

"Bueno, Francisco, ¿cómo ve a su hermana Josefa?". "Mejor, mejor", comienza él, "Hace ya un mes desde que empezó a ir al centro de día de AFA. Vienen todas las mañanas en minibus a recogerla y llega a media tarde". "¿Usted cómo lo ve, Josefa? ¿Le está gustando?". "Mucho, Elena, al principio no tanto, porque veía a la gente peor que yo, y quieras que no, echa para atrás... Pero el personal de allí es muy atento y estoy entretenida, además, así mi Francisco no se preocupa de que me deje las lentejas en el fuego...". "Cuánto me alegro, Josefa, ¿le parece que Carlos le haga el Sintrom mientras yo tomo nota en el ordenador?". "Solo si acepta una cita con mi Gloria", ríe ofreciendo un dedo.

Tras salir los hermanos de la consulta pregunta Carlos: "¿Qué es AFA?". "Es la Asociación de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias. Josefa ha ido empeorando progresivamente durante los últimos años y Francisco, su hermano, dio la voz de alarma tras encontrar repetidamente la comida quemada a medio día. Él pasa la mañana fuera y ella cada vez presenta mayor deterioro para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Ella se niega a dejar de cocinar, ha sido cocinera toda la vida, pero al menos ahora lo hace por las noches acompañada por Francisco".

Juan desde que está viudo, pierde las cosas más a menudo. Viene con su hija María del Mar, porque se desorienta cuando sale a comprar. Tal día como hoy Juan era contable y no había factura que él más fiable.

El siguiente en pasar es el hombre con bastón y la mujer con el bloc de notas que saluda nerviosa: "Ay, Elena, otra vez estamos igual. Menudo susto esta semana". Elena con voz calmada pregunta: "¿Qué ha pasado, María del Mar?". "¿Se lo cuentas tú o se lo cuento yo, papá?". El hombre deja caer los hombros permaneciendo en silencio. "El sábado, Elena, se fue otra vez a comprar solo, y nos llama la frutera para decirnos que mi padre no hace más que subir y bajar de casa a comprar las cosas de una en una". "¿Y eso, Juan? Se ha tomado muy en serio lo de hacer ejercicio subiendo y bajando tantas escaleras" dice Elena guiñándole un ojo a Juan para reducir la tensión. Una sonrisa asoma las comisuras de este, pero luego adopta una voz triste explicándole a su hija. "¿Y qué quieres que le haga, Mari, si desde que no está tu madre no me manejo igual?".

Organizaba ella la lista de la compra y luego salíamos juntos a comprar y claro, "ahora, ¡a ver quién se acuerda de donde está la lista y de lo que hay que comprar!". Elena sonríe con dulzura, mira a Juan, seguidamente a su hija y de nuevo a Juan alargando su mano para sostener la de este. "Juan, María del Mar, deben comprender que el fallecimiento de Doña Aurora

sigue muy reciente y presente. Es habitual en estas situaciones de duelo que cueste adaptarse. Piensen que llevaban muchos años con unas rutinas y unos hábitos que ahora han cambiado, y es por ello que Juan tiene dificultad para hacer las tareas que antes hacían juntos”.

Carlos cierra la puerta tras despedirse de padre e hija y reflexiona: “Es curioso cómo los roles generacionales determinan situaciones como esta, ¿verdad?”. “Sí y no”, responde Elena desde la experiencia. “Independientemente de las labores del hogar, la pérdida de un ser querido, la tristeza que nos ocasiona condiciona nuestra atención y, consecuentemente, nuestra memoria y nuestra ejecución de actividades. Doña Aurora gestionaba muy bien la casa, pero Juan a su lado era muy funcional e independiente, y cuando Doña Aurora estuvo enferma en casa, el llevo to’ pa’lante sin ayuda. Es más, Juan estuvo años llevando las facturas de unos grandes almacenes, llevando listas y listas de pedidos y ventas. La inactividad tras jubilarse comenzó a mermarle algo la memoria, pero Doña Aurora le mantenía activo con *mandaos*”.

Paco, que viene con su mujer, no recuerda qué hizo ayer. Llega a última hora porque olvidó tender la lavadora. Tal día como hoy Paco era agricultor y no había terreno que creciese con mayor vigor.

Tras media hora con la puerta de la consulta abierta esperando a Carmen, que finalmente no acude, aparece apresurándose un hombre barbudo y una mujer pecosa. “¡Pasen, pasen!”, les anima Elena, “ya me extrañaba a mí que no viniesen”. “Discúlpenos, Elena”, comienza él, “resulta que puse esta mañana una lavadora y cuando estábamos a punto de salir por la puerta me digo a mí mismo: “Paco, ¡la lavadora! Total, que como a mi señora Inés no le gusta la ropa con olor a humedad, a tender la ropa que me he puesto”. “No se preocupe, Paco, ¿cómo se encuentra? ¿Se está haciendo los controles del azúcar?”. La mujer saca una cartilla con números apuntados y se la entrega a Elena. “Regular, Elena, tengo que estar muy pendiente de él”. Elena le entrega la cartilla a Carlos para que este la revise. “Paco, ¿cómo se encuentra?”. “Ahí vamos señorita Elena, según el día. Algunos días me doy el capricho de chocolate con churros, ya sabe, pero por lo general paseo y todas esas cosas que me recomienda usted siempre. Cuido del jardín, que bueno, ya no es como antes cuando cuidaba el campo, pero oye, mi señora siempre me dice que lo tengo bien hermoso. Pero, ay, mis churros de vez en cuando, que ya pa’lo que me queda”. “¡Anda, anda!”, se burla Inés con cariño, “menudo es este”. Carlos pide permiso: “¿puedo hacerle el azúcar, Paco?”. “Pues claro joven, no serás ni el primero ni el último”, ríe divertido. “¿Les han llamado para el estudio de investigación Inés?”, pregunta Elena. “Pues sí, la semana pasada justo estuvimos. Nos citaron en la Unidad de Investigación del hospital y nos atendió una enfermera muy simpática. Le hizo a Paco unas preguntas de memoria, qué hora era, dónde estábamos, algo de una peseta y una manzana, y luego le preguntaron de la tristeza”. “¿Y al final van a participar?”. “Pues sí”, contesta Paco sosteniendo el algodoncillo entre los dedos, “nos hicieron firmar unos papeles y luego nos hicieron unos cuestionarios. Y ayer precisamente nos instalaron en la casa un aparatito a la tele muy gracioso, oye. Para hacer juegos de memoria, llamar a los nietos, poner fotos, ¡muy completito! Eso sí, por el nombre no me preguntes que es muy moderno y no me acuerdo”.

Carlos teclea en el ordenador registrando la glucemia y pregunta: “¿qué es eso del estudio, Elena?”. “Pues verás”, comienza ella, “nos pidieron desde el instituto de investigación regional colaborar en el reclutamiento de un estudio europeo público. Buscan un perfil de participante y si coincide con personas de nuestro cupo les informamos y les pedimos permiso para que les llamen para entrevistarles. “Mira —continúa señalando la estantería— allí tienes los trípticos”.

Carlos los ojea con interés y Elena añade: “considero importante que las enfermeras investiguemos, y si bien no todas podemos ser investigadoras principales y dedicar toda nuestra jornada a ello, sí podemos colaborar en la medida que podamos. Siempre apuesto por las investigaciones que puedan beneficiar a las personas que cuidamos”.

María, que vive sola, viene con su vecina Lola. Se valora derivar a neurología, porque las llaves de casa olvida. Tal día como hoy María era modista y no había imperdible que escapase a su vista.

Unos nudillos golpean la puerta “María, Lola, pasen”, invita Elena a pasar al reconocer los rostros familiares que asoman por la puerta. Ambas llevan un cuaderno en la mano y Elena exclama: “¡No me digan que ya han empezado los talleres de memoria del ayuntamiento!”. “¡Digo! —exclama Lola— la semana pasada, allí que fuimos mi Loli y yo. Este año han cambiado el enfermero que los lleva, pero es mu’ apañao”. “Aunque como mi Antonio ninguno, tú lo sabes, Elena”, puntualiza María guiándole el ojo. “Y lo mucho que me alegro yo de que puedan ir juntas”, añade Elena. “A eso y a la Zumba y la pintura, todo el día pa’rriba y pa’bajo, ¡es un no parar! Oye, ¿y este mozo nuevo?”, pregunta sin disimulo Lola mientras le da codazos a María. “Nuestro nuevo fichaje, ¿cómo lo ven, señoras?”. “No me importa tanto como le veo, que le veo bien apuesto, si no ¡cómo me ponga la vacuna!”, ríe una de ellas. “Bueno, ¿alguna voluntaria para ser la primera?”, pregunta Carlos entre nervioso y divertido por la pareja dicharachera. “La más mayor primero”, se burla Lola sacándole la lengua a María “¡Por

unos meses! A ver que te crees". Mientras Carlos le pone la vacuna de la gripe a María, Lola baja la voz y le explica a Elena: "La cosa va a mejor Elena, le doy un timbrazo, sale y cierra la puerta conmigo, así veo donde guarda las llaves y a la vuelta no tenemos duda".

Carlos se retira los guantes y lava las manos mientras Elena apunta las referencias de las vacunas en el ordenador y pregunta: "¿Qué es eso de los talleres de memoria, Elena?". "Pues es una actividad semanal que organiza el ayuntamiento en cada distrito para personas mayores. Lo suelen llevar enfermeros o psicólogos y se realizan ejercicios de estimulación cognitiva. Son estupendos, hace años que conozco a personas que están acudiendo y se nota bastante, además de lo beneficioso que es arreglarse, salir de la casa, socializar, todo lo que conlleva la actividad".

Suena el teléfono de la consulta y Elena responde. Tras un rato en silencio responde "Mmm, ya veo. Gracias, Marta. Nos acercaremos sobre la una". "Era la administrativa. La sobrina de Carmen ha llamado avisando de que perdió el papel donde apuntó la cita de hoy y para cuando lo ha encontrado se les había pasado la hora, vendrán mañana. Y Julia, la mujer de Pepe, paciente nuestro, también ha llamado solicitando que vayamos a su domicilio a hacerle una cura. Fue dado de alta el viernes tras estar hospitalizado por una caída en la calle. Se desorientó y se puso nervioso tropezando con unas escaleras y teniendo una caída aparatosa". El reloj de pared apunta las doce menos diez y Elena se apresura a la puerta: "Corre, Carlos, tenemos que preparar la sala para el grupo de envejecimiento saludable".

Elena saluda a los ocho mayores que se sitúan formando un círculo en el centro de la sala. "Buenos días a todos, y bienvenidos a la tercera sesión del grupo de envejecimiento saludable. ¿Alguno recuerda lo que vimos la semana pasada?".

Una señora con vestido de lunares comienza: "Estuvimos hablando de las personas que nos rodean y nos cuidan, nuestra familia y nuestras amistades". "Efectivamente, Pepi, para afrontar la vejez es importante sentirnos arropados por nuestro entorno más cercano. Hoy, vamos a explorar los diferentes recursos del barrio que conocemos para hacer actividades. Para fomentar un envejecimiento activo, reducir la soledad y potenciar la actividad física, es importante contar con las asociaciones locales, los centros de mayores del ayuntamiento, los hogares del jubilado... Para la actividad de hoy he traído un mapa del barrio, o más bien dicho, un súper mapa, porque lo han impreso bien grande para que podamos verlo bien y vamos a ir colocando estos post-it de colores con los nombres de los recursos y las actividades que conozcamos".

Tras terminar el grupo, Elena y Carlos ordenan la sala y recogen el pequeño mapa multicolor resultado de la actividad. "Elena, lo que hemos hecho hoy está inspirado en la atención comunitaria basada en activos de salud, ¿verdad?", pregunta Carlos. "Bien visto, Carlos, es muy importante potenciar la capacidad de las personas de mantener o mejorar su salud, y si bien muchas llevan toda la vida en el barrio, no todas conocen todo lo que el barrio les puede ofrecer. Además, hay muchos mayores que se mudan con sus hijos y pierden todo el apoyo social del lugar donde antes vivían".

Pepe que es padre, abuelo y marido, es por todos querido. Solicita cura de una herida porque ha sufrido una caída. Tal día como hoy Pepe era constructor y no había andamio al que no se subiese por temor.

"Pepe, Julia, ¡huele a guiso desde el ascensor!", saluda Elena entusiasmada entrando por la puerta del domicilio. "Gracias, Elena, ya sabes que estás invitada siempre que quieras. Bueno, tú y tu acompañante, claro", añade Julia con educación de camino al dormitorio principal. "Pepe, este es Carlos, es un profesional de primera y le va a hacer la cura". "Claro, Elena, con usted y sus acompañantes siempre me siento en buenas manos". "¿Qué tal fue el ingreso, Pepe? ¿Le fueron a visitar los nietecillos?". "Los adolescentes sí, mi Jose y mi Lucía, y me trajeron una tableta de esas para ver antiguas películas. Eso sí, ahora me ha entrado un miedo de salir a la calle". "Claro, Pepe", interviene Carlos en mitad de la cura, "es habitual tras el susto que ahora le cueste más, pero no tenga prisa, poco a poco".

De vuelta en el centro de salud Elena felicita a Carlos por las técnicas que ha realizado durante la mañana, pero, sobre todo, por la cercanía mostrada durante toda la mañana con las personas a las que han atendido. "¿Sabes mi intervención NIC favorita, Carlos?", pregunta Elena de camino a la sala de formación, "presencia, saber estar con y para la persona".

Hoy, la sesión de formación es de la campaña de vacunación de la gripe que acaba de empezar, población diana, organización de lotes y consultas, etc.

Cuando termina, Elena se entretiene comentando un caso con la trabajadora social y Carlos espera para acompañarle a la entrada. "Gracias, Elena", se despide. "Gracias a ti, Carlos, ¡hasta mañana!".

Josefa, Juan, Carmen, Paco, María y Pepe son solo algunos de los pocos a los que enfermeras como Elena o Carlos cuidan en su día a día. Y si bien, las arrugas son visibles para todo el que las mira, la soledad, la fragilidad, las pérdidas de memoria y otras consecuencias de la vejez, pasan en ocasiones desapercibidas para todo aquel que no las viva.

# LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



Cursos online

**Amplio catálogo de cursos**

- Cursos de Humanización
- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
- Cursos de Gestión
- Cursos de Quirófano
- Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP
- Otros cursos de Enfermería



**aulaDAE**  
Grupo Paradigma

[www.auladae.com](http://www.auladae.com)

## Consumo de alcohol y tabaco relacionado con inteligencia emocional, apego y uso de internet

<sup>1</sup> Nora Angélica Armendáriz-García  
<sup>2</sup> Montserrat Zacarías Martínez  
<sup>3</sup> Manuel Antonio López Cisneros

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

<sup>3</sup> Doctor en Ciencias de Enfermería. Des Ciencias de la Salud. Universidad del Carmen. Carmen, Campeche, México.

<sup>2</sup> Maestra en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

Dirección de contacto: [mlcisneros@hotmail.com](mailto:mlcisneros@hotmail.com)

### Cómo citar este artículo:

Armendáriz-García NA, Zacarías Martínez M, López Cisneros MA. Consumo de alcohol y tabaco relacionado con inteligencia emocional, apego y uso de internet. *RIdEC* 2020; 13(1):18-25.

Fecha de recepción: 6 de noviembre de 2019. Aceptada su publicación: 14 de enero de 2020.

### Resumen

**Objetivo:** conocer la relación entre la inteligencia emocional (IE), apego y uso del internet sobre el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes.

**Método:** el diseño del estudio es descriptivo correlacional. La población fueron adolescentes de preparatoria de ambos sexos. El tipo de muestreo fue probabilístico por conglomerado unietápico con asignación proporcional al tamaño del estrato. La muestra estimada es de 582 participantes.

**Resultados:** la prevalencia de consumo de alcohol en el último año mostró altas proporciones (48,5%) en comparación con el tabaco (20,3%). Además, se identificó que los adolescentes presentaron una IE bien desarrollada (23%), respecto al apego se identificaron medias más altas con la madre ( $\bar{X}= 52,93$ ), el empleo de internet presentó alta proporción de uso problemático con el 83,5%. Se identificó relación negativa y significativa respecto a la IE ( $r_s=-,496$ ,  $p= ,024$ ) y el consumo de alcohol; así mismo, se identificó relación negativa con el apego de la madre ( $r_s= -,317$ ,  $p= ,013$ ). Respecto al uso de internet se presentó correlación positiva y significativa con el consumo de alcohol ( $r_s= ,292$ ,  $p= ,029$ ) y tabaco ( $r_s= ,224$ ,  $p=,039$ ).

**Conclusiones:** la IE tiene una relación estrecha con el consumo de alcohol; por otro lado, se identificó que la relación de apego entre la madre y los adolescentes es importante para la prevención del consumo de alcohol. Un dato relevante fue el uso de internet donde se muestran proporciones altas de uso problemático de este, el cual se encuentra estrechamente relacionado con el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.

**Palabras clave:** uso de tabaco; bebidas alcohólicas; inteligencia emocional; internet; relaciones padre-hijo; adolescente.

### Abstract

**Alcohol use and smoking related to emotional intelligence, attachment and Internet use**

**Purpose:** to understand the impact of emotional intelligence (EI), attachment, and Internet use on alcohol use and smoking in adolescents.

**Methods:** the study was designed as a correlational descriptive study. Study population consisted in high school teenagers of both sexes. A probabilistic sampling method was used through single-step clustering, with assignment being proportional to stratum size. Estimated sample size was 582 participants.

**Results:** prevalence rate of alcohol use in the last year was high (48.5%) compared with smoking prevalence (20.3%). Moreover, teenagers were found to show a well-developed EI (23%). For attachment, higher mean values were observed to mothers ( $\bar{X}= 52.93$ ), and Internet use showed a high rate of problematic use (83.5%). A significant negative relationship was identified for EI ( $r_s=-.496$ ,  $p= .024$ ) and for alcohol use; furthermore, a negative relationship was also found for mother attachment ( $r_s= -.317$ ,  $p= .013$ ). Regarding Internet use, a significant positive correlation was found with alcohol use ( $r_s= .292$ ,  $p= .029$ ) and smoking ( $r_s= .224$ ,  $p=.039$ ).

**Conclusions:** it shows a close relationship with alcohol use; moreover, attachment between mothers and teenagers is important to prevent alcohol intake. A significant finding on the Internet use was the high rate of problematic use, which is closely related to alcohol use and smoking in adolescents.

**Key words:** smoking; alcoholic beverages; emotional intelligence; internet; parent-child relationships; adolescent.

## Introducción

El alcohol y tabaco son las sustancias psicoactivas más consumidas en el mundo debido a que son consideradas "socialmente aceptables" por la población, generando mayor permisibilidad para su uso aun en menores de edad (1). Se reconoce que en la etapa de la adolescencia el cerebro experimenta múltiples cambios que lo vuelven más sensible a diversos estímulos, incluyendo los generados por químicos como el consumo de alcohol y tabaco, estos estímulos tienen la potencialidad de producir modificaciones en la bioquímica cerebral. En el adolescente la corteza cerebral, la cual se encuentra implicada en la toma de decisiones, es la última en desarrollarse, esto puede explicar por qué tienden a tomar riesgos, volviéndolos potencialmente más vulnerables al abuso de drogas (2). Aunado a lo anterior, los adolescentes se encuentran en una etapa de búsqueda de identidad en la que experimentan diversos cambios tanto físicos como emocionales, lo cual favorece el consumo de estas sustancias impactando negativamente en el bienestar tanto físico, psicológico y social de los mismos (3).

Se estima que el 27% de las personas bebedoras actuales son jóvenes de 15 a 19 años de edad, en esta población las tasas de consumo de alcohol son más altas, registrándose el 44% para el continente europeo, el 38% en las Américas y 38% en el Pacífico Occidental (4). En México la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) registró un aumento significativo en la prevalencia del consumo de alcohol; el consumo excesivo en el último mes del 8,3% en 2016 en la población adolescente. Además, se presentó un incremento significativo en el género femenino, donde el consumo pasó de 2,2% en 2011 a 7,7% en 2016 (5). Respecto al consumo de tabaco se conoce que en el ámbito mundial causa cerca de ocho millones de muertes, además contiene más de 250 productos químicos nocivos para la salud y que producen cáncer. Sin embargo, la gran mayoría de los consumidores en todo el mundo inicia su consumo en la adolescencia y actualmente más de 150 millones de adolescentes son consumidores de tabaco (6). Así mismo, la ENCODAT, en 2016, reportó que la edad promedio de inicio de consumo de tabaco es de 14,3 años en donde las cifras son muy similares tanto para el género masculino como para el femenino (7).

La literatura evidencia que hay diversos factores de riesgo en los adolescentes que pueden relacionarse con el consumo del alcohol y tabaco. Dentro de estos factores de riesgo, especialmente los relacionados con los aspectos emocionales, familiares y de tiempo libre son relevantes en la población adolescente. En la actualidad ha surgido un concepto llamado inteligencia emocional (IE), definido como un conjunto de habilidades emocionales, tanto personales como interpersonales, que influyen en la habilidad general para afrontar las demandas y presiones del medio ambiente (8), el cual ha mostrado relevancia ya que se ha asociado con algunas conductas de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente; sin embargo, los estudios no son concluyentes (9,10,11).

Otro concepto relevante y poco abordado enfocado a la familia es el apego familiar, un vínculo emocional que el adolescente establece con su cuidador y que parece tener un papel fundamental para ayudar al joven a afrontar los desafíos que enfrenta en esta etapa de su vida. Algunos estudios han mostrado que los adolescentes que presentan buena relación con sus padres son menos propensos a desarrollar conductas de riesgo, siendo así que el apego familiar se convierte en un factor de protección contra el consumo de drogas (12,13).

Por otro lado, el uso del tiempo libre en los adolescentes es un aspecto importante a abordar, debido a que estos constantemente realizan diversas actividades para su entretenimiento y estas pueden relacionarse con conductas de riesgo como el consumo de drogas. En las últimas décadas, el implemento de internet se ha convertido en una herramienta indispensable en la sociedad actual, especialmente en los adolescentes. El uso de internet permite realizar varias funciones de la vida diaria de manera fácil, rápida y sencilla, así como la interacción social y acceder a fuentes de información (14). Sin embargo, algunos autores sugieren que el uso abusivo o problemático de internet también se ha relacionado con otras conductas de riesgo como el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias (15-16).

Hasta el momento en el ámbito internacional existe escasa literatura que incluya los conceptos de IE, apego y uso de internet en los adolescentes. Por ello, el abordar estos conceptos, poco estudiados respecto a la relación que pudieran presentar con el consumo de alcohol y tabaco, representa una oportunidad para incrementar el conocimiento sobre este fenómeno de estudio para desarrollar proyectos de investigación más amplios que apoyen la creación de intervenciones preventivas dirigidas a los adolescentes que representan una población vulnerable. Por tal motivo, el propósito del presente estudio es conocer la relación entre la IE, el apego y el uso del internet sobre el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes.

## Material y método

El presente estudio es descriptivo correlacional. La población estuvo constituida por 1.367 adolescentes (hombres y mujeres), estudiantes de bachillerato, pertenecientes a una preparatoria pública de Ciudad del Carmen, Campeche (México). El muestreo fue probabilístico por conglomerado unietápico con asignación proporcional al tamaño del estrato. La muestra fue estimada para una prueba de hipótesis alternativa bilateral para una correlación de ,07 de acuerdo a los siguientes parámetros: nivel de confianza de ,05, obteniéndose una muestra total de 207 participantes.

Para la recolección de datos se utilizó una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco. Para medir la IE se empleó el Inventario de Inteligencia Emocional BarOn ICE: NA (18), el cual consta de 60 ítems agrupados en seis subescalas (intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés, estado de ánimo en general, impresión positiva) y las respuestas son tipo Likert de 1 a 4. Aunado a lo anterior para medir el apego se utilizó el Inventario de Apego a Padres y Pares para Adolescentes (19), este instrumento consta de 75 ítems, 25 para cada figura de apego (madre, padre, pares) se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos. Para medir el uso de internet se empleó la Escala de Uso Problemático de Internet en Adolescentes (EUPI-a) (20), la cual consta de 11 ítems con respuestas tipo Likert que van desde 0 a 4. Por último, para medir el consumo de alcohol se llevó a cabo el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (21), el cual está conformado por 10 reactivos, con un patrón de respuesta tipo Likert donde la puntuación va de 1 a 4 puntos.

Se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y con la autorización de los directivos de la institución donde se llevó a cabo el estudio.

Posteriormente se acudió a la institución en fecha y hora establecida para realizar la invitación a los estudiantes a formar parte del estudio. Una vez que estos aceptaron se les entregaron los consentimientos para padres y asentimientos para los adolescentes, para que en una fecha posterior se entregaran ya firmados e iniciar con la aplicación de los instrumentos a quienes aceptaron participar. Los adolescentes del estudio completaron los instrumentos en un tiempo promedio de 20 minutos, el presente estudio se hizo en el mes de junio de 2019, apegándose a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (17). El análisis de los datos se realizó a través de frecuencias, proporciones, desviación estándar muestral (s), media (M) y mediana (Mdn); una vez que los datos no mostraron distribución normal bajo el estadístico de Kolmogorov Smirnov se procedió al empleo de estadística no paramétrica (U de Mann-Whitney y coeficiente de correlación de Spearman).

## Resultados

Las características sociodemográficas de los participantes muestran que 50,5% es del género femenino, así mismo la edad promedio de los participantes fue de 16,1 años ( $s= ,85$ ), reportando la edad de inicio de consumo de alcohol a los 13,8 años ( $s= 2,5$ ), mientras que para el consumo de tabaco fue a los 14,9 años ( $s= 1,6$ ). Así mismo se identificó que en promedio quienes consumen alcohol en el último año representan el 48,5% la muestra, de estos el 23,8% consumió en el último mes y el 8,3% siguió con esta conducta en la última semana. El número de bebidas que consumen en promedio en un día típico de consumo es de 3,8 ( $s= 1,89$ ). La bebida de mayor predilección para su consumo fue la cerveza con el 55,5%, seguido por el vodka (42%) y tequila (36%). Respecto al consumo de tabaco se presentaron prevalencias más bajas a diferencia del consumo de alcohol, se reportó el consumo en el último año del 20,4%, y el consumo en el último mes fue de 8,3% y 2,4% en la última semana. La cantidad de cigarrillos que consumen en un día típico presentó una media de 2,5 ( $s= 1,22$ ).

Respecto a la IE se identificó que un alto porcentaje de los participantes presentaron un nivel de IE adecuada ( $M= 86,6$ ), seguida por el 11,5% que presentó un nivel bajo y el 1,9% presentó un nivel inadecuado. Así mismo, la IE comprende cinco áreas y se identificó que el área intrapersonal ( $M= 126,1$ ,  $s= 26,5$ ) e interpersonal ( $M= 120,3$ ,  $s= 21,5$ ) presentaron medias más altas, en comparación con el estado de ánimo ( $M= 84,2$ ,  $s= 12,5$ ) e impresión positiva ( $M= 82,4$ ,  $s= 10,5$ ).

Por otro lado, respecto a la variable apego presentó una media de 157,44 ( $s= 31,8$ ), lo cual indica que el adolescente percibe apego tanto con la familia como con compañeros; sin embargo, se identificaron medias de apego más altas con los amigos ( $M= 54,96$ ,  $s= 13,50$ ) y con la madre ( $M= 52,93$ ,  $s= 15,00$ ) en comparación con el apego del padre ( $M= 49,54$ ,  $s= 11,31$ ). Por último, respecto al uso de internet el 83,5% de los participantes presenta uso problemático de la red y solo el 16,5% presentó uso moderado.

Aunado a lo anterior se identificó una diferencia significativa entre los adolescentes que consumen alcohol, quienes presentan menor IE enfocada al manejo de estrés (Mnd= 25,1), en comparación con los que no consumen alcohol (Mnd= 32,4); esta misma tendencia se presentó para la IE enfocada al estado de ánimo ( $p < ,05$ ) entre quienes consumen (Mnd= 24,0) y no consumen alcohol (Mnd= 33,0). Así mismo, para el consumo de tabaco e IE se identificó una diferencia significativa ( $p < ,05$ ) en las subescala de inteligencia emocional impresión positiva (Mnd= 14,0 vs. Mnd= 17,0) y manejo de estrés (Mnd= 25,00 vs. Mnd= 29,00) mostrándose medianas más altas en quienes no consumen tabaco (Tabla 1).

En la Tabla 2 se mostraron diferencias significativas observándose que los adolescentes que no consumen alcohol presentan medianas más altas de apego con la madre (Mdn= 53,00) en comparación con quienes sí consumen alcohol (Mdn= 46,00), no se encontraron diferencias significativas entre el apego del padre y de los amigos ( $p > ,05$ ). Para el consumo de tabaco no se identificaron diferencias significativas por tipos de apego.

Respecto al uso de internet se identificaron diferencias significativas en aquellos que consumían alcohol, presentaban mayores medianas de uso de internet en comparación con aquellos que no consumen alcohol ( $p < ,05$ ).

Otro dato relevante que se observó en la Tabla 3 es la relación negativa y significativa de la escala general de IE ( $r_s = -,496$ ,  $p = ,024$ ), la subescala de IE Intrapersonal ( $r_s = -,151$ ,  $p = ,013$ ) y la subescala de IE manejo del estrés ( $r_s = -,094$ ,  $p = ,035$ ) con el consumo de alcohol. Así mismo se identificó relación negativa entre el apego de la madre ( $r_s = -,317$ ,  $p = ,013$ ) y el consumo de alcohol. Respecto al uso de internet se presentó correlación positiva y significativa con el consumo de alcohol ( $r_s = ,292$ ,  $p = ,029$ ). En lo referente al consumo de tabaco se identificó una relación negativa y significativa con las subescalas de IE adaptabilidad ( $r_s = -,216$ ,  $p = ,016$ ) y manejo del estrés ( $r_s = -,112$ ,  $p = ,048$ ) y una correlación positiva y significativa con el uso de internet ( $r_s = ,224$ ,  $p = ,039$ ).

## Discusión y conclusiones

Los resultados del presente estudio confirman las altas prevalencias de consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes, sobresaliendo el consumo de alcohol. Esto puede tener una explicación cultural debido a que el consumo de esta sustancia es una conducta ampliamente aceptada y habitual en la población mexicana (1). Además, la percepción del riesgo por el consumo de alcohol es baja, sobre todo en los adolescentes (22-24).

Respecto al consumo de tabaco los resultados del presente estudio concuerdan con los datos reportado por la Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco (7), donde se presentan prevalencias similares del consumo; ello puede

**Tabla 1.** Diferencias de IE entre consumidores de alcohol y tabaco

	IE General	IE Intrapersonal	IE Interpersonal	IE Adaptabilidad	IE Manejo del estrés	IE Estado de ánimo	IE Impresión positiva
	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn
<b>Consumo de alcohol</b>							
Sí	162,1	6,8	17,8	38,4	25,1	24,0	16,11
No	170,7	6,9	16,5	36,1	34,2	33,0	14,9
	U= 1561,50	U= 1.263,0	U= 1.267,0	U= 1.320,0	U= 1.001,0	U= 1.138,5	U= 1.224,0
	$p = ,543$	$p = ,143$	$p = ,149$	$p = ,223$	$p = ,007^*$	$p = ,047^*$	$p = ,102$
<b>Consumo de tabaco</b>							
Sí	153,0	17,2	34,2	23,0	25,0	40,6	14,0
No	153,0	16,62	36,3	26,1	29,0	40,7	17,0
	U= 415,50	U= 501,50	U= 367,50	U= 326,00	U= 229,00	U= 480,50	U= 219,01
	$p = ,055$	$p = ,994$	$p = ,338$	$p = ,179$	$p = ,041^*$	$p = ,867$	$p = ,049^*$
IE= inteligencia emocional, Mdn= mediana, U= U de Mann-Whitney, $p$ = significancia, * = $p < ,05$							

**Tabla 2.** Diferencias del apego y uso de internet entre consumidores de alcohol y tabaco

Apego y uso de internet	Apego general	Apego madre	Apego padre	Apego amigos	Uso de internet
	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn
<b>Consumo de alcohol</b>					
Sí	156,3	53,1	52,6	54,9	29,5
No	157,5	46,2	52,9	57,4	22,1
	U= 1603,0	U= 43,34	U= 1.530,0	U= 1.480,0	U= 1.123,2
	p= ,988	p= ,024	p= ,745	p= ,591	p= ,036*
<b>Consumo de tabaco</b>					
Sí	164,6	45,8	56,0	62,8	29,5
No	157,2	49,6	52,8	54,7	22,0
	U= 399,5	U= 355,50	U= 418,50	U= 304,50	U= 3.799,0
	p= ,934	p= ,264	p= ,523	p= ,132	p= ,001*

IE= inteligencia emocional, Mdn= mediana, U= U de Mann-Whitney, p= significancia, \* = p<, 05

**Tabla 3.** Relación de la IE, apego y uso de internet con el consumo de alcohol y tabaco

	Consumo de alcohol		Consumo de tabaco	
	rs	Valor de p	rs	Valor de p
IE General	-,496	,024*	,079	,620
IE Intrapersonal	-,151	,013*	,026	,868
IE Interpersonal	-,101	,316	,080	,613
IE Adaptabilidad	-,046	,647	-,216	,016*
IE Manejo del estrés	-,094	,035*	-,112	,048*
IE Estado de ánimo	-,029	,772	-,010	,949
IE Impresión positiva	-,012	,905	,093	,560
Apego general	,029	,776	,039	,806
Apego a la madre	-,317	,013*	-,027	,863
Apego al padre	,063	,534	-,013	,933
Apego a amigos	,040	,689	,094	,554
Uso de internet	,292	,029*	,224	,039*

IE= inteligencia emocional, rs= coeficiente de correlación de Spearman, p= significancia, \* = p <,05

deberse a que aunque el tabaco es una de las principales drogas de inicio, la que se encuentra más arraigada para el comienzo del consumo de drogas en México es el alcohol (25), esto pudiera explicar las bajas prevalencias de consumo; sin embargo, siguen siendo importantes ya que lo deseable en esta población es que no se presente esta conducta (26-28).

Por otro lado, los resultados identificados respecto a la IE sugieren que esta habilidad debe ser evaluada y fortalecida con el objetivo que los adolescentes cuenten con herramientas para la toma de decisiones que contribuyan al desarrollo de conductas saludables, ya que se ha evidenciado que los adolescentes que presentan un nivel adecuado de IE se asocian con

menos consumo de drogas (9,29,30). No obstante, en el presente estudio se evidencia que la IE relacionada al estado de ánimo y a los aspectos positivos de los adolescentes requiere ser fortalecida debido a que en esta etapa de la vida los jóvenes presentan dificultades para enfrentar estos aspectos de forma efectiva (31-32).

Además, se evidenció que el apego, tanto de los padres como de los amigos, es un factor importante en los adolescentes, esto resulta relevante para los profesionales de salud debido a que el apego con la madre se relaciona de forma importante el no consumo de alcohol. Estos resultados coinciden con lo reportado con algunos trabajos donde sugieren que las relaciones cercanas de apego brindan mayor seguridad y habilidades de rechazo para prevenir el consumo de drogas (12-13). Sin embargo, en el presente estudio solo se identificó esta tendencia con el apego de la madre, esto podría explicarse debido a que en la cultura mexicana el mayor lazo afectivo que se presenta es el de madre-hijo, representado por apoyo, confianza, comprensión y cariño (33-34), lo cual tiene un impacto en la toma de decisiones incluso en las relacionadas con la salud.

Por último, la realización de actividades de ocio como el uso del internet tiene importantes implicaciones en los adolescentes. En el presente estudio una alta proporción de adolescentes presentaron uso problemático de internet, estos hallazgos coinciden con la evidencia científica que indica el incremento de cifras enfocadas a uso problemático de internet (35). Esta tendencia puede deberse a que en la actualidad el uso de esta herramienta se encuentra accesible y sin límites de uso en una amplia proporción de adolescentes. Sin embargo, puede ocasionar que el uso de forma excesiva o problemática de internet pueda tener un impacto directo en su salud. Esta información coincide con los resultados de este estudio, donde se identificó que el uso problemático de internet se relacionó positiva y significativamente con el consumo de alcohol en los adolescentes, lo anterior se debe a que este empleo limita las relaciones interpersonales, provocando así aislamiento social, ya que incrementa el interés de relacionarse solo de forma virtual, además de favorecer al sedentarismo y desequilibrios psicológicos, y de existir mayor riesgo de presentar adicción al uso de internet y el consumo de otras drogas (36).

Se concluye que el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes es un problema real, por lo cual identificar factores que se encuentran relacionados a los cambios derivados de la globalización que afectan a los adolescentes son clave debido a que estos pueden estar relacionados con el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de drogas. Esto resulta relevante para los profesionales de salud debido a que los hallazgos obtenidos del presente estudio brindan conocimiento científico que apoya la hipótesis de que la IE, el apego y el uso de internet son conceptos importantes a considerar en el cuidado del adolescente, ya que evidencia que se encuentran relacionados con el consumo de alcohol y tabaco. Es importante mencionar que respecto a los conceptos abordados en el presente estudio en la población latinoamericana hay escasa información sobre la asociación de estas variables con el consumo de alcohol y tabaco; por lo cual es importante realizar réplicas del presente estudio en esta región, además de incluir trabajos con diseños predictivos y explicativos que brinden conocimiento más amplio sobre este fenómeno y que establezcan bases para el diseño y desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas a la prevención de consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Financiación

Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica (PAICYT 2019) con el número de registro: EHA1013-19.

## Bibliografía

- [1] Gómez Z, Landeros P, Noa M, Patricio S. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. RESPYN [internet] 2018 [citado 8 may 2020]; 16(4):1-9. Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view%20/338>
- [2] Maturana A. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Rev. Med. Clin. Condes [internet] 2011 [citado 8 may 2020]; 22(1):98-109. Disponible en: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/11\\_DR\\_Maturana-13.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/11_DR_Maturana-13.pdf)
- [3] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. Informe Mundial sobre las Drogas [internet] 2013. [citado 8 may 2020]. Disponible en: [https://www.unodc.org/doc/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2013/World_Drug_Report_2013_Spanish.pdf)

- [4] Organización Mundial de la Salud (OMS). Comunicado de Prensa. El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. OMS 2018 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>
- [5] Villatoro VJA, Reséndiz EE, Mújica SA, Breton CM, Cañas MV, Soto H I, Fragoso I, et al. Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de la Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. (2016-2017) [internet]. Ciudad de México: INPRFM; 2017
- [6] Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota Informativa sobre el tabaco. [internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- [7] Villatoro VJA, Reséndiz EE, Mújica SA, Breton CM, Cañas MV, Soto HI, Fragoso ID, et al. Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de la Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017) [internet]. México: INPRFM; 2017. [citado 8 may 2020]; Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q\\_BDK9LA0e/view](https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view)
- [8] Bar-On. The Model of Social and Emotional Intelligence (ESI). *Psicothema*. [internet] 2006 [citado 8 may 2020]; 18(2):13-25. Disponible en: [http://www.eiconsortium.org/reprints/bar-on\\_model\\_of\\_emotional-social\\_intelligence.htm](http://www.eiconsortium.org/reprints/bar-on_model_of_emotional-social_intelligence.htm)
- [9] González L, Berger K. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Cienc. Enferm.* [internet] 2002 [citado 8 may 2020]; 8(2):27-35. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532002000200004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200004)
- [10] López K, Lobo de Costa M. Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet] 2008 [citado 8 may 2020]; 16(2):299-305. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200020&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200020&script=sci_abstract&tlng=es)
- [11] Ahumada-Cortez JG, Gámez-Medina ME, Valdez-Montero C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*. [internet] 2017 [citado 8 may 2020]; 13(2):13-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- [12] Pérez-Islas V, Arellanes-Hernández JL. Vínculo afectivo con padres, pares y uso de drogas en adolescentes mexicanos. *Rev Sist Exp.* [internet] 2015 [citado 8 may 2020]; 2(5):178-92. Disponible en: [http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Sistemas\\_Experimentales/vol2num5/Revista\\_de\\_Sistemas\\_Experimentales\\_V2\\_N5-32-46.pdf](http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Sistemas_Experimentales/vol2num5/Revista_de_Sistemas_Experimentales_V2_N5-32-46.pdf)
- [13] Estévez A, Jauregui P, Sánchez-Marcos I, López-González H, Griffiths MD. Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *J Beh addic.* [internet] 2017 [citado 8 may 2020]; 6(4):534-44. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/322089885\\_Attachment\\_and\\_emotion\\_regulation\\_in\\_substance\\_addictions\\_and\\_behavioral\\_addictions](https://www.researchgate.net/publication/322089885_Attachment_and_emotion_regulation_in_substance_addictions_and_behavioral_addictions)
- [14] Villanueva V. ¿Existen diferencias en función del sexo en el uso problemático de Internet en adolescentes? Are there sex differences in problematic Internet use in adolescents? *Adicciones*. [internet] 2019 [citado 8 may 2020]; 117:47-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7005836>
- [15] Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addict* [internet] 2012 [citado 8 may 2020]; 107(12):2210-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22621402>
- [16] Gámez-Guadix M, Calvete E, Orue I, Las Hayas C. Problematic Internet use and problematic alcohol use from the cognitive-behavioral model: A longitudinal study among adolescents. *Addict Behav.* [internet] 2015 [citado 8 may 2020]; 40:109-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25244690>
- [17] Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. México, D.F. [internet] 1987 [citado 1 may 2020]. Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/investiga/reg\\_investigacion.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/investiga/reg_investigacion.pdf)
- [18] Ugarriza N, Pajares L. Adaptación y estandarización del inventario de Inteligencia emocional de BarOn ICE: NA, en niños y adolescentes. Lima: Manual técnico; 2004.
- [19] Armsden G, McCauley E, Greenberg M, Burke P, Mitchell J. Parent and peer attachment in early adolescent. *J Ab Chil Psy.* [internet] 1990 [citado 8 may 2020]; 18(1):683-97. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01342754>
- [20] Rial B, Gómez Salgado P, Isorna Folgar M, Araujo Gallego M, Varela Mallou J. EUPI-a: escala de uso problemático de internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*, 2015; 2(1):47-63. Doi: <http://doi.org/10.6018/analesps.30.2.15911>
- [21] Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias- Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social; 2001 [citado 8 may 2020]; 40. Disponible en: <https:// Cuestionario+de+Identificaci%C3%B3n+de+los+Trastornos+debidos+al+Consumo+de+Alcohol>.

- [22] Méndez-Ruiz MD, Ortiz-Moreno GA, Eligio-Tejada IA, Yáñez-Castillo BG, Villegas-Pantoja MA. Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Aquichan*. [internet] 2018 [citado 8 may 2020]; 18(4):438-48. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/9526>
- [23] Mata ME, Robles-Amaya J, Ripalda-Asencio V, Calderón-Cisneros J. La percepción del riesgo relacionado al consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev Pri Soc*. [internet] 2018 [citado 8 may 2020]; 23:235-349. Disponible en: <https://revistaprisasocial.es/article/view/2776>
- [24] Méndez-Ruiz MD, Alonso-Castillo MT, Alonso-Castillo MM, Uribe-Alvarado JI, Armendáriz-García NA. Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [internet] 2015 [citado 8 may 2020]; 11(3):161-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80342807007>
- [25] Casango-Campechano O, Cortaza-Ramírez L, Villar-Luis M. Motivos para el consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de Minatitlán, Veracruz, México. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. [internet] 2017 [citado 8 may 2020]; 17(2):25-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2017/muv172c.pdf>
- [26] Villatoro Velázquez JA, Medina-Mora Icaza ME, del Campo Sánchez RM, Fregoso Ito DA, Bustos Gamiño MN, Resendiz Escobar E, et al. El consumo de drogas en estudiantes de México. *Salud mental*. [internet] 2016 [citado 8 may 2020]; 39(4):193-203. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58246494002.pdf>
- [27] De Mendiolaigoitia Cortina LA, Blanco JL. Ayuda para deshabituación tabáquica grupal en la factoría Thyssenkrupp Norte de Mieres. *RIdEC* 2014; 7(1):16-23.
- [28] Araujo PJ. Consumo de tabaco en pipa de agua (shisha, hookah, narghile) en chicos usuarios de una red social. *RIdEC*. 2015; 8(1):36-52.
- [29] Ciarrochi J, Forgas JP, Mayer JD (eds.). *Emotional Intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Psychology Press. 2001.
- [30] Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*. 2002; 32(1):95-105.
- [31] Sharma D, Gulati R, Misra I. Emotional intelligence: influencing smoking behavior in Young adults. *Jindal Journal of Business Research*. [internet] 2017 [citado 8 may 2020]; 6(1):14-24. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2278682117697414>
- [32] García del Castillo JA, García del Castillo-López A, Gázquez Pertusa. M, Marzo Campos JC. La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y drogas*. [internet] 2013 [citado 8 may 2020]; 13(2):89-97. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83929573001.pdf>
- [33] Cutrín O, Gómez-Fraguela JA, Maneiro L, Sobral J. Los efectos de las prácticas parentales a través de compañeros desviados en los comportamientos antisociales no violentos y violentos en la adolescencia media y tardía. *Eur J Phy App Leg Con*. [internet] 2017 [citado 8 may 2020]; 9(2):75-82. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1889-18612017000200075](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1889-18612017000200075)
- [34] Ceyhan E, Boysan M, Tayyip M. Associations between online addiction attachment style, emotion regulation depression and anxiety in general population testing the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Sleep Hypn*. [internet] 2019 [citado 8 may 2020]; 21(2):123-39. Disponible en: <https://www.sleepandhypnosis.org/ing/abstract.aspx?MkID=283>
- [35] Cabrera A, Chacón A, Vera D. Incidencia del uso del internet en los adolescentes de las instituciones de educación media. *Revista ciencia UNEMI*. [internet] 2015 [citado 8 may 2020]; 8(14):57-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5210274>
- [36] Golpe S, Isorna M, Gómez P, Rial A. Uso problemático de internet y adolescentes: el deporte sí importa. *Retos*. [internet] 2017 [citado 8 may 2020]; 31(1):52-7. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/44248>

## Influencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento farmacológico en un centro de salud de Valencia

<sup>1</sup> Gabriel Jiménez Molina  
<sup>2</sup> Ivanna Vidal Sánchez  
<sup>3</sup> Olaya Felipe Román  
<sup>4</sup> Elena Chover Sierra

<sup>1</sup> Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

<sup>2</sup> Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

<sup>3</sup> Máster en Enfermería Oncológica por la Universidad de Valencia. Centro de Atención Primaria Barrio de la Luz de Valencia.

<sup>4</sup> Doctora en Enfermería por la Universidad de Valencia. Profesora asociada en la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia. Enfermera en Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Dirección de contacto: [ivannav4@gmail.com](mailto:ivannav4@gmail.com)

### Cómo citar este artículo:

Jiménez Molina G, Vidal Sánchez I, Felipe Román O, Chover Sierra E. Influencia del apoyo en la adherencia al tratamiento farmacológico en un centro de salud de Valencia. *RIdEC* 2020; 13(1):26-35.

Fecha de recepción: 3 de enero de 2020. Aceptada su publicación: 3 de abril de 2020.

### Resumen

**Objetivo:** valorar cómo es el apoyo social percibido por los pacientes que acuden a la consulta programada de Enfermería de Atención Primaria, describiendo su influencia en la adherencia al tratamiento farmacológico, dos aspectos fundamentales asociados al curso y al desenlace de las enfermedades crónicas.

**Método:** se trata de un estudio cuantitativo observacional descriptivo transversal. La población diana fueron usuarios que acuden a la consulta programada de Enfermería de Atención Primaria. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y caso consecutivo. El apoyo social percibido se midió mediante el test de MOS, y la adherencia al tratamiento fue valorada mediante el test de Morisky-Green.

**Resultados:** la muestra final fue de 79 personas. En cuanto a la autopercepción de salud, 38 de los 79 encuestados expresaron que su estado de salud era bueno o muy bueno. Con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico, 57 resultaron ser cumplidores frente a 22 no cumplidores. En cuanto al apoyo social percibido, 61 obtuvieron un buen apoyo social frente a 17 que obtuvieron un mal apoyo social. Al relacionar el test de MOS y el de Morisky-Green se observa que a mejor apoyo social percibido mejor adherencia al tratamiento.

**Conclusiones:** la consulta de Enfermería de Atención Primaria es el lugar adecuado para valorar tanto la adherencia al tratamiento farmacológico y el apoyo social percibido, dos variables que correlacionan positivamente; además del lugar idóneo para reconocer problemas reales y potenciales de salud y poner en marcha estrategias para asegurar la adherencia al tratamiento.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; apoyo social; cumplimiento y adherencia al tratamiento farmacológico; Enfermería en salud comunitaria.

### Abstract

#### Influence of social support on adherence to drug therapy in a health center in Valencia

**Purpose:** to assess how social support is perceived by patients attending scheduled visits of Primary Care Nurses, and to describe its influence on the adherence to drug therapy, which are two core items associated with the course and outcome in chronic diseases.

**Methods:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional, observational study. The target population comprised users who attend scheduled visits of Primary Care Nurses. A non-probabilistic sampling method was used, with a convenience case-consecutive sample. Perceived social support was measured by the MOS test, and adherence to treatment was assessed by the Morisky-Green test.

**Results:** the final sample included 79 participants. Regarding self-perception of health, 38 of the 79 respondents reported that their health status was good or very good. With regard to adherence to drug therapy, 57 proved to be compliant versus 22 non-compliant. As for perceived social support, 61 received good social support versus 17 who had poor social support. When relating the MOS test and the Morisky-Green test, it could be observed that the better the perceived social support, the better the adherence to treatment.

**Conclusions:** a Primary Care Nursing office is the appropriate place to assess both adherence to drug therapy and perceived social support; both variables are positively correlated; it is also the right place to identify actual and potential health problems and to implement strategies to ensure treatment adherence.

**Key words:** Primary Care Nursing; social support; drug treatment compliance and adherence; community health nursing.

## Introducción

Las enfermedades crónicas son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquellas de larga duración y por lo general de evolución lenta (1,2). Dentro de este grupo son las enfermedades cardiovasculares aquellas con mayor morbimortalidad, con 17,5 millones de defunciones al año y un número muy superior de invalideces en el ámbito mundial. Seguidamente se encuentra el cáncer con 8,2 millones de muertes anuales, las patologías respiratorias con 4 millones y la diabetes con 1,5 millones. Estos cuatro grupos de enfermedades suponen el 82% de la mortalidad por enfermedades crónicas (2).

Es sabido que estas enfermedades se ven favorecidas por el envejecimiento de la población, la urbanización y una creciente globalización que implica la práctica de estilos de vida poco saludables, sobre todo en las personas socialmente más vulnerables y que cuentan con menos recursos (1).

Debido a esto, y a que la Atención Primaria es la que más se acerca a la persona en su contexto social, es importante trabajar desde este ámbito mediante la prevención secundaria y terciaria, reforzando la detección precoz y trabajando con los pacientes para la consecución del mayor grado de cumplimiento terapéutico posible (1).

En este estudio se abordará la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento, en cuanto al primero existen varias definiciones de apoyo social; según Thoits (3), es el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiéndose como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Bowling (4), por su parte, lo define como el proceso interactivo en el que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra. Al mismo tiempo, el apoyo social funciona como amortiguador del estrés, aumenta la calidad de vida y la adherencia terapéutica (5).

También es esencial comprender el carácter multidimensional del apoyo social, pudiéndolo dividir en apoyo cuantitativo o estructural, que se refiere a la red social con que cuenta el individuo; y el de tipo funcional o cualitativo, el cual es subjetivo, ya que es lo que el propio individuo percibe y tiene diversos aspectos que son el apoyo emocional, el afectivo, el informativo y el instrumental (5).

Los aspectos citados anteriormente, así como su interrelación, influirían en la otra variable a estudio, la adherencia al tratamiento. Según la OMS en su reunión de 2001 sobre Adherencia Terapéutica, concluyó definir esta como "el grado en el que el paciente sigue instrucciones médicas" y era insuficiente, ya que para tratar las enfermedades crónicas se requiere el empleo de una gran variedad de intervenciones con el sujeto. Además, en contraposición con la idea actual, la palabra "instrucciones" implica considerar al paciente como un ser pasivo (6).

Una de las definiciones más aceptadas de adherencia terapéutica es la de Haynes (7): "El grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria".

Según el informe de la OMS "Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción" del año 2004, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en enfermos crónicos solo llega al 50% y en los países en vías de desarrollo es más deficiente aún. En cuanto a enfermedades como la diabetes y la hipertensión, en Europa únicamente el 28% de los pacientes tratados logra un buen control glucémico (8,9), mientras que un 25% alcanza unas cifras óptimas de tensión arterial (10). Esta situación se traduce en problemas de salud evitables para los pacientes y en unos costes excesivos para los sistemas de salud.

La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias clínicas y económicas como un tema prioritario de salud pública en el ámbito mundial. En cuanto a las dimensiones que influyen en la adherencia terapéutica, este organismo cita cinco: factores socioeconómicos: pobreza, analfabetismo, desempleo, falta de redes sociales, distancia al centro sanitario, coste de del transporte y la medicación y creencias populares en cuanto a la enfermedad y su tratamiento (6); factores relacionados a la asistencia sanitaria, ya que una buena relación terapéutica aumentaría la adherencia al tratamiento (11); factores relacionados con el tratamiento, como su complejidad, duración, efectos secundarios y el fracaso de tratamientos anteriores; factores relacionados con la enfermedad, como la gravedad, la discapacidad, su progresión y la disponibilidad de tratamiento existente; por último, factores relacionados con el propio paciente, recursos propios como conocimientos, actitudes, creencias, expectativas, etc. Es decir, la motivación para adherirse al tratamiento estará entonces influida por el valor que el paciente le dé al hecho de seguir el régimen terapéutico y por el grado de confianza en poder seguirlo (12). Por lo tanto, es importante acrecentar la motivación intrínseca del paciente, así como sus aptitudes de autocuidado, serán metas importantes a conseguir (6).

Como profesionales de Atención Primaria se ha de ofrecer una atención lo más integral posible. Debido a las características del paciente crónico es oportuno analizar cómo sus circunstancias sociales, económicas y su percepción acerca del apoyo social recibido influyen en su salud, y en algo tan determinante como la adherencia al tratamiento. Si bien es verdad que el concepto adherencia terapéutica es más amplio, la adherencia al tratamiento farmacológico es uno de los aspectos fundamentales que la componen y, por tanto, lo que se va a evaluar mediante el instrumento seleccionado. Por otra parte, si bien hay bastante bibliografía acerca del tema, no hay muchos estudios realizados por parte de Enfermería, aunque este es el profesional encargado de la educación, promoción y prevención de la salud en todos sus niveles, constituyendo para estos pacientes un instrumento clave de apoyo.

Distintos estudios recogen cómo el apoyo social ha mostrado un efecto amortiguador en cuanto a los impactos adversos de la enfermedad crónica. No hay que olvidar el importante papel de las familias, ya que estas no solo son las unidades básicas de cuidados, sino que también condicionarán las actitudes, creencias y comportamientos del individuo frente a la salud y a la enfermedad (5).

Por lo tanto, el objetivo general de este trabajo es valorar cómo es el apoyo social percibido por los pacientes que acuden a la consulta programada de Enfermería en Atención Primaria, así como describir la influencia de esta variable en la adherencia al tratamiento farmacológico.

## Material y método

**Diseño:** estudio descriptivo transversal.

**Población y ámbito de estudio:** la población diana fueron usuarios que acuden habitualmente a la consulta programada de Enfermería de Atención Primaria de un centro de salud del Departamento 9 de la Comunidad Valenciana y que cumplen los criterios diagnósticos de la OMS para patologías crónicas.

**Criterios de selección:** se incluyó a quienes aceptaran hacerlo de forma voluntaria, mediante la cumplimentación y firma de un documento de consentimiento informado. Se excluyeron pacientes en situación avanzada de enfermedad, personas con evidencia de deterioro cognitivo, problemas neurológicos o alteraciones conductuales graves que imposibilitaran la monitorización del apoyo social que recibían, así como su grado de adherencia al tratamiento farmacológico.

**Muestra:** mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia y caso consecutivo, se seleccionaron 79 participantes. Aunque algunos cuestionarios no se rellenaron completamente, fueron incluidos en el análisis final, considerándose la información no recogida en el cuestionario como casos perdidos de la variable a estudio (por ese motivo la suma de las frecuencias no siempre coincide con el número de participantes).

**Variables:** las variables descriptoras de la población fueron clasificadas en tres categorías: variables personales, variables sobre su situación de salud y variables socioeconómicas.

**Instrumentos:** la valoración del apoyo social se realizó mediante el cuestionario MOS de apoyo social, instrumento concebido para evaluar a pacientes con patologías crónicas y validado en España por Revilla et al. (13) para su empleo en contextos clínicos. Se trata de un cuestionario multidimensional que permite valorar aspectos cuantitativos (tamaño) y cualitativos (dimensiones) de la red social, que explora cinco dimensiones del apoyo social: el informativo, el emocional, el tangible, la interacción social positiva y el afecto/cariño. Consta de 19 preguntas sobre la presencia de determinados tipos de apoyo, que se contestan con una escala tipo Likert de 5 puntos. La puntuación oscila entre 19 y 95 puntos. La escala posee buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna elevada ( $\alpha$  de Cronbach= 0,97) (13). Para este estudio se ha catalogado como "buen apoyo social" a aquellos que obtienen una puntuación igual o superior a 57. La valoración de la adherencia terapéutica se llevó a cabo a través del test de Morisky-Green, que consta de cuatro preguntas. Se considera que una persona tiene buena adherencia terapéutica si responde negativamente a las cuatro, y se le clasifica como cumplidor. En cambio, si alguna de las respuestas es "sí", el paciente se clasifica como no cumplidor (14). Este método fue desarrollado por Morisky, Green y Levine (14) y validado en España por Val Jiménez et al. (16), posee una fiabilidad del 61% (15), en un principio su finalidad era valorar el cumplimiento de la pauta de medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA), y posteriormente se adaptó a otras enfermedades como la diabetes o la toma de anticoagulantes orales.

Los cuestionarios se entregaron en formato papel para que el paciente los cumplimentara en la consulta. Los autores estuvieron presentes en ese momento para poderles resolver las posibles dificultades de comprensión que aparecieran durante la realización del cuestionario.

**Análisis de datos:** en primer lugar se procedió al análisis descriptivo univariante de cada variable, en caso de variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión, y en caso de variables cualitativas mediante distribución de frecuencias. Tras ello se llevó a cabo el análisis bivariante, utilizando la prueba de Chi cuadrado para estudiar las relaciones entre variables. En todos los análisis se estableció un nivel de confianza del 95% ( $p < 0,05$ ). Para el análisis de datos y representaciones gráficas se utilizó el *software* SPSS24.

**Consideraciones éticas:** previamente el proyecto fue remitido y aprobado por el comité ético de investigación clínica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

## Resultados

Se entrevistaron 38 hombres y 39 mujeres, de edades comprendidas entre 51 y 86 años, siendo la media de edad de 70,96 años, con una desviación típica de 9,29 años. El resto de variables sociodemográficas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables sociodemográficas					
	Frecuencia	Porcentaje	Rango	Media	DT*
Edad			51-86	70,96	9,30
<b>Género</b>					
Hombre	38	49,4			
Mujer	39	50,6			
<b>Nivel de estudios</b>					
No sabe leer ni escribir	3	3,8			
Primaria incompleta	29	37,2			
Primaria completa	20	25,6			
Estudios secundarios	19	24,4			
Estudios universitarios	7	9			
<b>Situación laboral</b>					
En activo	4	5,2			
Desempleado	6	7,8			
Jubilado	67	87,0			
<b>Personas con las que convive</b>					
0	9	12,0			
1	20	26,7			
2	28	37,3			
3	12	16,0			
4	5	6,7			
5	1	1,3			
<b>Personas a su cuidado</b>					
0	56	73,7			
1	13	17,1			
2	6	7,9			
3	1	1,3			
*DT: desviación típica					

Una tercera parte de los sujetos describieron su estado de salud como regular, y un porcentaje ligeramente superior como bueno, tal y como se muestra en la Tabla 2, donde se presentan los resultados relativos al estado de salud de los participantes.

Los resultados obtenidos tanto en la valoración del apoyo social como en la adherencia terapéutica se muestran en la Tabla 3.

En cuanto a la relación entre el test de MOS y el de Morisky-Green se observa que dentro del grupo catalogado como "cumplidor", un 78,7% obtuvo un buen apoyo social; mientras que en el grupo de "no cumplidores", el buen apoyo social desciende al 61,9%. El test de Chi cuadrado mostró la existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p=0,034$ ).

En la Tabla 4 se muestran los resultados en cuanto al apoyo social percibido en función de las características descriptoras de la población; diferencias que analizadas mediante la prueba de Chi cuadrado no mostraron ser estadísticamente significativas. Es de destacar que perciben un buen apoyo social con mayor frecuencia las mujeres, el grupo de edad entre 75 y 79 años, aquellas con estudios primarios y las que convivían con varias personas o tenían no más de dos personas a su cargo.

En la Tabla 5 se muestran las relaciones entre el test de Morisky-Green y determinadas variables descriptivas de la población, que tampoco resultaron ser significativas. Se encontró un mayor porcentaje de cumplidores en el grupo de las mujeres, en el grupo de edad entre 75 y 79 años y las personas con estudios primarios o sin estudios. Los resultados de Morisky-Green se relacionaron también con las variables sobre estado de salud. Así se observa que un 65,4% de las personas con diabetes mellitus (DM) y un 73,3% de las personas con hipertensión arterial (HTA) son cumplidores, pero solo lo son un 33% de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Con respecto a la relación entre Morisky-Green y la autopercepción de salud, en ambos grupos el cumplimiento fue similar, aunque entre las personas con mejor percepción de salud hay un mayor porcentaje de cumplidores que entre los que tienen peor percepción de su estado de salud.

**Tabla 2.** Situación sobre el estado de salud

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Autopercepción de salud</b>		
Muy malo	1	1,3
Malo	9	11,4
Regular	31	39,2
Bueno	35	44,3
Muy bueno	3	3,8
<b>Enfermedades crónicas</b>		
HTA*	60	76,9
DM**	26	33,3
EPOC***	3	3,8
<b>Número de enfermedades</b>		
1	42	55,3
2	27	35,5
3	5	6,6
4	1	1,3
*HTA: hipertensión arterial. **DM: diabetes mellitus. ***EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica		

**Tabla 3.** Resultado de los cuestionarios Morisky-Green y MOS

	Frecuencia	Porcentaje	Rango	Media	DT*
<b>Morisky Green</b>					
No cumplidor	22	27,8			
Cumplidor	57	72,2			
<b>MOS**</b>					
Buen apoyo social	61	78,2			
Mal apoyo social	17	21,8			
MOS** Índice global de apoyo social			21-95	76	20,3
*DT: desviación típica. **MOS: cuestionario de apoyo social percibido (Medical Outcomes Study)					

**Tabla 4.** Resultados del apoyo social percibido según características descriptivas de la población

		n	Buen apoyo social n (%)	Mal apoyo social n (%)	p-valor
Género	Hombre	38	29 (76,3%)	9 (23,7%)	0,783
	Mujer	38	30 (78,9%)	8 (21,1%)	
Grupo de edad	< 60	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0,428
	60-64	7	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
	65-69	14	10 (71,4%)	4 (28,6%)	
	70-74	14	12 (85,7%)	2 (14,3%)	
	75-79	16	15 (93,8%)	1 (6,2%)	
	80-85	14	9 (64,3%)	5 (35,7%)	
Nivel de estudios	Primarios	52	40 (76,9%)	12 (23,1%)	0,698
	Secundarios o superiores	26	21 (80,8%)	5 (19,2%)	
Situación laboral	En activo	4	3 (75%)	1 (25%)	0,936
	Desempleado	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
	Jubilado	66	51 (77,3%)	15 (22,7%)	
Personas con que conviven	0	9	4 (44,4%)	5 (55,6%)	0,084
	1	20	14 (70%)	6 (30%)	
	2	28	23 (82,1%)	5 (17,9%)	
	3	12	11 (91,7%)	1 (8,3%)	
	4	5	5 (100%)	0 (0%)	
	5	1	1 (100%)	0 (0%)	
Personas a su cargo	0	56	44 (78,6%)	12 (21,4%)	0,865
	1	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)	
	2	6	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
	3	1	1 (100%)	0 (0%)	

**Tabla 5.** Resultados del test de Morisky-Green con respecto a las variables descriptivas de la población

		n	Cumplidor n (%)	No cumplidor n (%)	p-valor
Género	Hombre	38	26 (68,4%)	12 (31,5%)	0,402
	Mujer	39	30 (76,9%)	9 (23%)	
Grupo de edad	< 60	13	8 (61,5%)	5 (38,4%)	0,582
	60-64	7	5 (71,4%)	2 (28,5%)	
	65-69	14	12 (85,7%)	2 (14,2%)	
	70-74	14	10 (71,4%)	4 (28,5%)	
	75-79	16	13 (81,2%)	3 (18,7%)	
	80-85	15	9 (60%)	6 (40%)	
Nivel de estudios	Primarios	52	38 (73%)	14 (26,9%)	0,799
	Secundarios o superiores	27	19 (70,3%)	8 (29,6%)	

**Tabla 5.** Resultados del test de Morisky-Green con respecto a las variables descriptivas de la población (*continuación*)

		n	Cumplidor n (%)	No cumplidor n (%)	p-valor
Personas con que conviven	0	9	3 (33,3%)	6 (66,7%)	0,060
	1	20	18 (90%)	2 (10%)	
	2	28	20 (71,4%)	8 (28,6%)	
	3	12	8 (66,7%)	4 (33,3%)	
	4	5	4 (80%)	1 (20%)	
	5	1	1 (100%)	0 (0%)	
Patología	HTA*	60	44 (73,3%)	16 (26,6%)	0,581
	DM*	26	17 (65,3%)	9 (34,6%)	0,373
	EPOC*	3	1 (33,3%)	2 (66,6%)	0,131
Percepción estado de salud	Mala o regular	38	29 (76,3%)	9 (23,6%)	0,427
	Buena o muy buena	41	28 (68,2%)	13 (31,7%)	

\*HTA: hipertensión arterial. \*DM: diabetes mellitus. \*EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

En último lugar se relacionó la autopercepción de salud con el género, en este caso se observó que de las mujeres solo el 39,5% percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que en los hombres el porcentaje de quienes perciben su estado de salud como bueno o muy bueno asciende al 60,5%. En este caso el análisis mediante Chi cuadrado obtuvo un valor de  $p=0,05$ .

## Discusión y conclusiones

El objetivo principal del presente trabajo fue relacionar el apoyo social mediante el test de MOS con la adherencia al tratamiento utilizando el test de Morisky-Green, además de relacionar estos test con las demás variables descriptivas de la población.

La adherencia al tratamiento observada en el presente estudio fue del 72,2%, mucho mayor a los datos ofrecidos por la OMS los cuales hablan de un 50% (7), y mayores a otros estudios similares, como el de Núñez Montenegro et al. (17) donde el cumplimiento terapéutico en mayores de 65 años polimedcados se sitúa en el 51,7%. Cabe destacar que la enfermedad crónica más prevalente en esta muestra fue la HTA, presente en el 76,9% de los encuestados, prevalencia ligeramente superior a la de otros estudios consultados (18,20), que oscilaba entre el 73,7% y el 75,9%.

En cuanto a la relación entre el test de MOS y el test de Morisky-Green, en este trabajo se ha encontrado una relación estadísticamente significativa, que muestra que las personas con buen apoyo social presentan mayores porcentajes de adherencia al tratamiento farmacológico. Esto se observa también en estudios como el de Vinaccia et al. (21) que muestra cómo aquellos individuos con una alta percepción de apoyo (sobre todo en esferas como apoyo emocional e interacción social) obtuvieron también una buena adherencia farmacológica, mientras que en el estudio de Núñez Montenegro et al. (17) se concluye que el perfil de incumplidor responde a aquellos individuos que viven solos, algo que no se ha podido confirmar en este trabajo, pues no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función del número de personas que convivían en el domicilio.

Es importante reflexionar entonces cómo las enfermeras comunitarias pueden modificar ese apoyo social percibido. Según una revisión sistemática de Mármol-López et al. (22) donde aborda las intervenciones enfermeras con mayor impacto en la cronicidad, aquellas que obtuvieron un mejor resultado teniendo en cuenta la satisfacción percibida de los pacientes fueron; la gestión de casos, la práctica avanzada, los programas de atención domiciliaria y la telemonitorización (22). En esta línea, otra tendencia sería "la formación entre pares de iguales", es decir, intervenciones realizadas por *coaching* entre pares y el programa de "paciente experto", estos también proporcionarían apoyo social y emocional, promoviendo el cumplimiento del tratamiento (23). Aunque hace falta ahondar más en esta relación se puede intuir que es importante desarrollar aquellas

intervenciones que amplían la red de apoyo del paciente, teniendo en cuenta siempre la familia y la comunidad donde se encuentra.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados del test de MOS en función del género, edad u otras variables descriptoras, como el nivel de estudios, la situación laboral o la autopercepción del estado de salud. En estudios como en el de Costa Requena et al. (24) los varones percibieron mayor apoyo que las mujeres, resultado semejante al presentado en el artículo de la adaptación española del cuestionario (13). Respecto a la edad, en dicho estudio tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas, difiriendo esto con la adaptación española del cuestionario, donde a mayor edad peor percepción de apoyo social (24).

En el presente estudio tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del test de Morisky-Green en función del género, ni con el resto de las variables descriptoras. Tiesca-Molina et al. (25), en un estudio donde analizan los determinantes del cumplimiento terapéutico, concluyen que tampoco hay diferencias de género, aunque sí delimitan un perfil de mujer cumplidora en aquellas con nivel escolar bajo y mejor calidad de vida en el componente físico, mientras que los hombres cumplidores presentan también escolaridad baja, buena función física y difieren según la zona en que viven (interior o costa), en ambos géneros los no cumplidores son aquellos que reportaban dos enfermedades crónicas además de la HTA. En cuanto al estudio anteriormente citado de Núñez Montenegro et al. (17), el cumplimiento tampoco estaría relacionado con el género, pero sí se relacionaría positivamente con vivir en zona de interior y vivir acompañado. Moreno Juste et al. (26) en su estudio observacional transversal retrospectivo, sobre una cohorte de 16.208 pacientes mayores de 65 años, sobre adherencia terapéutica, concluyeron que la adherencia aumentaba con el número de enfermedades crónicas, mientras que el sexo, la edad y el número de fármacos no presentaron un efecto consistente.

Es de destacar que los instrumentos utilizados en este trabajo para la evaluación de las dos variables a estudio han sido utilizados en otros trabajos de forma conjunta, como en el estudio de Sandoval et al. (27) donde se analizan los factores psicosociales y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Lo que muestra el interés por ver esta relación entre apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico.

Con respecto a la autopercepción del estado de salud sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del género. En este caso se podría afirmar que los hombres poseen una mejor autopercepción del estado de salud que las mujeres, lo que coincide con la Encuesta Nacional de Salud (ENS). En esta última los hombres valoran su salud favorablemente (78%) con mayor frecuencia que las mujeres (70%) (28). Esta es una tendencia que se consolida en el tiempo si se observan los datos de la ENS desde 1987, en este apartado los hombres siempre han puntuando mejor que las mujeres. Según un estudio realizado por Azpiazu Garrido et al. (29) donde se estudian los factores asociados a mal estado de salud percibido y donde se encuestan 911 personas mayores de 65 años no institucionalizadas, las variables asociadas son: bajos ingresos económicos, sentimientos de soledad, problemas visuales, estilo de vida sedentario, incapacidad funcional, bajo nivel de estudios, falta de apoyo emocional, falta de apoyo social y sexo femenino. Benavente-Cuesta y Quevedo-Aguado (30) no encontraron diferencias al analizar la autopercepción del estado de salud con el género; sin embargo, al compararlo con el bienestar psicológico los hombres obtuvieron mejores resultados.

El perfil del paciente que acude a la consulta programada de Enfermería de el centro de salud es mujer, con una edad media de 70 años, con estudios primarios, jubilada, que convive con una o dos personas, presenta como patología crónica HTA, es cumplidora y presenta buen apoyo social, aunque una percepción de salud no buena; un perfil similar al descrito en trabajos realizados en otros centros españoles (17,25,26).

Destaca como limitación el pequeño tamaño muestral alcanzado por el poco tiempo del que dispusieron los autores; no haber conseguido llegar al tamaño muestral estimado hace que estos resultados sean difícilmente extrapolables a otra población, y el pequeño tamaño muestral puede hacer que las diferencias obtenidas no sean estadísticamente significativas. Otra limitación del estudio es el posible sesgo de selección, es decir, las medidas fueron tomadas en aquellos pacientes que acudieron a la consulta, por lo cual puede que los más incumplidores se encuentren en el grupo de aquellos que no acuden a consulta.

En cuanto a trabajos futuros sería interesante añadir el estudio no solo del cumplimiento farmacológico sino también de las recomendaciones en cuanto a estilos de vida saludables, que se incluirían en el concepto más amplio de adherencia terapéutica. La consulta de enfermería de Atención Primaria es el lugar adecuado para realizar estas valoraciones, teniendo en cuenta la perspectiva de género y el apoyo social, para reconocer así problemas reales y potenciales.

El apoyo social es uno de los factores que determina la adherencia al tratamiento farmacológico, por lo que es importante seguir investigando qué intervenciones de enfermería comunitaria pueden ampliar la red de apoyo y por tanto aumentar el

apoyo social percibido. Analizar otros factores que influyen en la adherencia y su impacto, además de delimitar el perfil de paciente cumplidor y no cumplidor, permitirá desarrollar mejores estrategias que incidan en el adecuado cumplimiento terapéutico y en el bienestar del paciente.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Financiación

Ninguna.

## Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [internet]. Ginebra: OMS; 2015. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- [2] Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2224–60. Doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- [3] Thoits P. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Social Behav*. 1982; 2:145–59. Doi: <http://doi.org/10.2307/2136511>
- [4] Bowling A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Fam Practice*. 1991; 8(1):68–83. Doi: <http://doi.org/10.1093/fampra/8.1.68>
- [5] Fachado AA, Menéndez Rodríguez M, González Castro L. Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad. Aten. Primaria*. [internet] 2013 [citado 8 may 2020]; 19:118–23. Disponible en: [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_2/Pa-raSaberDe\\_vol19\\_n2\\_3.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/Pa-raSaberDe_vol19_n2_3.pdf)
- [6] Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [internet]. Ginebra: OMS; 2004. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
- [7] Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press. [internet] 1980 [citado 8 may 2020]; 2(6):757–64. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.607.840&rep=rep1&type=pdf>
- [8] Liebl A, Neiss A, Spannheimer A, Reitberger U, Wagner T, Görtz A. [Costs of type 2 diabetes in Germany. Results of the CODE-2 study.] *Dtsch Med Wochenschr*. 2001; 126:585–9. Doi: <http://doi.org/10.1055/s-2001-14102>
- [9] Liebl A, Neiss A, Spannheimer A, Reitberger U, Wieseler B, Stammer H, Görtz A. Complications, co-morbidity, and blood glucose control in type 2 diabetes mellitus patients in Germany - results from the CODE-2 study. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2002; 110:10–6. Doi: <http://doi.org/10.1055/s-2002-19988>
- [10] Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1991. *Hypertension*. [internet] 1995 [citado 8 may 2020]; 25:305–13. Doi: <http://doi.org/10.1161/01.hyp.25.3.305>
- [11] Rose LE, Kim MT, Dennison CR, Hill MN. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *J Adv Nurs*. 2000; 32:587–94. Doi: <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01538.x>
- [12] Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing. Nueva York: Guilford Press; 1999. Doi: <http://doi.org/10.1002/casp.2450020410>
- [13] Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*. [internet] 2005 [citado 8 may 2020]; 6(1):10–8. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>
- [14] Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24:67–74. Doi: <http://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

- [15] Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten Primaria*. [internet] 1992 [citado 8 may 2020]; 10:767-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472599>
- [16] Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MA. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8):413-7. Doi: <http://doi.org/10.1157/13125407>
- [17] Núñez Montenegro AJ, Montiel Luque A, Martín Auriolas E, Torres Verdú B, Moreno CL, González Correa JA. Adherencia al tratamiento en paciente polimedcados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2014; 46(5):238-45. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.003>
- [18] Garrido Garrido EM, García Garrido I, García López Durán JC, García Jiménez F, Ortega López I, Bueno Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedcados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria. *Rev Calid Asist*. 2011; 26(2):90-6. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.cali.2010.10.002>
- [19] Romero Vigarra JC, Llisterri Caro JL, Turégano Yedro M, Cinza Sanjurjo S, Muñoz González L, Silvero YA, et al. Características clínicas y sociosanitarias en mayores de 65 años asistidos en Atención Primaria. Estudio PYCAF. *Semergen*. 2019; 45(6):366-74. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.10.004>
- [20] Veliz Rojasa L, Mendoza Parra S, Barriaga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de Atención Primaria. *Enferm Univ*. 2015; 12(1):3-11. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.003>
- [21] Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Gaviria AM, Chavarria F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes Psicológicos*. [internet] 2016 [citado 8 may 2020]; 8:89-106. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6120>
- [22] Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero V, Ruiz Hontangas A. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión Sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2018; 92:1-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201806032.pdf>
- [23] Pisano González MM, Pisano González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin*. 2014; 24(1):59-66. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>
- [24] Costa Requena G, Salamero M, Francisco G. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(18):687-91. Doi: <http://doi.org/10.1157/13102357>
- [25] Tuesca Molina R, Guallar Castellón P, Banegas Banegas JR, Graciani Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit*. [internet] 2006 [citado 8 may 2020]; 20(3):220-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300008)
- [26] Moreno Juste A, Gimeno Miguela A, Poblador Plou B, González Rubio F, Aza Pascual Salcedo MM, et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española. *Med Clin (Barc)*. 2018; 153(1):1-5. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.023>
- [27] Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez O, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Rev Med Chile*. 2014; 142:1245-52. Doi: <http://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co>
- [28] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2017 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- [29] Azipiazu Garrido M, Cruz Jentof A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados al mal estado de salud percibido o a la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2002 [citado 8 may 2020]; 76:683-99. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000600005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005)
- [30] Hinojal Benavente Cuesta M, Quevedo Aguado MP. Autopercepción de salud, calidad de vida y bienestar psicológico en una muestra de mayores. *Rev Esp Com Sal*. 2019; 10(1):21-9. Doi: <http://doi.org/10.20318/recs.2019.3993>

## Utilización correcta de los dispositivos de insulina en el control de la diabetes tipo II y factores asociados

<sup>1</sup> Sofia Berlanga-Fernández

<sup>2</sup> Laura Lucena-Márquez

<sup>3,4</sup> Miguel Ángel Carreiro-Alonso

<sup>5</sup> Ana María López-Delgado

<sup>3</sup> Pilar Echevarría-Bayas

<sup>6,7,8</sup> Jesús Almeda-Ortega

<sup>1</sup> Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Costa de Ponent. Cornellà de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona.

<sup>2</sup> Centro de Atención Primaria Cervelló. Insittut Català de la Salut. Cervelló. Barcelona.

<sup>3</sup> Centro de Atención Primaria Amadeu Torner. Institut Català de la Salut. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

<sup>4</sup> Universitat de Barcelona. Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Maternoinfantil. Campus Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

<sup>5</sup> Centro de Atención Primaria Sant Pere. Insittut Català de la Salut. Reus. Barcelona.

<sup>6</sup> Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina. Barcelona.

<sup>7</sup> Unitat de Suport a la Recerca Costa de Ponent, Gerència Territorial Metropolitana Sud. Institut Català de la Salut. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

<sup>8</sup> Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Cerdanyola del Vallès. Barcelona.

Dirección de contacto: Sberlanga.cp.ics@gencat.cat

### Cómo citar este artículo:

Berlanga-Fernández S, Lucena-Márquez L, Carreiro-Alonso MA, López-Delgado AM, Echevarría-Bayas P, Almeda-Ortega J. Utilización correcta de los dispositivos de insulina en el control de la diabetes tipo II y factores asociados. RIdEC 2020; 13(1):36-48.

Fecha de recepción: 7 de abril de 2020. Aceptada su publicación: 28 de abril de 2020.

### Resumen

**Objetivo:** describir la utilización de dispositivos de insulina en personas con diabetes mellitus y la relación de posibles factores asociados con el uso correcto o incorrecto de dichos dispositivos.

**Método:** estudio descriptivo transversal. Ámbito del estudio: centro de Atención Primaria urbano, Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 insulino-dependientes  $\geq 50$  años. Cálculo muestral aleatorio ( $n= 168$  con IC95%, precisión  $\pm 5\%$ ), para estimar un porcentaje poblacional previsto del 80%, y porcentaje reposicional del 10%. Muestreo sistemático no probabilístico. Variables: manipulación correcta de dispositivo de insulina, características socio-demográficas, características relacionadas con el tratamiento y adherencia a la insulina, patologías concomitantes, miedos y reticencias. Análisis descriptivo univariante y bivariante.

**Resultados:** 162 personas con diabetes mellitus insulino-dependientes, el 59,3% se administra correctamente insulina. El 51,8% refiere haber tenido problemas en la piel, relacionándose con un mayor número de pinchazos ( $p= 0,027$ ).

El 50% afirma que ha olvidado ponerse la insulina ( $p= 0,001$ ). El 38,1% refleja que en alguna ocasión no recuerda las indicaciones del profesional sanitario sobre la utilización de insulina ( $p= 0,021$ ).

De los pacientes que presentan deterioro visual, al 22,9% le costaba administrarse la insulina una vez cargada ( $p= 0,038$ ). En el caso de padecer deterioro manipulativo, al 21,5% le tiembla la mano mientras carga la insulina ( $p= 0,001$ ) y al 26,2% asegura que una vez cargada le cuesta administrársela ( $p= 0,012$ ).

**Conclusiones:** diversos factores conducen a errores en la autoadministración de insulina, sugiriendo una revisión periódica comprobada de la técnica y una reeducación sobre la autoadministración adecuada fomentando la adherencia correcta al tratamiento.

**Palabras clave:** seguridad del paciente; administración de la seguridad; insulina; educación en enfermería; diabetes mellitus; Atención Primaria de salud.

## Abstract

### Correct use of insulin devices in the management of type II diabetes and associated factors

**Purpose:** to describe the use of insulin devices in patients with diabetes mellitus and the relationship of potential associated factors with the correct or incorrect use of such devices.

**Methods:** a cross-sectional descriptive study. Study setting: a metropolitan Primary Care Center in Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Patients with insulin-dependent type 2 diabetes mellitus, aged  $\geq 50$  years. Random sample calculation ( $n= 168$  with 95%CI, precision  $\pm 5\%$ ) to estimate a predicted 80% population rate and a 10% replacement rate. Non-probabilistic systematic sampling. Variables: correct handling of the insulin device, sociodemographic characteristics, treatment-related characteristics and adherence to insulin therapy, comorbidities, fears and reluctances. A descriptive univariate and bivariate analysis.

**Results:** 162 patients with insulin-dependent diabetes mellitus; 59.3% were correctly administering insulin. 51.8% reported skin problems, which were related to a higher number of punctures ( $p= 0.027$ ).

50% reported having forgotten to take their insulin ( $p= 0.001$ ). 38.1% said that, occasionally, they had not remembered the instructions given by their health professional regarding the use of insulin ( $p= 0.021$ ).

Among the patients with visual impairment, 22.9% reported difficulties to administer insulin once loaded into the device ( $p = 0.038$ ). Among patients with handling impairment, 21.5% had hand tremors while loading insulin ( $p= 0.001$ ) and 26.2% reported that once loaded they had difficulty administering it ( $p= 0.012$ ).

**Conclusions:** several factors result in mistakes in insulin self-administration, which suggests the need for a verified regular review of the administration method and re-education on the correct self-administration to promote treatment adherence.

**Key words:** patient safety; safe administration; insulin; nursing education; diabetes mellitus; Primary Health Care.

## Introducción

La diabetes mellitus (DM) tipo 2 es una enfermedad crónica que afecta a un 13,8% de los mayores de 18 años de la población española (1). Está asociada a una elevada morbimortalidad, con complicaciones macrovasculares y microvasculares que se relacionan con un mal control metabólico y glucémico debido, en numerosas ocasiones, a una inadecuada adherencia terapéutica (2,3).

Una vez diagnosticada la DM se establece un tratamiento, iniciado habitualmente con medidas no farmacológicas asociadas a cambios de estilo de vida (dieta y ejercicio) que serán evaluados a los 3-6 meses. En el caso de no conseguirse los objetivos de control, adaptados al paciente, se inicia el tratamiento farmacológico, con antidiabéticos orales y/o terapia con insulina (4-9).

La terapia con insulina ha evolucionado en los últimos años. En el año 2000, el consumo de insulina era de 11 dosis/habitante/día (DHD) y en el 2014, 17,3 DHD, es decir un 57,5% más. La razón de consumo de insulina respecto al de antidiabéticos orales es de aproximadamente 1:3, manteniéndose estable en los últimos años (10).

La insulina se considera un medicamento de riesgo según el Institute of Safe Medication Practice y está incluida en la lista MARC (lista de medicamentos de alto riesgo para el paciente crónico) por sus características: estrecho margen terapéutico y mayor probabilidad de causar daños graves o incluso la muerte si son utilizadas incorrectamente (11). En Cataluña, entre 2014 y 2015 se detectaron 1.828 errores comunicados por consumo de medicamentos. Un 2,4% corresponde a la insulina, de los cuales el 57% es debido a su incorrecta administración y el 23% a su prescripción inadecuada, considerándose uno de los grupos que encabezan las estrategias de seguridad del paciente de numerosos organismos de seguridad y autoridades sanitarias (11-14).

La adherencia al tratamiento con insulina es baja, oscila entre un 45% y un 77% y está condicionada por temores, percepciones erróneas, conocimientos y actitudes negativas "en el marco sociofamiliar" y la ansiedad que provoca en los pacientes debido a la administración, siempre inyectada, de la insulina. Esta falta de adherencia ocasiona menor efectividad clínica, más complicaciones y un aumento de ingresos hospitalarios con el consiguiente coste sanitario. Otros factores que también influyen serían la edad, la comorbilidad, la demencia, el apoyo social, la polifarmacia, el deterioro intelectual, así como el deterioro o pérdida de la capacidad funcional (10,15-20).

Los dispositivos destinados a la administración de insulina han variado desde que en 1985 se pasó de la utilización de jeringuilla y aguja a dispositivos como las plumas actuales con agujas mucho más cortas, minimizando el dolor a la inyección. Con ello se ha conseguido una mejor manipulación, aceptabilidad y seguridad en la administración del tratamiento. Asimismo, las plumas favorecen la autoadministración en pacientes con problemas visuales o manuales debidos a la edad avanzada porque permiten en el ámbito auditivo, visual y sensorial percibir el ajuste y carga de dosis (21-22).

El transcurso de los años ha permitido una evolución de estos dispositivos, incorporando aspectos como la diferenciación del tipo de insulina según el color de la pluma, la capacidad para inyectar más cantidad de insulina, o los dispositivos más grandes para personas con destreza manual deteriorada. Se ha observado como la introducción de la pluma ayudaba en el automanejo de la DM, la autoconfianza y la aceptación hacia la insulinización (23).

El profesional de enfermería tiene un papel clave en valorar qué dispositivo se adecua más a las necesidades de la persona, considerando aspectos como capacidades y necesidades del paciente, habilidades motoras, capacidad visual, presencia de enfermedades con riesgo de contagio sanguíneo, sociopatía y/o necesidad de delegar la responsabilidad de la administración de la insulina en un familiar o cuidador. El uso adecuado de los dispositivos requiere de aprendizaje en los diferentes procedimientos: almacenamiento, transporte y manejo de pluma para la inyección (carga de dosis, aguja nueva, localización de zona, limpieza, ángulo, pellizco, inserción de dosis), eliminación de dispositivos no reutilizables y observación de la piel post-aplicación (18-22). Es muy importante que el paciente, la familia o el cuidador reciban una educación que incluya conservación y manipulación de la insulina, manejo correcto de los dispositivos (incluyendo recambios de agujas) y técnica de inyección adecuada (incluyendo rotación en zonas de punción) (26-28).

No obstante, se observa, a pesar de los avances, que uno de los problemas para la administración de insulina es el correcto empleo y manipulación de los dispositivos. Por ejemplo, en relación con los dosificadores: el paciente gira el "reloj" hasta la dosis prescrita, realiza la punción subcutánea y en lugar de apretar el botón de administración, vuelve el reloj hasta cero y, por tanto, no se administra ninguna unidad de insulina aun habiéndose pinchado con el dispositivo, siguiendo una ejecución incorrecta en la técnica y errores en los diversos pasos (23,26). A pesar del trabajo que se lleva a cabo desde las consultas de enfermería hay pacientes que no comprenden los sistemas de administración (28) o no recuerdan las indicaciones de los profesionales sanitarios (20-29).

La DM exige la capacidad en la persona para cumplir con el tratamiento, a veces complejo, incluyendo precauciones en el manejo de dispositivos de dosificación, en la medición de la concentración de su glucemia además de otras medidas higiénico-dietéticas. Dichos ajustes son particularmente difíciles en personas de avanzada edad que requieren de un desarrollo de habilidades como la autoadministración y el autoajuste de insulina (19). Se estima que el 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades crónicas alcanza el 45% cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos y estilos de vida (19).

Dada la elevada prevalencia de la enfermedad, así como la comorbilidad y mortalidad asociada a su mal control, por una mala adherencia a la medicación o a errores en la utilización de los distintos dispositivos, conservación del medicamento o técnica inadecuada, este estudio pretende describir el uso de plumas y dosificadores de insulina por parte de personas diabéticas, especialmente aquellas de edad avanzada con problemas cognitivos, sensoriales y articulares; así como su adherencia, técnica y manipulación. Así mismo se estudian las posibles relaciones de factores de riesgo para el empleo correcto o incorrecto de dichos dispositivos.

## Metodología

**Diseño:** estudio observacional, descriptivo, transversal.

**Población de estudio:** 429 personas con DM que se administran insulina identificadas y adscritas al centro de Atención Primaria Amadeu Torner de Hospitalet de Llobregat.

**Criterios de selección:** criterios inclusión: personas diagnosticadas de DM tipo 2 insulino dependiente que utilicen dispositivos para administrar insulina, ser mayores de 50 años y tener ficha de dispensación de material diabético abierta. Criterios de exclusión: barreras idiomáticas, pertenecer a atención domiciliaria o residencia geriátrica.

**Tamaño de la muestra:** tamaño muestral calculado a través de Calculadora de tamaño muestral Granmo, versión 7.12 (Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona). Se obtiene que una muestra aleatoria de 168 individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que se prevé que sea alrededor del 80% (24). El porcentaje de reposiciones necesarias por no participación o falta de información que se ha previsto es del 10%.

**Muestreo:** muestreo no probabilístico sistemático constituido por todas las personas que acuden a la consulta de enfermería o a recoger material diabético (tiras para glucómetro y/o agujas para bolígrafo) y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. También se obtuvieron de las personas que acuden a la consulta específica de retirada de material diabético.

#### Variables:

- Variable dependiente: manipulación correcta del dispositivo de insulina: (sí/no). Se entiende por manipulación correcta del dispositivo la respuesta afirmativa de todas las variables: visualizar y cargar la dosis correctamente, aplicar la dosis correctamente, ángulo correcto de inserción de la aguja, realización de pliegue en la piel, longitud adecuada de la aguja y almacenamiento y transporte correcto.
- Variables independientes:
  - Características sociodemográficas: edad (años), sexo (hombre/mujer) y convivencia (solo/pareja/otros familiares).
  - Características relacionadas con el tratamiento de insulina: tipo de insulina utilizada (rápida/lenta/intermedia/mixta), tiempo de tratamiento (años), persona que administra insulina (persona que padece la enfermedad/a veces otro (cuidadora o familiar), nº pinchazos/día).
  - Patologías concomitantes: deterioro cognitivo (sí/no), deterioro visual (sí/no), deterioro auditivo (sí/no), deterioro manipulativo (sí/no), alcoholismo (sí/no), polifarmacia (sí/no). No se mira en HCAP: se recoge lo que comentaron los pacientes.
  - Adherencia a la insulina: frecuencia olvidos de insulina (alguna vez/nunca), frecuencia olvidos dosis insulina (alguna vez/nunca), frecuencia olvido si se la había administrado o no (alguna vez/nunca), actuación ante olvido (texto libre), problemas visuales y dosis de carga (alguna vez/nunca), actuación ante problemas visuales (texto libre), dificultad en cargar dosis (alguna vez/nunca), temblor en la carga (alguna vez/nunca), conservación insulina (sí/no), problemas en piel tras administración insulina (alguna vez/nunca), cambio zonas de punción (sí/no), zonas de punción (brazos/piernas/abdomen/nalgas), lipodistrofias y/o hematomas (sí/no), frecuencia de cambio aguja (cada inyección/cada dos inyecciones/cada tres o más inyecciones), duración de la insulina utilizada > 1 mes (sí/no), fecha obertura en dispositivo insulina abierto (sí/no), lugar de desecho de agujas y dispositivos (texto libre), disposición de glucagón (sí/no) y utilización de glucagón (sí/no).
  - Miedos y reticencias: miedo al administrarse insulina (sí/no), dificultad en aceptar insulina (sí/no), recordar lo que profesional sanitario explica sobre el empleo de insulina (sí/no) y equivocaciones en las indicaciones proporcionadas (sí/no).

**Temporalidad:** el estudio de campo y el reclutamiento de pacientes se realizaron desde septiembre de 2018 a febrero de 2019.

**Recogida de datos:** mediante cuestionario *ad hoc* hetero-administrado que incluye todas las variables mencionadas.

Se utilizaron dos estrategias para recoger la información:

- Los pacientes que cumplían criterios e iban a visitarse ese día al pasar la consulta de enfermería.
- Los pacientes que acudían a recoger material diabético en consulta específica.

Se llevaron a cabo reuniones previas con los investigadores participantes para homogenizar criterios y una prueba piloto para valorar la idoneidad de la encuesta.

#### Análisis de los datos

Se efectuó un análisis descriptivo univariante. Para las variables cuantitativas se utilizó mediana como medida de tendencia

central y rango intercuartílico (RIQ) como medida de dispersión. Para las variables cualitativas se calculó distribución de frecuencias y porcentajes

A fin de detectar asociaciones entre diferentes variables y el empleo correcto de dispositivos de insulina se realizaron análisis bivariantes mediante el test de Chi cuadrado, test exacto de Fisher, de Wilcoxon o U de Mann-Whitney, según condiciones de aplicación. Del mismo modo se analizó la asociación entre diferentes variables independientes de posible interés clínico-terapéutico. Para todos los contrastes se asume el nivel de significación de 0,05.

### Consideraciones éticas

Se informó a los participantes del estudio sobre los objetivos de este y sobre las intervenciones vinculadas a su participación en la hoja de información al paciente. Se solicitó el consentimiento informado necesario para poder participar en el estudio a través de la realización de la entrevista y mediante firma en la hoja de participación del paciente. Se aseguró la confidencialidad y anonimato de los datos según las leyes vigentes en todo el proceso del estudio tanto en la fase de ejecución como en las presentaciones o publicaciones que se deriven del mismo. Existen datos obtenidos de la historia clínica informatizada informando al paciente expresamente sobre qué datos se recogen y con qué fin. En la hoja de recogida de información se registró un código identificativo del paciente, que se relaciona con el nombre y apellidos de este mediante un archivo externo. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Fundación "Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina" (IDIAPJGol) con código P18/133.

### Conflicto de intereses

No se establece ningún conflicto de interés con ningún laboratorio proveedor de estos dispositivos por parte de los investigadores.

## Resultados

De 172 participantes hubo 10 pérdidas por errores de registro con 162 participantes finales en el estudio. Un 56,8% (n= 92) era hombre y un 43,2% (n= 70) mujer. La edad mediana ha sido de 71 años (RIQ= 14,25 años). La mayoría de los encuestados convive en pareja 62,3% (n= 101), presenta deterioro visual 81,4% (n= 131) y polifarmacia 70,4% (n= 114).

La variable principal, definida como uso adecuado del dispositivo de insulina, indica que un 59,3% (n= 96) de los pacientes hace un correcto uso del dispositivo de insulina.

La principal insulina empleada por los pacientes reclutados es la de acción lenta (análogo), que representa un 51,9% (n= 84). La combinación de insulina de acción rápida con dosis de acción lenta es administrada por el 29,6% (n= 48). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de insulina empleada con la variable principal (p= 0,135) (Tabla 1).

El 56,2% (n= 91) de los casos se administra insulina desde hace más de 6 años, de los cuales el 48,3% (n= 44) realiza un uso incorrecto del dispositivo de insulina. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de tratamiento con la variable principal (p= 0,152), pero esta variable sí se relacionó con el deterioro visual (p= 0,008) (Tabla 1).

En cuanto al número de administraciones de insulina, el 50,0% (n= 81) lo realiza una vez al día, el 25,9% (n= 42) dos veces al día y el 24,1% (n= 39) se administra insulina tres o más veces al día (Tabla 1). De estos pacientes solo el 11,7% (n= 19) cambia la aguja en cada inyección, el 22,2% (n= 36) cada dos inyecciones y el 66,0% (n= 107) realiza el cambio por encima de las tres administraciones. El 51,8% (n= 83) refiere haber tenido problemas en la piel, relacionado con la aparición de hematomas o lipodistrofias (Tabla 2).

En relación con las zonas en las que más se administran insulina se encuentra el abdomen con un 44,4% (n= 72), seguida de piernas y abdomen con un 16% (n= 26) y de piernas más brazos más abdomen con el 14,8% (n= 24). Solo una persona se la aplicaba en los glúteos y un 10,5% (n= 17) incluía los glúteos junto con los brazos y/o piernas y/o abdomen como lugar de administración (Tabla 2).

En relación con el uso adecuado de dispositivo de insulina, presenta dificultad en la carga del dispositivo de insulina (p= 0,019), temblor en la mano mientras carga el dispositivo de insulina (p =0,184), una vez cargada la insulina, el paciente presenta dificultad para administrársela (p= 0,049) (Tabla 2).

Fuera de la relación con la variable principal, en este estudio se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de problemas en la piel y un mayor número de pinchazos (p= 0,027).

**Tabla 1.** Principales resultados de las características sociodemográficas y clínicas según el uso correcto o no de los dispositivos

	Correcto uso (n= 96)		No correcto uso (n= 66)		p-valor
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Sexo					0,075*
Mujer	47	49,0	23	34,8	
Hombre	49	51,0	43	65,2	
Convivencia					0,229**
Vive solo	12	12,5	15	22,7	
Vive en pareja	63	65,6	38	57,6	
Vive con familiares	21	21,9	13	19,7	
Tipo de insulina					0,135**
Insulina rápida	2	2,1	3	4,5	
Insulina lenta	51	53,1	33	50,0	
Intermedia	5	5,2	2	3,0	
Insulina mixta	6	6,3	10	15,2	
Rápida y lenta	32	33,3	16	24,2	
Rápida y mixta	0	0,0	2	3,0	
Tiempo de tratamiento					0,152**
0-11 meses	11	11,5	6	9,1	
12-23 meses	14	14,6	5	7,6	
24 meses a 6 años	24	25,0	11	16,7	
> 6 años	47	49,0	44	66,7	
Pinchazos día					0,485**
1	49	51,0%	32	48,5	
2	22	22,9	20	30,3	
3	7	7,3	3	4,5	
4	18	18,8	10	15,2	
5	0	0,0	1	1,5	
Deterioro cognitivo					0,292*
Sí	22	22,9	20	30,3	
No	74	77,1	46	69,7	
Deterioro visual					0,008*
Sí	71	74,0	60	90,9	
No	25	26,0	6	9,1	
Deterioro auditivo					0,246*
Sí	28	29,2	25	37,9	
No	68	70,8	41	62,1	
Deterioro manipulativo					0,251*
Sí	35	36,5	30	45,5	
No	36	54,5	61	63,5	
Alcoholismo					0,646***
Sí	3	3,1	1	1,5	
No	93	96,9	65	98,5	

**Tabla 1.** Principales resultados de las características sociodemográficas y clínicas según el uso correcto o no de los dispositivos (continuación)

	Correcto uso (n= 96)		No correcto uso (n= 66)		p-valor
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Polifarmacia					0,099*
Sí	64	66,7	51	77,3	
No	32	33,3	15	22,7	
	Mediana	RIQ	Mediana	RIQ	p-valor
Edad (años)	70	14,2	72	13,5	0,714**
Pinchazos/día	1	2	2	1	0,877**

RIQ= rango intercuartílico \* Test de Chi-Cuadrado \*\* Prueba U de Mann-Whitney \*\*\*Test Exacto de Fisher

**Tabla 2.** Principales resultados de las características de adherencia a insulina y miedos o reticencias, según el uso correcto o no de los dispositivos

	Correcto uso (n= 96)		No correcto uso (n= 66)		p-valor
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
<b>Adherencia a la insulina</b>					
Alguna vez se olvidó de administrarse la insulina	26	27,3	18	27,1	0,559*
Se le olvidó en alguna ocasión la dosis que debe inyectarse	8	8,3	4	6,1	0,413*
En alguna ocasión le ha ocurrido que no recuerde si se había administrado la insulina	34	35,4	26	39,4	0,606*
Le cuesta ver cómo se carga la dosis	12	12,5	14	21,2	0,138*
Le cuesta cargar la insulina	1	1,0	6	9,1	0,019**
Le tiembla la mano mientras carga la insulina	7	7,3	9	13,6	0,184*
Una vez cargada, le cuesta administrársela	13	13,5	17	25,8	0,049*
Ha tenido problemas en la piel a causa de la insulina	52	54,2	28	42,4	0,153*
Rotar las zonas de punción	88	91,7	58	87,9	0,427*
La insulina le dura más de un mes	24	25,0	33	50,0	0,030*
En qué zonas se administra insulina					0,589***
Brazos	2	2,1	1	1,5	
Piernas	6	6,3	3	4,5	
Abdomen	38	39,6	29	43,9	
Glúteos	13	13,5	4	6,1	
Brazos y piernas y abdomen	37	38,5	29	43,9	
Ha observado hematomas y/o lipodistrofias	51	53,1	32	48,5	0,562*
Pone fecha de obertura a la insulina	7	7,3	5	7,6	0,946*

**Tabla 2.** Principales resultados de las características de adherencia a insulina y miedos o reticencias, según el uso correcto o no de los dispositivos (*continuación*)

	Correcto uso (n= 96)		No correcto uso (n= 66)		p-valor
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Recuerda cómo se conserva la insulina	94	98,9	62	95,4	0,185*
Dispone de glucagón	28	29,2	11	16,7	0,067*
Utiliza el glucagón	4	4,2	3	4,5	0,907**
Frecuencia de cambio de aguja					0,153***
Cada inyección	12	12,5	7	10,6	
Cada dos inyecciones	26	27,1	10	15,2	
Cada tres inyecciones o más	58	60,4	49	74,2	
<b>Miedos o reticencias</b>					
Refieren miedo a administrarse insulina	7	7,3	7	10,6	0,461*
Le costó aceptar tener que comenzar un tratamiento con insulina	48	50,0	34	51,5	0,850*
Olvida lo que su enfermera o médico le han dicho acerca de la utilización de insulina	16	16,7	18	27,3	0,103*
Entendieron de forma equivocada las indicaciones dadas por su enfermera o médico	18	18,8	18	27,3	0,200*
* Test de Chi-Cuadrado ** Test Exacto de Fisher *** Prueba U de Mann-Whitney					

Entre los pacientes que padecen deterioro cognitivo, el 59,5% (n=25) refiere que en alguna ocasión no recuerdan si se había administrado o no la insulina (p= 0,001) y el 50% (n= 21) afirma que ha olvidado ponerse la insulina (p= 0,001). El 38,1% (n= 16) ha indicado que en alguna ocasión no recuerda las indicaciones que su enfermera o médico le han dicho en lo relacionado a la utilización de insulina (p= 0,021).

De los pacientes que presentan deterioro visual el 22,9% (n= 30) refirió que le costaba administrarse la insulina una vez cargada (p= 0,038). En el caso de padecer deterioro manipulativo, un 21,5% (n= 14) indicó que les tiembla la mano mientras carga la insulina (p= 0,001) y un 24,6% (n= 16) asegura que una vez cargada les cuesta administrársela (p= 0,012).

Al 34,1% (n= 57) de los pacientes la insulina una vez abierta le dura más de 30 días, y de estos tan solo un 15,8% (n= 9) pone la fecha de apertura de insulina en el bolígrafo (p= 0,007).

Finalmente para las variables donde las respuestas se recogieron mediante texto libre los participantes manifestaron que: cuando les cuesta cargar la dosis emplean como recursos: gafas, lupa, fuente de luz, contar el sonido al cargarse, acercarse más al dispositivo, consultar con un familiar, limpiar los ojos y cambiar el ángulo donde visualiza la dosis.

Cuando los participantes no recuerdan si se habían puesto o no la insulina: esperaban a la siguiente dosis, se la ponían cuando se acordaban, miraban la glicemia y en función del resultado se la administraban, hacían memoria y recordaban los pasos, y comprobaban la insulina que le quedaba en el bolígrafo.

El lugar de desecho del material utilizado ha sido: basura, centro sanitario, farmacia y lugar de desecho municipal.

## Discusión

Los resultados del presente estudio muestran que seis de cada diez entrevistados (60%) realiza correctamente la técnica en la administración de insulina, valorándose para ello la visualización y la carga de dosis correcta, aplicación de dosis correctamente, tamaño de la aguja, pellizco, ángulo de la aguja, almacenamiento y transporte de insulina (24-30). No obstante, cuatro de cada diez no lo efectúan correctamente. Esta proporción es menor que la proporción del estudio de referencia utilizado para

el cálculo muestral (24). Es por ello la importancia de efectuar una adecuada educación sanitaria, dado que los profesionales invierten más tiempo de consulta en el control de la glicemia y ajuste de dosis que en la técnica de inyección y comprobación, siendo esta imprescindible para un buen control de la diabetes (31,32), así como por el control de los efectos adversos del tratamiento (33).

Al analizar los problemas de salud se observa que los entrevistados presentan dificultades visuales, seguidos de problemas manipulativos, auditivos, cognitivos y polimedicados, hallazgos encontrados en estudios previos en los que la DM se asocia a problemas visuales (25), de fuerza de agarre (34) y limitación funcional que aumenta con la edad llegando a la discapacidad o dependencia física para realizar actividades relacionadas con la movilidad, resistencia y fuerza (35) y polifarmacia (36). Esto afecta al autocuidado que puede volverse más complejo e imposible de llevar a cabo, entre otras cosas por cambios en el sistema nervioso y en las funciones cognitivas (36,37). En esta línea hubiera sido interesante profundizar en la evaluación de las funciones cognitivas, afectivas y físicas para conformar la valoración general de la persona con DM (38).

Casi la mitad de los participantes utiliza insulina hace más de seis años, siendo la insulina lenta (glargina y detemir) la más empleada. Estos hallazgos son coincidentes con otros estudios en los que entre las insulinas más usadas se encuentran los análogos (39). Esto se explica porque las personas mayores presentan mayor riesgo de hipoglucemias que los más jóvenes, y que los análogos de insulina basal no demostraron superioridad en el control glicémico, al menos provocan menos hipoglucemias que la insulina humana NPH, por lo que resulta recomendada a esta edad (36). La mitad se administra una vez al día la insulina, resultados que pueden ser coincidentes con otros que indican que la mitad de los encuestados se administra insulina una vez al día (39).

Una de cada cinco personas que utilizaba insulina olvidaba en alguna ocasión administrarse la dosis y seis de cada diez en alguna ocasión no recordaba si se la había puesto. Estos resultados son superiores a datos consultados, en los que el 15,9% alguna vez o nunca se administraba la dosis correcta con pluma (31), y en el 20% omitía su administración, orientando sobre las causas de la omisión: edad, educación, tipo de diabetes, dieta, número de inyecciones diarias, interferencia de la inyecciones en la vida diaria y al dolor o incomodidad por las inyecciones (40), siendo interesante abordar estas variables en estudios posteriores.

Solo a uno de cada diez encuestados les costaba ver el número correcto de dosis con el consecuente riesgo de no administrarse la dosis correcta; en cambio otros resultados indicaban que el 21,5% de los usuarios de pluma no marcaban la dosis correctamente (31).

Existe relación entre los que les costaba ver la carga y presentan deterioro visual, así como padecer deterioro manipulativo y temblor durante la carga y dificultad al administrar la insulina. Determinados pacientes manifestaron que les costaba apretar el botón de inyección y llegar hasta el final para poderse administrar la dosis de insulina, o la utilización de fuentes de luz, lupa, gafas, oír "el clic" de la carga o la consulta a un familiar para asegurarse de la dosis correcta. Esta información puede ser relevante para futuros estudios.

La mayoría de los encuestados cambia la aguja cuando la ha empleado tres o más veces. Este dato es coincidente con otros estudios en los que la reutilización no se lleva a cabo en cada inyección (41,42). Hubiera sido interesante indagar los motivos por los que no es más frecuente el cambio, dado que la bibliografía identifica motivos como: encontrar pesado llevar agujas de repuesto, la no percepción del dolor o el ser más ecológico la reutilización (41).

En este estudio se ha identificado asociación entre mayor empleo de aguja de insulina y tener problemas en la piel (hematomas/lipodistrofias), lo cual ya ha sido estudiado con anterioridad obteniendo como resultado la aparición de lipodistrofia asociada a causas como incorrecta rotación, reutilización de agujas, dolor, sangrado y años de uso de insulina (41,43). No obstante, se ha llegado a afirmar que la evidencia disponible no es concluyente para establecer una asociación entre la presencia de lipohipertrofia y reutilización de agujas, dado que estudios analizados eran muy heterogéneos (33).

Las personas que reutilizan las agujas percibían más dolor en la inyección. Además del exceso de uso de las agujas también es necesario tener en cuenta otras variables como son la longitud de la aguja, diámetro de la aguja, así como con el contexto de la inyección (presencia de ruido y de otras personas) (44) elementos no recogidos en este estudio.

Si se observa la zona más habitual de administración en los encuestados es en el abdomen, seguida de abdomen y piernas. Tal y como se identifica en otras ocasiones, los glúteos eran los menos utilizados (32). En el presente estudio casi todos los encuestados rotaban las zonas de punción, resultados parecidos (42) y a veces discrepantes (31) a la bibliografía consultada, relacionándose además la rotación con el tiempo transcurrido desde que habían recibido información al respecto (43). Casi la mitad ha tendido problemas en la piel a causa de la insulina, en este sentido los resultados son similares a los ya estudiados

(32), o mayor que en otros (31). Hubiera sido interesante comparar en varias ocasiones si realmente la rotación se efectuaba de manera correcta, puesto que se ha estudiado diferencia entre lo que refiere y lo que correctamente se realiza, siendo este último porcentaje menor (31,39,42). También hubiera sido relevante indagar sobre los motivos de no rotación ya estudiados: facilidad de acceso, falta de información, lipohipertrofia de la zona, dolor y hábitos arraigados (39).

Se recogieron comentarios relacionados con la mala calidad de las agujas, que se doblaban en su administración, así como en la retirada de la aguja del bolígrafo o pluma (pinchazos de los pacientes en su retirada). Así mismo, el lugar de desecho era habitualmente en bote de vidrio o directo a la basura. Los encuestados también habían manifestado pinchazos de cuidadores, familiares y de ellos mismos durante este procedimiento. La eliminación de estos residuos en la basura o en contenedores específicos depende de las normativas vigentes (39,45). La normativa que rige en este servicio es que las agujas u objetos punzantes usados en un domicilio particular no tienen consideración legal de residuos sanitarios, por lo que no se han de agrupar en contenedores para gestionarse como residuos sanitarios peligrosos. A pesar de esto, se recomienda encapsular y proteger la aguja (48).

Aun así, son elevados los residuos generados por las personas que tienen DM en sus hogares (lancetas, bolígrafos, agujas, etc.) (46). La no información sobre las instrucciones de desecho de objetos afilados o eliminación incorrecta de las agujas es elevada, por lo que es importante incorporar estrategias de educación para la salud sobre la eliminación de estos desechos (25,45).

La proporción de los encuestados a los que la insulina le dura más de un mes es elevado, y solo un pequeño porcentaje pone fecha de apertura del dispositivo. A veces no recuerdan cuando la pluma empezó a utilizarse. Cuando se realizó esta pregunta, los encuestados solían descontar la dosis del dispositivo a la carga final de la pluma, calculando de esta manera su duración. Aunque la mayoría de los participantes recordaba cómo se conservaba la insulina, se debería indagar más sobre la verificación de la fecha de caducidad, la información disponible de la duración en óptimas condiciones de la pluma una vez abierta, así como de su conservación (31).

En relación con el glucagón, el 24,1% dispone de él y de ellos un 17,9% lo ha utilizado. Estos resultados son inferiores a los encontrados con anterioridad, en cuanto a su disposición, el 32,7%, como a su utilización, el 37,8%. Se confirma que pocas personas con DM disponen de glucagón en su domicilio y que pocas lo han usado alguna vez, constatando la desinformación en cuanto a la disposición y manejo en domicilio (47).

A la mitad de los entrevistados le costó aceptar el inicio del tratamiento y uno de cada cinco olvida lo que su enfermera o médico le han dicho de la insulina en alguna ocasión o entendieron de forma equivocada sus indicaciones. Esto refuerza la importancia de repasar la información, de manera actualizada, sobre la técnica de administración de insulina, su conservación y transporte en las visitas al centro de Atención Primaria.

Como limitaciones de este estudio se ha de considerar que pudieran haber existido sesgos, como el de información (cuestionario *ad hoc*), sesgo de deseabilidad social o sesgo de respuesta invariable, a pesar de que para evitarlo se realizaron reuniones previas con los investigadores participantes para homogenizar criterios y se llevara a cabo una prueba piloto que permitió valorar la idoneidad de la encuesta. Además, el estudio es un muestreo no probabilístico, lo que impide asegurar la representatividad de la muestra y está limitado a un centro de salud (no es multicéntrico). No obstante, se ha constatado que más de la mitad de los participantes fue hombre con una edad media de 72,5 años, datos que van en concordancia con el estudio Di@betes que muestra una incidencia de DM más elevada en varones y con aumento de tendencia en este sexo, cuanto mayor es la edad (1), aunque otros trabajos indican que afectan más al sexo femenino justificado por el mayor promedio de vida y asociado a un proceso de "feminización del envejecimiento" (37,38).

Se concluye que las enfermedades crónicas son relevantes en una población que cada vez está más envejecida y que requiere de una evaluación de las condiciones personales y del entorno con respecto a la adherencia farmacológica y la utilización de los dispositivos de insulina.

Se hace necesario que los profesionales sanitarios se cercioren de que el paciente comprende la parte conceptual de los cuidados que debe realizar, pero también es de gran relevancia confirmar que realmente los aplica, poniéndose en práctica en la propia consulta. De esta manera se consigue un mejor seguimiento e implicación por parte del paciente y posiblemente una mayor adherencia al tratamiento.

Se detectan diferentes factores que conducen a errores en la autoadministración de insulina sugiriendo una revisión periódica de la técnica y una reeducación sobre la autoadministración adecuada y uso correcto de los dispositivos de insulina. Esto permitirá reducir errores y complicaciones facilitando una adherencia correcta al tratamiento.

## Bibliografía

- [1] Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012; 55(1):88-93. Doi: <http://doi.org/10.1007/s00125-011-2336-9>
- [2] American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019; 42(Suppl 1): S13-S28. Doi: <http://doi.org/10.2337/dc19-S002>
- [3] Smith-Palmer J, Brändle M, Trevisan R, Orsini Federici M, Liabat S, Valentine W. Assessment of the association between glycemic variability and diabetes-related complications in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014; 105(3):273-84. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.06.007>
- [4] Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Utilización de Medicamentos U/AN/V1/03092015. Utilización de medicamentos antidiabéticos en España durante el periodo 2000-2014 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidiabeticos-2000-2014.pdf>
- [5] Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Recomendaciones en el tratamiento farmacológico de la DM2 del Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la SEMI [internet]. Madrid: SEMI; 2019 p. 1. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/algoritmo-manejo-diabetes-gt-diabetes-4.pdf>
- [6] Botas Velasco M, Cervell Rodríguez D, Rodríguez Montalbán AI, Vicente Jiménez S, Fernández de Valderrama Martínez I. Actualización en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neuropatía diabética periférica. *Angiología*. 2017; 69(3):174-81. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.angio.2016.06.005>
- [7] American Diabetes Association. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes care*. 2019; 42(Suppl 1):S61-S70. Doi: <http://doi.org/10.2337/dc19-S006>
- [8] Artola Menéndez S. El uso de la insulina en el nuevo algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS (2014). *Diabetes Práctica*. [internet] 2014 [citado 8 may 2020]; 05(Supl Extr 7):1-24. Disponible en: [http://www.diabetespractica.com/files/docs/publicaciones/142123505702\\_Editorial\\_5-7.pdf](http://www.diabetespractica.com/files/docs/publicaciones/142123505702_Editorial_5-7.pdf)
- [9] Alemán JJ, Artola S, Franch J, Mata M, Millaruelo JM y Sangrós J en nombre de la RedGDP. Recomendaciones para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: control glucémico. 2014. RedGDP [internet] [citado 8 may 2020]. Disponible en: [http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/Algoritmo\\_redGDPS\\_marzo2014.pdf](http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/Algoritmo_redGDPS_marzo2014.pdf)
- [10] Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R, Morano R, Ruíz L. Consumo de recursos sanitarios y costes asociados al inicio del tratamiento con fármacos inyectables en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Endocrinología y Nutrición*. 2016; 63(10):527-35. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.001>
- [11] Ayestarán A, Carrera-Santaliestra MJ. Prevenció d'errors de medicació amb les insulines. Butlletí de prevenció d'Errors de medicació a Catalunya. *Medicaments* [internet] 2015 [citado 8 may 2020]; 13(4):1-8. Disponible en : [http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/butlletins/butleti\\_errors\\_medicacio/documents/arxiu/but\\_EM\\_v13\\_n4\\_CAT.pdf](http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/butlletins/butleti_errors_medicacio/documents/arxiu/but_EM_v13_n4_CAT.pdf)
- [12] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Informe 2014 [internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2014 [citado 8 may 2020]. Disponible en: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto\\_MARC\\_2014.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf)
- [13] National Patient Safety Agency. Patient Safety First. The "how to guide" for reducing harm from high risk medicines. Norf.org [internet] 2008 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.norf.org.uk/Resources/Documents/Resources%20documents/patientsafetyfirst.nhs.uk%20%20Deterioration%20Guide.pdf>
- [14] Institute for Healthcare Improvement. How-to guide: Prevent harm from high-alert medications. Updated April 2012 [internet]. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012 [citado 8 may 2020]. Disponible en: [https://www.colleaga.org/sites/default/files/attachments/How-toGuidePreventHarmHighAlertMedications-7\\_2.pdf](https://www.colleaga.org/sites/default/files/attachments/How-toGuidePreventHarmHighAlertMedications-7_2.pdf)
- [15] Barag SH. Insulin therapy for management of type 2 diabetes mellitus: Strategies for initiation and long-term patient adherence. *J Am Osteopath Assoc*. [internet] 2011 [citado 8 may 2020]; 111(7 Suppl 5):S13-S19. Disponible en: <https://jaoa.org/article.aspx?articleid=2094074>
- [16] Nau DP. Recommendations for improving adherence to type 2 diabetes mellitus therapy-focus on optimizing oral and non-insulin therapies. *Am J Manag Care*. [internet] 2012 [citado 8 may 2020]; 18(3 Suppl):S49-S54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22558942>
- [17] Davies MJ, Gagliardino JJ, Gray LJ, Khunti K, Mohan V, Hughes R. Real-world factors affecting adherence to insulin therapy in patients with type 1 or type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Diabet Med*. [internet] 2013 [citado 8 may 2020]; 30(5):512-24. Doi: <http://doi.org/10.1111/dme.12128>

- [18] Zozaya N, Villoro R, Hidalgo A, Oliva J, Rubio M, García S. Estudios de coste de la diabetes tipo 2: una revisión de la literatura [internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Ministerio de Economía y Competitividad; 2015. p.43. [citado 8 may 200]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=26/05/2015-28ff538b32>
- [19] Pérez Martínez VT. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [internet] 2010 [citado 8 may 2020]; 26(2):309-20. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200011&lng=es)
- [20] Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, García EI, Aranz J. ¿Qué hacen y qué deben hacer los pacientes diabéticos para evitar errores con el tratamiento? *Endocrinol Nutr.* 2012; 59(7):416-22. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.05.007>
- [21] Magwire ML. Addressing Barriers to Insulin Therapy: The role of insulin pens. *Am J Ther* 2011; 18(5):392-402. Doi: <http://doi.org/10.1097/mjt.0b013e3181ef4d4e>
- [22] Rosenberg AF. Participation in a mentored quality-improvement program for insulin pen safety: Opportunity to augment internal evaluation and share with peers. *Am J Health-Syst Pharm.* 2016; 73(19 Suppl 5): S32-S37. Doi: <http://doi.org/10.2146/ajhp160418>
- [23] Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Errores de medicación relacionados con el tratamiento con insulina. Butlletí de prevenció d'Errors de medicació a Catalunya. [internet] 2005 [citado 8 may 2020]; 3(2):4-5. Disponible en: [http://medicaments.gencat.cat/web/content/mini-site/medicaments/professionals/butlletins/boletin\\_errores\\_medicacion/documents/arxiu/but\\_EM\\_v03\\_n2\\_CAST.pdf](http://medicaments.gencat.cat/web/content/mini-site/medicaments/professionals/butlletins/boletin_errores_medicacion/documents/arxiu/but_EM_v03_n2_CAST.pdf)
- [24] Vianna MS, Silva PAB, Nascimento CV, Soares SM. Capacidad de autocuidado en la administración de insulina en adultos mayores de 70 años de edad o más. *Rev Latino-Am Enfermagem.* [internet] 2017 [citado 8 may 2020]; 25:e2943. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2943.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2943.pdf)
- [25] Frid A, Hirsch L, Gaspar R, Hicks D, Kreugel G, Liersch J, et al. New injection recommendations for patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism.* [internet] 2010 [citado 8 may]; 36(2):3-18. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/en/article/273744>
- [26] Van der Burg T. Injection Force of SoloSTAR® compared with other disposable Insulin Pen Devices at Constant Volume Flow Rates. *J Diabetes Sci Technol.* 2011; 5(1):150-5. Doi: <http://doi.org/10.1177/193229681100500120>
- [27] Vidal M, Colungo C, Jansà M. Actualización sobre técnicas y sistemas de administración de la insulina (I). *Av Diabetol.* [internet] 2008 [citado 8 may 2020]; 24(3):255-69. Disponible en: <http://antia.usal.es/TOLes/MM/3Enfermeria/Presen2/dimg/T%C3%87cnicas%20y%20sistemas%20de%20administraci%C2%A2n%20de%20insulina.%20Av%20Diabetol.pdf>
- [28] Vidal M, Colungo V, Jansà M. Administración de Insulina: nuevas recomendaciones. *Rev ROL Enferm.* [internet] 2011 [citado 8 may 2020]; 34(6):450-61. Disponible en: [https://www.e-rol.es/articulospub/articulospub\\_paso3.php?articulospubrevista=34\(06\)&itemrevista=%20450-461#](https://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=34(06)&itemrevista=%20450-461#)
- [29] Mira JJ. Pacientes por la seguridad de los pacientes. El papel del paciente en la seguridad de los pacientes. *Med Prevent.* [internet] 2010 [citado 8 may 2020]; 16(3):5-11. Disponible en: [http://www.sempsph.com/images/stories/recursos/pdf/revistas/2010/mayo/M\\_PREVENTIVA\\_3\\_2010.pdf](http://www.sempsph.com/images/stories/recursos/pdf/revistas/2010/mayo/M_PREVENTIVA_3_2010.pdf)
- [30] Rini C, Roberts BC, Morel D, Klug R, Selvage B, Pettis RJ. Evaluating the Impact of Human Factors and Pen Needle Design on Insulin Pen Injection. *J Diabetes Sci Technol.* [internet] 2019 [citado 8 may 2020]; 13(3):533-45. Doi: <http://doi.org/10.1177/1932296819836987>
- [31] Trief PM, Cibula D, Rodríguez E, Akel B, Weinstock RS. Incorrect insulin administration: A problem that warrants attention. *Clinical Diabetes.* 2016; 34(1):25-33. Doi: <http://doi.org/10.2337/diaclin.34.1.25>
- [32] Grassi G, Scuntero P, Trepiccioni R, Marubbi F, Strauss K. Optimizing insulin injection technique and its effect on blood glucose control. *J Clin Transl Endocrinol.* 2014; 1(4):145-50. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.jcte.2014.07.006>
- [33] Zabaleta-del-Olmo E, Vlacho B, Jodar-Fernández L, Urpí-Fernández AM, Lumillo-Gutiérrez I, Agudo-Ugena J, Morros-Pedrós R, Violán C. Safety of the reuse of needles for subcutaneous insulin injection: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* [internet] 2016 [citado 8 may 2020]; 60:121-32. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.010>
- [34] Morros-González E, Germán Borda M, Reyes-Ortiz C, Chavarro-Carvajal D, Cano-Gutiérrez C. Anciano con diabetes y factores asociados. Estudio SABE. *Acta Médica Colombiana.* [internet] 2017 [citado 8 may 2020]; 42(4):230-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v42n4/0120-2448-amc-42-04-00230.pdf>
- [35] Cobo A. Limitación funcional y perfil de salud del paciente anciano con diabetes en España [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2016 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=yZTvTeHhXLE%3D>
- [36] Gómez R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita J, Rodríguez-Mañase L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc).* 2013; 140(3):134.e1-134.e12. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.003>
- [37] Leitón Espinoza ZE, Villanueva Benites ME, Fajardo Ramos E. Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. *Salud Uninorte.* [internet] 2018 [citado 8 may 2020]; 34(2):443-54. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/11121/214421443564>

- [38] Carmona DY, Moreno PLE, Méndez FL, Escalona RCR, Ortega PJA. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes ancianos diabéticos con discapacidad funcional. *Rev Méd Electrón.* [internet] 2018 [citado 8 may 2020]; 40(4):1032-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83243>
- [39] Calliari LE, Cudizio L Tschiedel B, Pedrosa HC, Rea R, Pimazoni-Netto A, et al. Insulin Injection Technique Questionnaire: Results of an international study comparing Brazil, Latin America and World data. *Diabetology and Metabolic Syndrome* 2018; 10(1):85. Doi: <http://doi.org/10.1186/s13098-018-0389-3>
- [40] Peyrot M, Rubin RR, Kruger DF, Travis LB. Correlates of insulin injection omission. *Diabetes Care.* 2010; 33(2):240-5. Doi: <http://doi.org/10.2337/dc09-1348>
- [41] Frid AH, Kreugel F, Grassi G, Halimi S, Hicks D, Hirsch LJ, et al. New Insulin Delivery Recommendations. *Mayo Clin Proc.* 2016; 91(9):1231-55. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.06.010>
- [42] Sauvanet JP, Halimi S. Técnica de inyección de insulina: ¿qué les gusta a los pacientes diabéticos en Francia? *Medecine Des Maladies Metaboliques.* 2017; 11(5):406-15. Doi: [http://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30098-6](http://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30098-6)
- [43] Frid AH, Hirsch LJ, Menchior AR, Morel DR, Strauss KW. Worldwide Injection Technique Questionnaire Study: Injecting complications and the role of the professional. *Mayo Clin Proc.* 2016; 91(9):1224-30. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.06.012>
- [44] Kalra S, Mithal A, Sahay R, John M, Unnikrishnan AG, Saboo B, et al. Indian Injection Technique Study: Injecting Complications, Education, and the Health Care Professional. *Diabetes Therapy.* 2017; 8(3):659-72. Doi: <http://doi.org/10.1007/s13300-017-0244-9>
- [45] da Cunha GH, Barbosa RVA, Fontenele MSM, Lima MAC, Franco KB, Fachine FV. Insulin therapy waste produced in the households of people with diabetes monitored in Primary Care. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(3):618-25. Doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0406>
- [46] Agència de Residus de Catalunya i Associació de Diabètics de Catalunya. Millorem la gestió dels residus associats a la diabetes. Departament de medi ambient i habitatge [internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016 [citado 8 may 2020]. Disponible en: [http://residus.gencat.cat/web/content/home/lagencia/publicacions/prevenio/diptic\\_diabetis\\_cat.pdf](http://residus.gencat.cat/web/content/home/lagencia/publicacions/prevenio/diptic_diabetis_cat.pdf)
- [47] Fornos-Pérez JA, Ferrer JC, García-Rodríguez P, Huarte-Royo J, Molinero-Crespo A, Mera-Gallego R, et al. La diabetes en España desde la perspectiva de la farmacia comunitaria: conocimiento, cumplimiento y satisfacción con el tratamiento. *Farmacéuticos Comunitarios.* [internet] 2016 [citado 8 may 2020]; 8(2):5-15. Disponible en: <http://farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/diabetes-espana-desde-perspectiva-farmacia-comunitaria-conocimiento-cumplimiento/full>

<sup>1</sup> Regina Ruiz de Viñaspre  
Hernández

<sup>1</sup> Ana Cobos Rincón

## Evaluación de la integración de la perspectiva de género en el Plan de Salud de La Rioja

<sup>1</sup> Doctora. Servicio Riojano de Salud

Dirección de contacto: rrhernandez@riojasalud.es

*"Es inexcusable integrar el principio de igualdad en políticas de salud, y para ello, estadísticas, encuestas sanitarias, políticas, estrategias y programas de salud "integrarán activamente" en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias."*

Art. 27. Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (2007)

### Cómo citar este artículo:

Ruiz de Viñaspre Hernández R, Cobos Rincón A. Evaluación de la integración de la perspectiva de género en el Plan de Salud de La Rioja. RIdEC 2020; 13(1):49-62.

**Fecha de recepción:** 6 de abril de 2020. **Aceptada su publicación:** 28 de abril de 2020.

### Resumen

**Objetivo:** evaluar la integración de la perspectiva de género del Plan de Salud de La Rioja, identificar áreas de mejora y proponer recomendaciones.

**Método:** la evaluación del plan se realizó siguiendo la metodología de enfoque integrado de género (*mainstreaming*), durante los meses de octubre y noviembre de 2019. Las herramientas han sido: *La guía de aplicación de la evaluación de políticas públicas con enfoque de género* del Instituto Andaluz de Administración Pública, *La guía de desigualdades en salud de Andalucía* y el documento "Hablemos de sexo".

**Resultados:** el plan de salud no establece un compromiso explícito con la equidad de género. Hombres y mujeres riojanos no participan de manera igualitaria en la toma de decisiones sobre la política sanitaria. La falta de análisis de variables socioeconómicas impide identificar colectivos vulnerables. No se mide el impacto que las medidas sanitarias ya tomadas tienen en hombres y mujeres. La mayoría de los datos no están desagregados por género. No se incluye el género como unidad de análisis que permita identificar las causas y consecuencias de la desigualdad. No se establecen objetivos ni acciones para reducir las brechas de desigualdad.

**Conclusiones:** el actual plan de salud de La Rioja no incluye la perspectiva de género. Todas y cada una de las fases de elaboración del plan de salud son sustancialmente mejorables desde la perspectiva de género.

**Palabras clave:** plan de salud; género; transversalidad; política sanitaria.

### Abstract

**Assessment of the integration of a gender perspective in the Health Plan in La Rioja**

**Purpose:** to assess the integration of the gender perspective in the Health Plan in La Rioja; to identify areas for improvement and offer recommendations.

**Methods:** the evaluation of the plan was based on the method of an integrated gender approach (*mainstreaming*) in October/November 2019. The following tools were used: "La guía de aplicación de la evaluación de políticas públicas con enfoque de género" by the Instituto Andaluz de Administración Pública, "La guía de desigualdades en salud de Andalucía", and the paper "Hablemos de sexo".

**Results:** the health plan does not include an explicit commitment to gender equity. In La Rioja, men and women do not participate equitably in decision-making on health policy. The lack of an analysis of socio-economic variables prevents the identification of vulnerable groups. The impact of already implemented health measures on men and women is not evaluated. Most data are not disaggregated by gender. Gender is not included as analysis unit allowing to identify causes and consequences of inequality. No targets or actions are established to reduce inequality gaps.

**Conclusions:** the current health plan in La Rioja does not include gender perspective. All phases of health plan development can be substantially improved from a gender perspective.

**Key words:** health plan; gender; mainstreaming; health policy.

## Introducción

La salud es un derecho, un factor macroeconómico de primer orden, un componente esencial del bienestar, un producto de bien público global y parte constituyente de la justicia social y de la equidad, entendida como "la ausencia de diferencias en salud sistemáticas, injustas y evitables" (1).

Una de las "Diez amenazas para la salud mundial en 2019" identificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido la inequidad de género que impide que mujeres y hombres tengan la misma posibilidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud. La inequidad no solo afecta negativamente a la salud individual de las mujeres, sino que menoscaba el nivel de salud de toda la comunidad, incrementa los costes sanitarios y sociales y repercute en los sistemas asistenciales generando demandas y retrayendo recursos (2,3). Todos los países constatan la persistencia de la desigualdad de género en salud (1), en parte como consecuencia de seguir ignorando los problemas de salud de las mujeres, tanto en la investigación biomédica y como en la planificación sanitaria (4,5).

La perspectiva de género aporta un nuevo paradigma en la concepción social de ser hombre y mujer y proporciona un marco de referencia que, reconociendo que mujeres y hombres no pueden ser tratados como un grupo homogéneo, es muy útil para analizar y formular políticas, programas y proyectos, así como para orientar la recolección de datos (Ministerio de Salud, 2015). Además, esta perspectiva enfatiza el abordaje de la diversidad, considerando además del sexo, factores como la edad, nivel socioeconómico, zona de residencia, etnicidad y pertenencia a grupos específicos de la población (6). La legislación internacional, europea y española conmina, a quienes son responsables del desarrollo de las políticas sanitarias, a incluir como principio básico de la gestión de la salud la perspectiva de género.

El *gender mainstreaming* o transversalidad es la estrategia más aceptada para promover la igualdad efectiva entre mujeres y hombres desde las políticas públicas. Aplicada a las políticas sanitarias significaría integrar las relaciones de género en todos los procesos de decisión y gestión, con los objetivos de: introducir las preocupaciones, particularidades y necesidades de hombres y mujeres, hacer políticas públicas igual de eficaces para hombres que para mujeres, analizar el efecto que estas tienen en unas y otros e introducir, si fuese necesario, medidas compensatorias que garanticen el propósito final de alcanzar la igualdad efectiva (7).

El Plan de Salud (PS) es una herramienta fundamental para evitar la inequidad (8). La Ley General de Sanidad dispone que cada comunidad autónoma elabore un PS que recoja todas las acciones necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud. Estos planes aceptan marcos teóricos que priorizan estrategias y las hacen operativas dentro de las características propias de su población (9). La inclusión de la perspectiva de género en los planes de salud respondería al cumplimiento de la 4ª estrategia del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Sanidad (2010), que establece la necesidad de "analizar las políticas de salud y promover acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género".

Aunque la normativa española incorpora la defensa de la igualdad entre hombres y mujeres (Constitución, 1978; Ley de igualdad, 2007), alude, en muchos de sus planteamientos, a la responsabilidad con la igualdad más que a la obligatoriedad de su cumplimiento, lo que propicia una brecha entre la igualdad de "jure" y la igualdad de "facto" (10). La norma es necesaria pero no suficiente, requiere de la voluntad y el compromiso político de aquellos agentes que planifican, implementan y evalúan las políticas sanitarias públicas de las comunidades autónomas. Se desconoce en qué medida las comunidades autónomas hacen operativa la equidad de género en sus PS. El "Informe de Salud y Género 2005" dejaba constancia de que la mayoría de los PS, aunque incluían la equidad de género como un principio general, los objetivos y las medidas operativas para hacerla efectiva eran escasas. Es probable que la Ley de igualdad de 2007 y el Plan de calidad de 2010 hayan mejorado esta situación, aunque se carece de datos actualizados.

El propósito de esta investigación es evaluar la integración de la perspectiva de género en el PS riojano, identificar áreas de mejora y proponer recomendaciones.

## Material y método

Este trabajo consiste en la evaluación del Plan de Salud de La Rioja (2014-2019) siguiendo la metodología de enfoque integrado de género (*mainstreaming*) (11). La revisión del plan se realizó durante los meses de noviembre y diciembre de 2019.

Las herramientas utilizadas para el diagnóstico de la inclusión de la perspectiva de género en el PS de La Rioja han sido:

- La guía de aplicación de la evaluación de políticas públicas con enfoque de género del Instituto Andaluz de Administración Pública. Esta guía propone 27 preguntas que se agrupan en los siguientes bloques: 1º Pertinencia de género, 2º Antecedentes

y diagnóstico, 3º Planificación, 4º Evaluación y 5º Presentación. Estas preguntas ayudan a verificar si se han identificado las relaciones de género en el ámbito de la salud, a profundizar en las causas de la desigualdad, calibrar sus efectos y en función de todo ello realizar recomendaciones (12).

Evaluar desde el enfoque de género implica considerar sistemáticamente el género como categoría de análisis, para ello es necesario: que la información a evaluar esté desagregada por sexo (variable de análisis) e incluir las dimensiones de análisis, determinantes de salud e indicadores que permiten evaluar hasta qué punto la política sanitaria aplicada ha sido un elemento transformador y ha incidido en el avance de la igualdad de género. El enfoque de género también requiere emplear un lenguaje inclusivo que evite el mantenimiento de estereotipos en hombres y mujeres que justifiquen o perpetúen cualquier discriminación. Por tanto, la respuesta a algunas de las cuestiones planteadas en la guía de evaluación ha requerido el uso de otras dos herramientas de análisis.

- *La guía de desigualdades en salud de Andalucía* (13), que incluye una serie de indicadores para el diagnóstico basándose en el modelo propuesto por la *Women and Gender Equity Knowledge Network*, en un informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (14). Este modelo identifica las dimensiones y los determinantes de la salud sensibles al género y los indicadores para monitorizar las desigualdades de género en salud.
- El documento "Hablemos de sexo" (15), útil para el análisis y la identificación de sexismo y el androcentrismo lingüístico en el discurso sanitario del PS.

Las características de este trabajo hacen que no sea pertinente la aprobación del mismo por un comité de ética de la investigación.

## Resultados

### Bloque 1. Pertinencia de género

#### 1.- ¿La política o plan afecta directa o indirectamente a mujeres y hombres?

**SÍ.** El género juega un papel específico en el riesgo, la incidencia y la prevalencia de patologías específicas, en su tratamiento y en el impacto en su calidad de vida.

**Recomendación.** El PS tiene que declarar su acuerdo con el principio de equidad en salud y establecer un compromiso explícito con la legislación vigente para llevarlo a cabo. Necesita un marco legislativo de la propia comunidad que respalde la pertinencia de la elaboración del plan desde la perspectiva de género.

#### 2.- En caso afirmativo, ¿partían las mujeres y los hombres de la misma situación y posición en el ámbito de la política, en términos de acceso a los recursos, toma de decisiones, valores, derechos, participación y representación?

**NO.** Las mujeres riojanas estaban infra-representadas tanto entre la población a la que se consultó, como entre las personas que participaron en la toma de decisiones en salud.

Los cuatro foros invitados a opinar sobre la priorización de los problemas fueron: "foro de directivos, de profesionales sanitarios y el foro social que incluía la universidad, organizaciones sindicales y empresariales, mutuas laborales y asociaciones de pacientes y/o de familiares de enfermos". La participación de la ciudadanía a través del foro social fue escasa y la participación del número de hombres y mujeres no se recoge, aunque sí se sabe que los organismos riojanos incluidos en el foro social estaban presididos o dirigidos mayoritariamente por hombres. De los cuatro comités que elaboran el plan (consejo de dirección, comité de expertos, comité técnico de redacción, comité técnico de seguimiento y redacción) solo se conocen las mujeres y hombres que componen el comité de expertos: era mujer el 40% de las personas que coordinaron los grupos de trabajo y el 65% de las integrantes de estos grupos. Aunque el porcentaje de profesionales sanitarias, en 2013, era del 77% (73% en Atención Especializada y 82% en Atención Primaria).

**Recomendación.** Una planificación con perspectiva de género requiere:

- Un compromiso explícito de las personas situadas en puestos de decisión dentro de las distintas estructuras organizativas para garantizar la igualdad de representación de hombres y mujeres, así como el compromiso explícito del propio personal que las conforma para hacer efectiva esta igualdad.

### 3.- ¿Afecta el plan o política a los estereotipos de género o a los valores sociales?

**SÍ.** En el prólogo del PS realizado por el Consejero de Salud de La Rioja dice que el eje del PS es el "paciente". El término "paciente" para referirse a toda la población riojana es pobre y poco inclusivo, y expresa la concepción masculinizada de la salud que asumía el propio consejero.

El plan se orienta hacia el hombre enfermo lo que excluye aquellas dolencias de las mujeres que la medicina no define como enfermedades.

**Recomendación.** El plan debe evitar mantener los estereotipos de género e ir promoviendo valores sociales de igualdad y equidad.

- Adoptar un concepto de salud inclusivo desde la perspectiva de la salud donde la persona sean el referente y no la enfermedad.
- Adoptar el modelo sobre los determinantes de las desigualdades en salud de la OMS.

### 4.- ¿Se extrae alguna información complementaria al interseccionar sexo con otras variables como origen, situación socioeconómica, edad, etnia, etc.?

**NO.** El documento no aporta información complementaria sobre otras variables sociales (salvo la edad cuando se presentan datos de prevalencia).

**Recomendación.** El plan debe describir las condiciones de salud de la población riojana según la clase socioeconómica, el sexo, la edad, la etnia o la raza o el lugar del territorio en el que se viva mediante la desagregación de los datos por estas variables. Analizar la interrelación entre estas variables (perspectiva interseccional) para identificar aquellos colectivos con mayor discriminación (p. ej.: mujeres inmigrantes seropositivas).

## Bloque 2. Antecedentes y diagnóstico

### 5.- ¿Se ha tenido en cuenta en el diagnóstico el impacto de género de otras acciones desarrolladas con anterioridad y relacionadas con el ámbito de la política a evaluar?

**NO.** Los resultados de las acciones planificadas en el PS anterior no se desagregan por sexo, lo que impide evaluar su impacto en hombres y mujeres. Un ejemplo, en La Rioja la enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad global. La principal causa de ECV en hombres es la cardiopatía isquémica incluido el infarto (IAM) y en mujeres la insuficiencia cardiaca (IC). Desde 2014 en La Rioja se implantó el programa "Código Infarto Rioja", con realización de angioplastia primaria precoz en la fase aguda del IAM, que ha supuesto un descenso de la mortalidad por IAM, es probable que el impacto en la mortalidad por ECV hayan beneficiado a más hombres que mujeres, pero al no desagregar este dato por sexo no se puede evaluar.

**Recomendación.** Al evaluar los logros obtenidos en salud con las medidas aportadas en el actual plan se debe medir cuánto han impactado estos logros en la salud de hombres y mujeres, para ello la desagregación de todos los datos es imprescindible.

### 6.- ¿Se hace referencia en el plan al cumplimiento de algún mandato normativo de igualdad de género, que vincule al ámbito de actuación de la política o plan a evaluar?

**NO.** El PS no explicita el derecho a la igualdad en salud de mujeres y hombres. No menciona la normativa genérica de igualdad de género (tratados o convenios internacionales, europeos, o normativa estatal, autonómica, o local), ni la normativa específica.

**Recomendación.** El plan dentro de su documentación de referencia debería incorporar un repaso sucinto por toda la normativa y aportar aquellos mandatos concretos del derecho a la igualdad de género en el ámbito de la salud.

### 7.- ¿Se hace referencia al cumplimiento de algún pacto o compromiso político de igualdad de género que vincule al ámbito de actuación de la política o plan?

**SÍ, parcialmente.** El PS de La Rioja dice alinearse con la línea estratégica de salud y género (aunque no explica en qué consiste). No alude a ningún otro compromiso político establecido en el ámbito internacional, europeo, nacional o autonómico referente a la equidad de género en salud.

**Recomendación.** La Rioja necesita una ley de igualdad que promueva la inclusión de la perspectiva de género en todas las políticas. Se recomienda que el plan se alinee con los compromisos políticos establecidos en el ámbito internacional, europeo, nacional y autonómico que buscan la equidad en salud. Se recomienda describir los marcos estratégicos y aportar líneas estratégicas y objetivos que se hayan marcado en igualdad y que puedan interpelar a la política concreta.

**8.- ¿Se tiene en cuenta la perspectiva de género a la hora de definir la población destinataria/beneficiaria/diana?**

**SÍ.** El plan considera como población diana de sus actuaciones a toda la población riojana sin ningún requisito legal previo que pueda generar discriminación.

**Recomendación.** Mantener una fórmula de definición de la población diana que no requiera reconocimiento previo, sino que sea una situación de hecho. Evitar referirse a la población diana como "paciente".

**9.- ¿Se identifican los grupos de interés para la elaboración del plan desde un análisis de la consideración que cada uno tiene para la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres?**

**NO.** No se identifican los grupos de interés que pudiesen verse afectados por el plan ni su composición por sexo, ni su vinculación con la igualdad de género. Ninguna asociación de mujeres de la comunidad participó en ninguna de las fases del plan.

**Recomendación.** La participación de hombres y mujeres en todos los comités y foros debe ser paritaria y se ha de garantizar la participación de organizaciones de mujeres a lo largo de todo el ciclo del plan: mujeres del área rural, inmigrantes o a cargo de familias monoparentales, mujeres empresarias y autónomas, o las mujeres con discapacidad deben estar representadas de manera proporcional.

**10.- ¿El diagnóstico cuenta con todas las variables pertinentes al género desagregadas por sexo?**

**NO.** La mayoría de las variables no se desagregan por sexo. Las variables desagregadas solo corresponden a las tasas de prevalencias de algunas patologías, pero no de todas.

**Recomendación.** Es necesario desagregar todos los datos por sexo, los que no se tengan habría que especificarlo y explicar por qué no se aportan. La desagregación es imprescindible, aunque no suficiente, para evaluar el efecto en la igualdad de género

**11.- ¿Se identifican las brechas de género en el problema o necesidad?**

**NO.** El plan describe problemas de salud según sexo, pero no identifica brechas de género. Un caso paradigmático de esto lo constituye el consumo de hipnosedantes, somníferos y tranquilizantes mayoritario en mujeres que carece de análisis de género.

**Recomendación.** Describir desigualdades entre hombres y mujeres no es suficiente para identificar brechas de género, la identificación de estas brechas requiere una mirada que explore si las desigualdades son o no evitables. Se recomienda la identificación y descripción de las diferencias y el esfuerzo científico de explicar sus causas no evitables y evitables mediante la investigación o la revisión de la literatura existente.

**12.- ¿El diagnóstico determina las causas y consecuencias de las desigualdades detectadas?**

**NO.** El plan no explica las desigualdades en salud, ni sus causas ni sus consecuencias ya que el género no se utiliza como unidad de análisis. No realiza un análisis de las variables que puedan estar manteniendo o incrementado la situación de desigualdad. Un ejemplo, se dice que el cuidado de las personas dependientes recae mayoritariamente en las mujeres de las familias, sin un análisis posterior de porque cuidan las mujeres y del efecto del cuidado en su salud.

**Recomendación.** Incluir las diferencias en salud entre las líneas prioritarias de investigación en salud de la comunidad e incluir revisiones de la literatura científica sobre los factores que explican estas desigualdades en todas las situaciones de salud abordadas en el PS.

**13.- ¿Se tiene en cuenta la diversidad de los grupos de mujeres y hombres, según la edad, el medio rural-urbano, el nivel de estudios, etc.?**

**NO.** La única variable que se cruza ocasionalmente con el sexo a lo largo del texto es la edad.

**Recomendación.** Hay que realizar un análisis de interseccionalidad del sexo y la edad con otras variables: nivel de estudios, lugar de residencia (urbano, rural), renta o situación laboral. Este tipo de análisis no solo identifica discriminaciones en la salud de hombres o mujeres, sino también los grupos de hombres y mujeres más vulnerables.

### **Bloque 3. Planificación y despliegue**

#### **14.- ¿El plan o política hace explícita la necesidad de erradicar las desigualdades de género?**

**NO.** El PS de La Rioja no recoge la necesidad ni el compromiso político de hacerlo.

**Recomendación.** Explicitar en la presentación o en el prólogo o en la justificación del plan el propósito político de trabajar desde el ámbito de la salud para lograr la igualdad de género.

#### **15.- ¿Se prevé la participación equilibrada de mujeres y hombres de los grupos de interés en todas las fases del plan?**

**NO.** No se plantea la participación proporcional de hombres y mujeres, tampoco cuenta con la participación de otras consejerías, instituciones de la comunidad, asociaciones, fundaciones o empresas en su propósito de mejorar la salud de la ciudadanía riojana.

**Recomendación.** Asegurar la representación paritaria de los hombres y las mujeres que serán beneficiarios del plan, así como su participación en la elaboración de este y el proceso de toma de decisiones. Es necesario que el PS entienda la salud de una manera global, participativa e interrelacionada con el resto de las actuaciones políticas.

#### **16.- ¿Se definen retos u objetivos esperados de igualdad de género?**

**NO.** Ninguno de los 201 objetivos específicos que se establecen en el plan se formuló para reducir la desigualdad de género.

**Recomendación.** Para cada situación de salud abordada en el plan o para cada brecha de género en salud identificada se debe formular al menos un objetivo de igualdad. Es necesario que el objetivo se enuncie de manera operativa, es decir, que sea concreto y medible.

#### **17.- ¿Se han diseñado acciones positivas (dirigidas a mujeres) en coherencia con las desigualdades identificadas y con los objetivos establecidos?**

**NO.** El plan no recoge ninguna acción positiva.

**Recomendación.** Toda brecha de género identificada en el análisis debe ir acompañada de una acción positiva con el objetivo de compensar esta desigualdad. Un caso concreto de discriminación positiva en esta comunidad sería establecer acciones y recursos para evitar que las mujeres riojanas sigan siendo las únicas españolas que tienen que trasladarse a otra comunidad para ejercer su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

#### **18.- ¿Se han diseñado otras acciones de igualdad en coherencia con las desigualdades identificadas y con los objetivos establecidos?**

**NO.** Como consecuencia de la falta de identificación de las brechas de género y de objetivos para eliminarlas, no se ha diseñado ninguna acción.

**Recomendación.** Cada objetivo de igualdad elaborado para una situación de salud o una brecha de género identificada debería ir acompañado de la programación de, al menos, unas acciones concretas para su logro.

#### **19.- ¿Se describe si existen sistemas de información y bases de datos que capturen la variable sexo y otros perfiles como la edad, la formación, el número de hijos e hijas, u otros, en el caso de personas físicas?**

**NO.** No constan sistemas de información o bases de datos que capturen estas variables.

**Recomendación.** El plan debe prever los sistemas de gestión de la información necesarios para poder hacer un seguimiento sobre la evolución de la igualdad de género a lo largo del plan y para la posterior evaluación de los objetivos propuestos para eliminar la brecha de género.

20.- ¿En la planificación y elaboración del plan se ha contado con la participación de asociaciones, personas expertas y/o grupos de mujeres potencialmente destinatarias?

NO. Solo han participado personal del sector sanitario.

**Recomendación.** El plan tiene que incluir de manera equilibrada a los diferentes colectivos de mujeres riojanas en todas las fases del plan. Así como sistemas de seguimiento que permitan dar cuenta de que se cumple este compromiso.

#### Bloque 4. Evaluación

21.- ¿Existen indicadores de género que permitan hacer un seguimiento y evaluación del logro de la igualdad de género que se hayan planteado?

NO. De los 98 indicadores de género chequeados solo nueve se incluyen en el PS (Cuadro 1).

**Recomendación.** Utilizar como indicador la brecha en salud que se quiere eliminar (p. ej.: tiempo que hombres y mujeres dedican a cada una de las actividades de cuidado de menores).

**Cuadro 1.** Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
1. Todos los datos aportados están desagregados por sexo cuando se refieren a personas	No
2. Se describen los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género	
<b>Mortalidad</b>	
• Tasa de mortalidad (por causas)	Sí
• Tasa de mortalidad materna	No
• Tasa de mortalidad infantil	Sí
<b>Esperanza de vida</b>	
• Esperanza de vida libre de enfermedad crónica y/o discapacidad	No
• Esperanza de vida libre de limitación funcional para la vida diaria	No
<b>Morbilidad</b>	
• Prevalencia de problemas de salud crónicos según tipos	Sí
<b>Accidentabilidad</b>	
• Tasa de accidentabilidad en espacio doméstico	No
• Tasa de accidentabilidad de conductores	Sí
• Tasa de accidentabilidad en el trabajo (accidentes laborales)	Sí
<b>Discapacidad</b>	
• Prevalencia de dependencia funcional	Sí
• Tasa de participación en la actividad económica de las personas con discapacidad (mayores de 18 años)	No
<b>Salud percibida</b>	
• Mala y regular salud percibida	No
<b>Salud sexual</b>	
• Población activa sexualmente que reporta satisfacción con su vida sexual	No
• Edad de inicio de las relaciones sexuales	No

**Cuadro 1.** Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja (*continuación*)

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
<b>Salud reproductiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de abortos (espontáneos y provocados) sobre el total de embarazos</li> <li>• Embarazos no planificados en adolescentes (15 a 19)</li> <li>• Embarazos en mujeres mayores de 40 años (planificados y no planificados)</li> <li>• Número de técnicas de reproducción asistida</li> </ul>	No No No No
<b>Violencia y maltrato</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalencia de violencia contra las mujeres por relación con la persona agresora</li> </ul>	No
<b>Contexto sociopolítico y políticas municipales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación de hombres y mujeres en órganos de poder político</li> <li>• Existencia de plan de igualdad</li> </ul>	No No
<b>Recursos comunitarios (no sanitarios)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociaciones y grupos de apoyo</li> <li>• Plazas en centros residenciales públicos y privados para personas dependientes de 65 o más años en relación con la demanda de estas plazas</li> <li>• Tasa de natalidad en madres adolescentes (15 a 19 años)</li> <li>• Tasa de natalidad en madres solteras y que no conviven en pareja</li> </ul>	No No No No
<b>Estructura por clase social o niveles de ingresos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefaturas de hogar femeninas y masculinas</li> <li>• Tasa de riesgo persistente de pobreza, por hogares liderados por mujeres solas</li> </ul>	No No
<b>Estructura por educación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de años de escolarización formal recibida</li> <li>• Existencia de currículo y materiales libres de estereotipos en los diferentes niveles de educación</li> <li>• Porcentaje de centros que dedican un tiempo específico a trabajar la formación afectivo-sexual y la salud sexual y reproductiva del alumnado</li> </ul>	No No No
<b>Estructura de hogares y familia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de hogares con presencia de personas con discapacidad o limitación que requieren de atención</li> <li>• Tasa de hogares con jefatura femenina en cada estrato económico</li> </ul>	No No
<b>Capital social/apoyo social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Población que declara sentirse a gusto en su vecindario o que refiere tener un/a vecino/a al que pueden pedir ayuda</li> <li>• Utilización de recursos de ayuda/asistencia en el ámbito familiar/de amistades</li> <li>• Porcentaje de población que participa en organizaciones sociales</li> </ul>	No No No
<b>Condiciones de empleo y trabajo situación laboral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de población según situación laboral</li> <li>• Población ocupada según tipo de jornada</li> <li>• Personas inactivas que no buscan empleo por razones familiares</li> <li>• Población desempleada</li> <li>• Población desempleada en el hogar según sexo del/la cabeza de familia</li> <li>• Población desempleada en el hogar según tipos de pobreza y exclusión</li> </ul>	No No No Sí No No

**Cuadro 1.** Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja (*continuación*)

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Media de tiempo que tardan las personas hasta poder trabajar regularmente y con derechos sociales</li> <li>• Tasas de temporalidad y estabilidad de la contratación</li> <li>• Población que ha tenido problemas con su salud sexual y reproductiva ocasionado por el tipo de trabajo y/o contacto con químicos</li> <li>• Mujeres embarazadas que han tenido problemas en su embarazo por razones relacionadas con el trabajo remunerado</li> <li>• Permisos de paternidad con relación al número de padres</li> <li>• Grado de dificultad para conciliar vida profesional/familiar/personal</li> <li>• Empresas lideradas por mujeres</li> <li>• Porcentaje de mujeres que participan en las instancias de toma de decisiones en las empresas (directorios, gerentes, etc.)</li> </ul>	No No No No No No No
<b>Ámbito reproductivo y de cuidados: cuidados informales a personas mayores de 65 años y/o con trastorno crónico o discapacidad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas dependientes según parentesco con conviviente</li> <li>• Porcentaje de hogares que tienen al menos una persona que no puede realizar una actividad de su vida diaria</li> <li>• Personas cuidadoras según edad</li> <li>• Personas cuidadoras según nivel socioeconómico</li> <li>• Número de horas/semana de cuidado en días laborables</li> <li>• Porcentaje de personas cuidadoras informales que participan en redes de cuidadores/as o en grupos de autoayuda</li> <li>• Tipo de cuidado que realizan los hombres y las mujeres en el cuidado formal</li> </ul>	No No No No No No No
<b>Ámbito reproductivo y de cuidados: crianza e infancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo que hombres y mujeres dedican a cada una de las actividades de cuidado de menores</li> <li>• Porcentajes de hombres que hacen uso de las licencias paternas</li> <li>• Razones por las cuales los hombres no hacen uso de las licencias paternas</li> <li>• Porcentaje de padres/parejas que comparten la responsabilidad de la crianza</li> </ul>	No No No No
<b>Ámbito reproductivo y de cuidados: trabajo doméstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de hombres y mujeres que se definen como amos/as de casa</li> <li>• Tipo de tareas domésticas realizadas en el hogar</li> <li>• Porcentaje de hogares que disponen de apoyo formal</li> <li>• Participación de los miembros familiares en el trabajo doméstico</li> </ul>	No No No No
<b>Condiciones de vivienda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Población que tiene una vivienda, por tipo de posesión</li> <li>• Porcentaje de los ingresos brutos del hogar dedicado a la compra o alquiler de la vivienda en función de la persona de referencia</li> <li>• Incidencia de situaciones de hacinamiento en la vivienda según tipo de hogar</li> <li>• Población de 18 y más años que consideran que disponen de espacio propio dentro del hogar</li> </ul>	No No No No
<b>Entorno físico, seguridad y protección</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Población que utiliza las zonas verdes como lugares de ocio o práctica de ejercicio físico</li> <li>• Porcentaje de la población que percibe su comunidad como segura</li> </ul>	No No

**Cuadro 1.** Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja (*continuación*)

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
<b>Hábitos de vida, conductas saludables/de riesgo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Población fumadora</li> <li>• Prevalencia de sedentarismo</li> </ul>	Sí Sí
<b>Servicios de salud: recursos sanitarios disponibles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de servicios sanitarios que tienen programas de atención a adolescentes</li> <li>• Existencia de programas de información/educación en anticoncepción y salud reproductiva</li> </ul>	No No
<b>Servicios de salud: acceso y cobertura a los servicios sanitarios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Población sin ningún tipo de cobertura sanitaria</li> <li>• Cobertura de programas especiales de asistencia a familiares cuidadores/as</li> </ul>	No No
<b>Servicios de salud: utilización de los servicios sanitarios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres que tuvieron un aborto en el último año (dentro y fuera de la CC.AA. de La Rioja) y que recibieron atención post-aborto</li> <li>• Existencia de campañas sobre los derechos en salud reproductiva</li> <li>• Nivel de satisfacción de usuarios/as</li> <li>• Valoración de usuarios/as de la efectividad de los servicios sanitarios</li> <li>• Valoración de usuarios/as de la seguridad de los servicios sanitarios</li> <li>• Valoración de usuarios/as de la accesibilidad de los servicios sanitarios</li> <li>• Satisfacción de usuarios/as con el trato recibido</li> </ul>	No No No No No No No
<b>Servicios de salud: calidad y satisfacción con los servicios sanitarios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de mecanismos de seguimiento de la calidad asistencial con participación de usuarios y usuarias y de organizaciones territoriales con perspectiva de género</li> <li>• Grado de conocimiento de los/as profesionales de salud sobre la integración de la perspectiva de género en la práctica profesional</li> </ul>	No No
<b>Consumo de medicamentos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de población que consume medicamentos en un periodo determinado</li> </ul>	No
<b>Empoderamiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado de percepción de la capacidad percibida de tener el control de la vida propia</li> </ul>	No
<b>Poder</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de personas afiliadas a sindicatos</li> <li>• Porcentaje de mujeres y hombres en las direcciones y cargos de responsabilidad de centros sanitarios</li> </ul>	No No
<b>Control</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de mujeres en edad fértil, activas sexualmente, que deciden cuándo tener relaciones sexuales</li> <li>• Mujeres toman decisiones sobre uso de métodos para evitar ITS</li> </ul>	No No
<b>Discriminación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas que han sufrido y/o sufren discriminación por razón de sexo</li> <li>• Tasa de denuncias por violencia interpuestas por mujeres</li> <li>• Fondos públicos destinados a atención</li> <li>• Denuncia de maltrato/abuso sexual/violaciones (físico, psíquico, sexual), en niños/as según relación con la persona abusadora</li> </ul>	No No No No

**Cuadro 1.** Análisis de los indicadores de las dimensiones y determinantes de salud sensibles al género en el Plan de Salud de La Rioja (*continuación*)

Criterios en el análisis de la situación y criterios de priorización	Valoración
Acceso y control a los recursos	
• Tiempo medio dedicado a la semana a la suma de las horas laborales y las invertidas en tareas domésticas y de cuidado	No
• Tiempo medio dedicado en desplazamientos en transporte público	No
• Personas que han optado por el trabajo en casa (teletrabajo) por responsabilidades familiares	No

22.- ¿Los indicadores para el seguimiento y evaluación de la igualdad de género consideran variables como la edad, profesión, etnia u otras?

NO. No se incluye estos indicadores.

**Recomendación.** Es necesario que el plan identifique los grupos de hombres y mujeres más vulnerables e incluya indicadores para medir el efecto de las medidas propuestas en la reducción de la inequidad.

23.- ¿Se prevé la medición del impacto de género del programa o plan?

NO. El PS no incluye un informe de impacto del plan en la igualdad de salud entre hombres y mujeres.

**Recomendación.** Incorporar el informe de impacto de igualdad. Aunque La Rioja carece de un plan de igualdad cuya normativa obligue a incluir este informe, la ley estatal ya prevé la necesidad de incorporarlo en todos los proyectos de disposiciones de carácter general y los planes de especial relevancia económica, social, cultural y artística que se sometan a la aprobación del Consejo de Ministros (cap 19., Ley Orgánica 3/2007).

24.- ¿El plan incluye medidas y/o recursos orientados a garantizar la sostenibilidad de las acciones para la reducción de la brecha de género?

NO. No incluye ni medidas ni recurso.

**Recomendación.** Se deben incluir explícitamente los recursos para garantizar la puesta en marcha de acciones positivas (temporales) y acciones de igualdad (permanentes) para reducir la inequidad y para la sostenibilidad de las acciones de igualdad y se deben concretar las medidas que se aplicarán para el seguimiento de su cumplimiento.

25.- ¿Se prevé difundir los resultados del proceso evaluador a todos los agentes implicados asegurando que lleguen a las mujeres de todos ellos?

NO. No se prevé en este plan.

**Recomendación.** Las medidas aprobadas en el plan para mejorar la equidad a partir de la interlocución con los grupos y organizaciones de mujeres deben ser presentadas a los diferentes colectivos implicados para que conozcan los compromisos adquiridos, las acciones que se pondrán en marcha y el proceso de seguimiento que se llevará a cabo.

## Bloque 5. Presentación

26. ¿Se hace un uso no sexista del lenguaje en el texto del plan?

NO. El lenguaje del texto es sexista. Se observa el uso casi exclusivo del genérico masculino en singular y plural. A las personas que ejercen la enfermería se les llama enfermeras, salvo a "enfermeros doctores" o "profesores enfermeros" de la universidad, en estos casos se prefiere el masculino. Si se refiere al personal de medicina nunca se utiliza "la médica o las médicas"

Las mujeres inmigrantes y prostitutas se asocian con el incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo y con

una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual. La salud de las mujeres se asocia de manera prácticamente exclusiva con la maternidad.

**Recomendación.** Es clara la importancia de visibilizar la salud diferencial de mujeres y hombres a lo largo del texto y la presencia de mujeres en todas las profesiones sanitarias.

- Utilizar alguna de las guías existentes para evitar el lenguaje sexista. El texto *Guías para el uso de lenguaje no sexista* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad incluye una recopilación de *Guías sobre el uso del lenguaje no sexista*.
- Evitar usar siempre el masculino genérico.
- Los términos profesionales en femenino son lingüísticamente correctos y, por lo tanto, se deben emplear si su referente real es una mujer (médica, psicóloga) o en masculino si es un hombre (enfermero, limpiador).
- Utilizar los dos términos, femenino y masculino, y alternar el orden y términos que representan colectivos y/o abstractos como población, secretaría, administración, dirección, ciudadanía, personal.

#### 27.- ¿Se hace un uso no sexista de las imágenes en el texto del plan?

**NO.** El PS no integra imágenes.

**Recomendación.** El PS debería incorporar una medida específica que evite el uso de las imágenes que proyecten un mensaje sexista en todos los protocolos, programas, campañas, folletos o vídeos que se editen sobre salud.

### Discusión y conclusiones

En este trabajo se ha analizado: el uso del lenguaje, si las situaciones de salud descritas en el plan eran desagregadas por sexo, si incluían la evaluación de otras variables socioeconómicas que permitan el análisis de género y la interseccionalidad, si el plan incluía indicadores de dimensiones y determinantes de salud con perspectiva de género y si planifica objetivos e intervenciones con perspectiva de género. Este análisis ha permitido constatar la nula integración de la perspectiva en el PS riojano y proponer recomendaciones para el próximo PS.

Este PS muestra una ceguera absoluta a la salud diferencial de hombres y mujeres. Los problemas de las mujeres que no están directamente relacionados con la fertilidad, tales como, dismenorreas, infecciones del tracto reproductivo y urinario, disfunciones del suelo pélvico o la fibromialgia, entre otros muchos, no se abordan, ya que no son privilegiados en el discurso biomédico y de salud pública, pese a ser una fuente de sufrimiento significativa para muchas mujeres (5,16,17). La mirada de las mujeres ayuda a disminuir el sesgo de género tanto en la práctica clínica como en la investigación (3,18). Un estudio del Centro Reina Sofía sobre adolescencia y juventud encuentra que las chicas identifican en mayor medida que los chicos las situaciones de desigualdad en todos los ámbitos consultados, especialmente en los que conciernen a la vida profesional/laboral; por eso, el grado de paridad con la que se elabora un PS es un indicador de calidad que garantiza que los intereses de las mujeres y de los hombres sean tenidos en cuenta en igual medida (19,20).

Si las personas que participan no son sensibles a la importancia de integrar con equidad la salud de las mujeres, la paridad no es suficiente. Hombres y mujeres necesitan reflexionar sobre los orígenes y consecuencias de la discriminación para evitar creer que las desigualdades son "normales" (21,22). La integración en los equipos de personas con formación en perspectiva de género ayuda a tener una actitud crítica, a identificar el sesgo de género en todas las acciones de la elaboración, implementación y evaluación del plan, como la elección o elaboración de los cuestionarios utilizados para conocer el estado de salud de la población (23) o la priorización de los temas de salud a abordar en el propio plan (24).

El silencio del PS de La Rioja sobre algunas situaciones como el manejo del aborto en esta comunidad autónoma, la salud sexual, el uso y prescripción de medicamentos, la salud laboral, la contaminación ambiental, los accidentes domésticos, el dolor o los cuidados informales, y la falta de análisis de las causas y de las repercusiones en la salud de las diferencias encontradas en las situaciones contempladas en el plan (consumo de tóxicos, salud mental o accidentes), significa que no es un PS neutro al género, sino que incluye el sesgo de género en todo su procedimiento (25). En el imaginario colectivo de los hombres y mujeres, de todas las profesiones sanitarias, siguen instaladas ideas de género que afectan a la investigación y a la práctica clínica (26). En algunas áreas de salud, como la salud mental, estas ideas resultan especialmente discriminatorias hacia las mujeres (27). Si no se investiga con perspectiva de género y no se

aplica el conocimiento científico desde esta perspectiva a las políticas sanitarias es casi imposible modificar la inequidad en salud entre hombres y mujeres (28,29).

La redacción del plan no visibiliza a las mujeres. No es fácil evitar el uso genérico del masculino "él o ella", si se repite resulta cargante y alarga en exceso las frases. Las formas combinadas ("él/ella") son difíciles de pronunciar, la alternancia de las formas masculinas y femeninas puede resultar confusa y ambigua. Sin embargo, estas dificultades no deben impedir explorar nuevas alternativas intentado conseguir un lenguaje natural que pueda ir siendo aceptado por la población usuaria del mismo. Por otro lado, no solo la forma, sino el contenido del mensaje, deben ser analizados para asegurar que el discurso narrativo no mantiene estereotipos de género o invisibiliza las necesidades, problemas o funciones de las mujeres. Nuestra lengua se ha construido en una realidad machista secular, una realidad menos sexista debería conducir a un lenguaje menos sexista, pero ni la realidad ni el lenguaje se modifican sin una conciencia social de la necesidad de ser modificados (30).

Por último, es imprescindible "creer" que algo es importante para ocuparse de ello. Los gobiernos que no creen en la violencia de género no legislan para erradicarla y los gobiernos que no creen en la equidad tampoco lo hacen, y a nuestro pesar, aun hoy, se discuten ambas cosas (31).

La revisión del tercer PS de La Rioja mediante las herramientas de transversalidad ha dado la oportunidad de hacer un diagnóstico amplio de la falta de perspectiva de género en el actual PS riojano, pero también de aportar recomendaciones concretas que podrían ser tenidas en cuenta en el próximo plan de salud de esta comunidad.

## Bibliografía

- [1] Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21<sup>st</sup> century [internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 [citado 8 may 2020]. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf)
- [2] Tolhurst R, Leach B, Precio J, Robinson J, Ettore E, Scott-Samuel A, et al. Intersectionality and gender mainstreaming in international health: using a feminist participatory action research process to analyse voices and debates from the global south and north. *Soc Sci Med*. 2012; 74:1825-32. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.soescimed.2011.08.025>
- [3] Horton R. Offline: Gender and global health-an inexcusable global failure. *Lancet*. 2019; 393(10171):511. Doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30311-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30311-3)
- [4] Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Pública*. [internet] 2008 [citado 8 may 2020]; 82(3):241-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001&lng=es)
- [5] Valls Llobet C. Mujeres, salud y poder. *Feminismos*. Madrid: Cátedra Ediciones; 2009.
- [6] Phillips SP. Measuring the health effects of gender. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62(4):368-71. Doi: <http://doi.org/10.1136/jech.2007.062158>
- [7] Theobald S, MacPherson EE, Dean L, Jacobson J, Ducker C, Gyapong M, et al. 20 years of gender mainstreaming in health: lessons and reflections for the neglected tropical diseases community. *BMJ Glob Health*. 2017; 2(4):e000512. Doi: <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000512>
- [8] Themba N, Minkler M, Freudenberg M. The role of CBPR in policy advocacy. En: *Community-based participatory research for health: from process to outcomes*. 2nd ed. San Francisco: John Wiley; 2008. p. 307-20
- [9] Pluye P, Potvin L, Denis J. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann*. 2004; 27:121-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>
- [10] Botello-Hermosa A, Casado-Mejía R, Germán-Bes C. Presencia de las mujeres en los órganos de dirección de los colegios profesionales del ámbito de la salud en 2015. *Rev Esp de Salud Pública*. 2015; 89(6):627-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000600010>
- [11] European Institute for Gender Equality [internet]. Última actualización 2020. What is gender mainstreaming [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/what-is-gender-mainstreaming>
- [12] Gómez Torralbo R, Menéndez Roldan S. La evaluación con enfoque de género [internet]. Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública; 2018. p. 68 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeadministracionpublica/publico/anexos/evaluacion/EvaluacionEnfoqueGenero.pdf>
- [13] García Calvete MM, Del Río Lozano M, Marcos Marcos J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes [internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/guia-de-indicadores-para-medir-las-desigualdades-de-genero-en-salud-y-sus-determinantes/>

- [14] Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient Gender Inequality in Health: Why it exist and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinant of Health [internet]; 2007 [citado 8 may 2020]. Disponible en: [http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN\\_FINAL\\_REPORT.pdf](http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf)
- [15] Garí Pérez A. Hablamos de Salud (serie lenguaje nº 5) [internet]. Instituto de la Mujer, Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2006 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Lenguaje/Hablamos%20de%20salud.pdf>
- [16] García-Calvete M, Marcos-Marcos J, Bolívar Muñoz J, Higuera Callejón C, Rubio Román A, Mitge Chaves Y. Guía para incorporar el enfoque de género en la planificación de políticas sociales [internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública y Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Junta de Andalucía; 2016 [citado 8 may 2020]. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupal/jda/publicacion/17/01/Gui%CC%81a%20Genero%20CIPS\\_v4.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupal/jda/publicacion/17/01/Gui%CC%81a%20Genero%20CIPS_v4.pdf)
- [17] Ruiz Cantero T. Sesgo de género en la atención sanitaria. Escuela de Salud Pública andaluza; 2009.
- [18] Nielsen MW, Andersen JP, Schiebinger L, Schneider JW. One and a half million medical papers reveal a link between author gender and attention to gender and sex analysis. *Nature Human Behav.* 2017; 1:791-6. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0235-x>
- [19] Larson E, George A, Morgan R. 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy Plan.* 2016; 31:964-9. Doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czw020>
- [20] García-Calvente M, Hidalgo-Ruzzante N, Marcos-Marcos J, Martínez-Morante E, Maroto-Navarro G, Mateo-Rodríguez, et al. Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociol Health Illn.* 2012; 34(6):911-26. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x>
- [21] Hawkes S, Haseen F, Aounallah\_Skhiri H. Measurement and meaning: reporting sex in health research. *Lancet.* 2019; 393(10171):497-9. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30283-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30283-1)
- [22] Marmot M. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet.* 2007; 370(9593):1153-63. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)
- [23] Ruiz Cantero T, Simón Rodríguez E, Papi-Gálvez N. Sesgo de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit* [internet]. 2006 [citado 8 may 2019]; 20(2):161-5. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000200013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200013&lng=es)
- [24] Ariño MD, Tomás C, Eguiluz M, Samitier ML, Oliveros T, Yago T, et al. ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gac Sanit* [internet]. 2011 [citado 8 may 2019]; 25(2):146-50. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112011000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200011&lng=es)
- [25] Goicolea I, Öhman A, Vives-Cases C. Intersecciones entre género y otros determinantes sociales relevantes de las desigualdades en salud. *Global health action.* 2017; 10(sup2):1397909. Doi: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1397909>
- [26] García-Retamero R, López-Zafra E. Causal attributions about feminine and leadership roles: A cross-cultural comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 2009; 40(3):492-509. Doi: <https://doi.org/10.1177/0022022108330991>
- [27] Pla Julián I, Adam Donat A, Bernabeu Díaz I. Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental.* 2013; 11(46):20-8.
- [28] Morgan R, George A, Ssali S, Hawkins K, Molyneux S, Theobald S. How to do (or not to do) gender analysis in health systems research. *Health Policy Plan.* 2016; 31:1069-78. Doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czw037>
- [29] Witteman H, Hendricks M, Straus S, Tannenbaum C. Are gender gaps due to evaluations of the applicant or the science? A natural experiment at a national funding agency. *Lancet.* 2019; 393(10171):531-40. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32611-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32611-4)
- [30] Vigliocco G, Vinson D, Paganelli F, Dworzynski K. Grammatical gender effects on cognition: Implications for language learning and language use. *J Exp Psychol.* 2005; 134:501-20. Doi: <https://doi.org/10.1037/0096-3445.134.4.50>
- [31] Vecina Oliver A, Miravalls Pérez T, Poveda Rocamora C. Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias. *RIdEC.* [internet] 2019 [citado 8 may 2020]; 12(2):28-36. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/284-ridec-2019-volumen-12-numero-2/2275-originales-3-percepcion-de-la-violencia-de-genero-como-problema-de-salud-por-parte-del-personal-sanitario-del-servicio-de-urgencias>



**¡Enfermería21 supera las 700.000 visitas !**

► El portal líder de Enfermería ha duplicado las visitas en solo un año. El rediseño de la web se caracteriza por:

- Adaptado a múltiples dispositivos
- Más visual e intuitivo
- Acceso a todas las plataformas y servicios de Grupo Paradigma desde un mismo sitio
- Conoce a través de la sección de Diario DICEN todas las noticias del sector
- Acceso a toda la oferta formativa de DAE Formación: AulaDAE, AulaOPE, AulaEIR
- Ofertas de empleo, revistas de Enfermería, test, documentos, libros y multitud de recursos relacionados con el mundo de la Enfermería

## Influencia de la práctica religiosa en la prevención del contagio de VIH en estudiantes universitarios

1,2,b Miguel Meriño Morales

2,a Cecilia Vallejos Medina

2,a Luis Orellana Riveros

1,c Ismael Morales Ojeda

<sup>1</sup> Universidad Adventista de Chile. Facultad de Ciencias de la Salud. Chillán, Chile.

<sup>b</sup> Magister Ciencias Biomédicas. Universidad del BioBio.

<sup>2</sup> Escuela de Enfermería. Universidad la Republica. Chillán, Chile.

<sup>c</sup> Phd Ciencias Biomedicas, Instituto Italiano de Rosario.

<sup>a</sup> Licenciado en Enfermería. Universidad la Republica. Chillán, Chile.

Dirección de contacto: miguel.merino@ulare.cl

### Cómo citar este artículo:

Meriño Morales M, Vallejos Medina C, Orellana Riveros L, Morales Ojeda I. Influencia de la práctica religiosa en la prevención del contagio de VIH en estudiantes universitarios. *RIdEC* 2020; 13(1):64-70.

Fecha de recepción: 7 de abril de 2020. Aceptada su publicación: 28 de abril de 2020.

### Resumen

**Objetivo:** el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es una patología infectocontagiosa que afecta al sistema inmune, cuya principal forma de contagio se asocia a la transmisión sexual. Se ha determinado que la prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) requiere estrategias de intervención conductuales, biomédicas y estructurales. El objetivo del presente estudio es describir las características socioculturales de los estudiantes universitarios de la ciudad de Chillán (Chile), haciendo especial énfasis en la religiosidad de estos y relacionando estas características con la actitud frente al VIH/sida y la prevención del contagio del virus.

**Método:** se realizó un estudio de tipo descriptivo con datos obtenidos mediante un instrumento construido por los investigadores, los cuales posteriormente fueron contrastados. Se utilizó un N de 103 estudiantes de universidades de la ciudad de Chillán.

**Resultados:** se obtuvo que en su mayoría, sin importar la práctica religiosa a la que se adhirieran, la actitud frente al VIH/sida fue "muy favorable" o "favorable", lo que se relaciona con un alto nivel de responsabilidad individual y el compromiso del autocuidado mediante la toma de medidas preventivas para evitar el contagio.

**Conclusión:** la práctica religiosa de la muestra es elevada. A su vez el practicar algún tipo de religión permite afirmar que no influye negativamente en la actitud frente a la enfermedad, además podría influir de forma positiva si se relaciona con la práctica de pareja única y mecanismo de prevención.

**Palabras clave:** religión; infección VIH/sida; actitud; acciones preventivas; prácticas de riesgo; enfermería comunitaria.

### Abstract

#### Influence of religious practice on the prevention of HIV infection in university students

**Purpose:** acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is an infectious disease affecting the immune system; its main form of transmission is associated with sexual contact. Studies have shown prevention of human immunodeficiency virus (HIV) to require behavioral, biomedical, and structural intervention strategies. The present study aimed at describing the socio-cultural characteristics of university students in the city of Chillán, Chile, with special emphasis on their religiousness, and at relating such characteristics to their attitude towards HIV/AIDS and the prevention of its transmission.

**Methods:** a descriptive study was carried out using data obtained by means of an instrument constructed by the researchers; data were later contrasted. A sample of 103 students from universities in the city of Chillán was selected.

**Results:** most participants, no matter what religious practice they adhered to, showed a "very favorable" or "favorable" attitude towards HIV/AIDS. This is related to a high level of individual responsibility and commitment to self-care by taking preventive measures to avoid transmission.

**Conclusion:** our sample shows a high religious practice. Practicing some kind of religion has no negative influence on the attitude towards the disease; and could have a positive influence when this is associated to single-partner relationship and a prevention mechanism.

**Key words:** religion; HIV infection/AIDS; attitude; preventive measures; risk behavior; community nursing.

## Introducción

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es una patología infectocontagiosa que afecta al sistema inmune, cuya principal forma de contagio se asocia a la transmisión sexual (1). El virus causante es el de inmunodeficiencia adquirida humana (VIH), caracterizado por infectar el sistema inmune del huésped (2). La evolución natural de la enfermedad se caracteriza por una fase aguda, una crónica y el desarrollo del sida, donde el organismo del individuo presenta una incapacidad para reaccionar adecuadamente a microorganismos principalmente oportunistas (3,4).

En relación a la situación epidemiológica en Chile, en el año 2017 se estimaba que el número de personas contagiadas con VIH era cercana a 67.000 personas, que corresponde a un 37% de aumento porcentual respecto al 2013, y a una prevalencia de 0,6% de los adultos de entre 15 a 49 años (5). La incidencia anual de 2017 correspondía a 6.000 casos nuevos para dicho año, siendo 43% superior que al año 2013 (5). Cabe destacar que en Chile la transmisión vertical (PPTV) del VIH ha disminuido desde > 35% previo a 1995 a < 2% en la actualidad (6). Así, la principal causa de contagio se asocia a transmisión sexual en el país (5).

Considerando lo anterior se ha determinado que la prevención eficaz del VIH requiere una combinación de estrategias de intervención conductuales, biomédicas y estructurales (7,8).

Para esto es necesario comprender las variables psicosociales ligadas a la actitud frente a la enfermedad, sus mecanismos de prevención y el impacto de esta en la vida del paciente con VIH/sida; entre estas variables toman relevancia la percepción de la patología (9,10), los hábitos de vida (11), la experiencia sexual (12,13), la personalidad del sujeto (14,15) y el comportamiento sexual (16,17), para complementar la comprensión de un aspecto psicosocial clave en la prevención del contagio.

El objetivo del presente estudio se centra en describir las características socioculturales de los estudiantes universitarios de la ciudad de Chillán, haciendo especial énfasis en la religiosidad de estos, relacionando estas con la actitud frente al VIH/sida y la prevención del contagio del virus.

## Material y métodos

**Diseño:** estudio descriptivo y transversal entre alumnos de la Universidad de la República y Universidad Católica de la Santísima Concepción de la ciudad de Chillán, durante los meses de junio y julio del año 2019.

**Población y muestra:** el total de alumnos encuestados corresponde a 115, de estos 103 cumplieron con criterios de inclusión y 12 fueron excluidos según los criterios de exclusión establecidos. El tamizaje consideró criterios de inclusión el ser hombres o mujeres mayores de 18 años y ser alumno de dichas casas de estudio. Como criterios de exclusión se consideró ser docente, no ser alumno de dichas casas de estudios y ser estudiantes de la carrera de enfermería.

**Recogida de datos y procedimientos:** la obtención de la información se realizó mediante un instrumento construido por los investigadores los cuales posteriormente fueron constatados. Dicho instrumento consiste en un cuestionario de 24 preguntas cerradas.

Las variables independientes abarcan aspectos sociodemográficos, como edad, sexo, nacionalidad, etnia, relaciones de pareja, hijos, ocupación, nivel educacional, renta familiar, religión, medios de información, personas que se han informado acerca del VIH/sida, condición sexual, número de compañeros sexuales, uso de preservativo, realización del examen de VIH, historial de enfermedades de transmisión sexual y con qué relacionan el VIH/sida. La variable dependiente es la actitud hacia la infección por VIH/sida (la manera de reaccionar que tienen hacia la infección por VIH/sida, considerando sus creencias, sentimientos y conductas) donde se categorizan en: actitud muy favorable y actitud favorable: lo que significa aceptar que el VIH/sida afecta a todos y que existe una responsabilidad individual para evitar el contagio; actitud desfavorable: desconocer que la responsabilidad ante el contagio es individual y que el VIH/sida afecta a todos; actitud indiferente: implica una visión de la infección de VIH/sida como un problema social más que personal; actitud muy indiferente: la infección por VIH/sida es totalmente ajena a mi realidad y no me merece ningún tipo de consideración. Dicho instrumento fue validado por Herrera et al. (18) en 2016.

Los cuestionarios fueron aplicados en forma de encuesta con consentimiento previo del encuestado.

**Análisis de los datos:** para estudiar los datos se utilizan medidas de tendencia central. Las características basales de los pacientes, organizadas en variables categóricas, fueron resumidas usando porcentajes. A su vez, las variables continuas fueron expresadas en medias. El *software* utilizado fue Microsoft Excel Professional 2019 Plus.

**Consideraciones éticas:** el estudio fue aprobado por Comité Ético Científico de la casa de estudio, la información extraída se manejó de forma confidencial, reemplazando el nombre por un código identificador para mantener el anonimato de los pacientes.

## Resultados

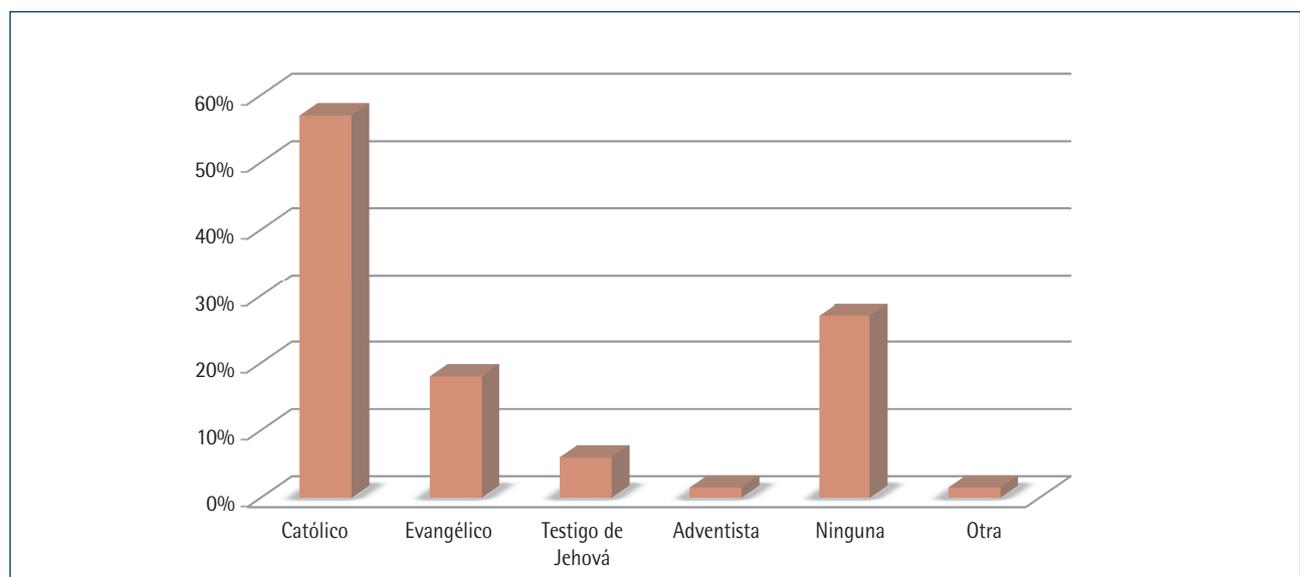
De los 103 alumnos seleccionados: 57,2% es mujer, el 100% de la muestra presenta nacionalidad chilena, el 86,6% tiene una edad que oscilaba entre 18 y 44 años; además, el 64,1% declaró estar en una relación de pareja, el 69,9% consideraba su relación como estable. El 50,5% de la muestra presenta una renta per cápita inferior a 500 mil pesos (\$600 USD), y en su mayoría la residencia de los encuestados es urbana (Tabla 1).

Respecto a las creencias religiosas, el 54,4% de los encuestados se identificó como católico. El grupo que lo sigue es de aquellos que no se identifica con ninguna rama religiosa y corresponden a un 23,5% de la muestra, seguidos por aquellos que se identificaron como evangélicos (protestantes) con un 17%. Como resultados marginales de la encuesta están los testigos de Jehová, adventistas y otros con porcentajes menores al 5% cada uno (Gráfico 1).

En relación a la actitud de estos grupos respecto al VIH se observó que en el grupo de católicos 31 personas manifestaron tener una actitud muy favorable frente al VIH/sida y solo 8 personas refirieron tener una actitud desfavorable, indiferente o muy indiferente frente a la enfermedad. Así mismo, en el grupo que se definió como evangélicos (protestantes) la tendencia es tener una actitud favorable frente a la enfermedad. Lo mismo

**Tabla 1.** Características demográficas generales de la muestra encuestada (n= 103). \$500.000 pesos chilenos equivalen aproximadamente a \$600 USD

		N	%
Sexo	Hombre	44	42,80%
	Mujer	59	57,20%
Nacionalidad	Chileno	103	100%
	Otro	0	0
Edad	18-24	32	31,1
	25-34	39	38%
	35-44	18	17,5
	45- 49	6	6%
	50 años y más	8	7,7
Relación de pareja	Sí	66	64,1
	No	37	35,9
Tipo de relación	Estable	72	69,9
	Ocasional	31	30,1
Renta per cápita	Menos \$300.000	15	14,6
	\$300.000 - 500.000	37	35,9
	\$500.000 o más	51	49,5
Sector residencia	Urbano	86	83,5
	Rural	17	16,5

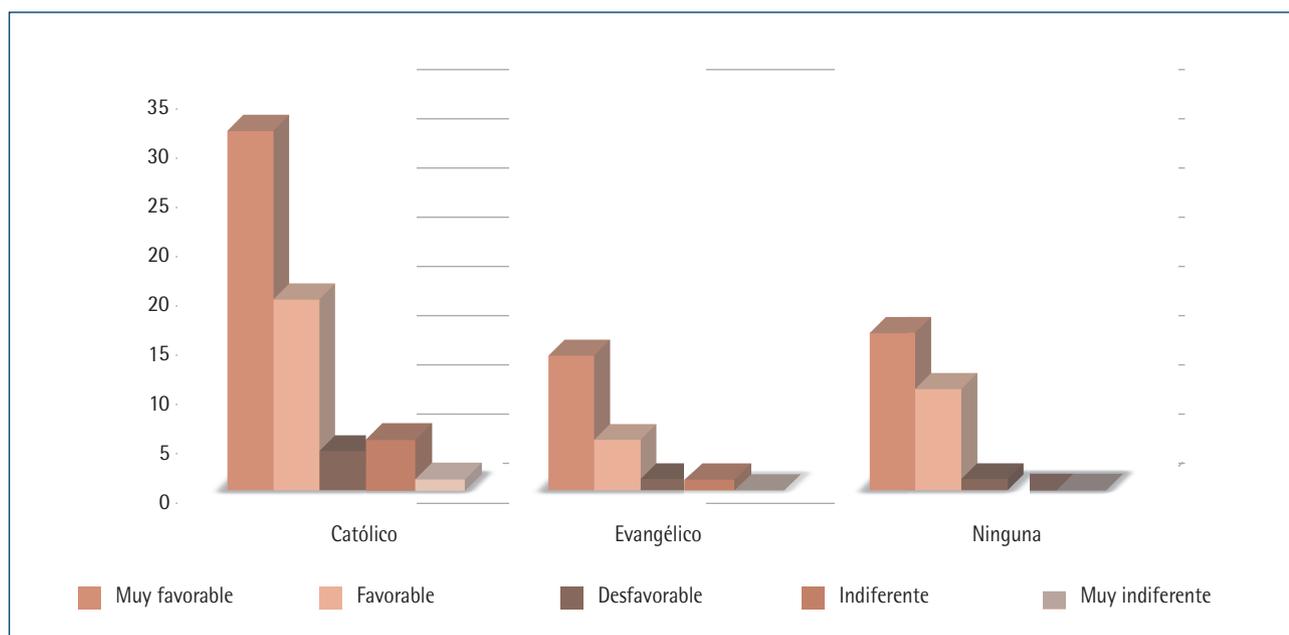


**Gráfico 1.** Distribución según creencia religiosa en una muestra de estudiantes universitarios, Chillán, Chile, 2019 (n: 103)

ocurre en el grupo que no se identificaron con ninguna religión, de este grupo solo una persona mostró actitud desfavorable frente al VIH/sida (Gráfico 2).

En relación a la actitud frente al VIH según tendencia sexual, del total de los encuestados el 96,1% se identificó como heterosexual, de estos cerca de 90 sujetos presentaban una actitud muy favorable o favorable frente a la enfermedad, datos que no se muestran en el gráfico por tener una tendencia muy clara. Respecto a las características conductuales de la muestra se encontró que el 75,7% presenta una pareja sexual, dejando al 25% restante con dos o más parejas.

Respecto al uso de preservativo tan solo el 25,2% de la muestra usa siempre preservativo, dejando cerca de un 75% de esta con un uso ocasional o no usando preservativo. Se encontró que cerca del 42,7% de la muestra se había realizado el examen de VIH el último año, mientras 38,8% nunca se ha hecho el test. Cabe destacar que un mínimo porcentaje de la muestra ha presentado enfermedades de transmisión sexual correspondiendo a un 3% de la muestra (Tabla 2).



**Gráfico 2.** Actitud frente al VIH en los grupos: católicos, evangélicos y con ninguna religión. Gráfico expresado en número de personas

**Tabla 2.** Características conductuales asociadas a riesgo de adquirir VIH (n= 103)

		N	%
Compañeros sexuales	1	77	75,7
	2 a 4	20	19,4
	5 o más	6	4,7
Uso de preservativo o condón	Siempre	26	25,2
	Ocasionalmente	37	35,9
	Nunca	40	38,9
Realización de examen de VIH	Hace menos de 1 año	44	42,7
	Hace menos de 3 años	19	18,5
	Nunca	40	38,8
Ha presentado enfermedades de transmisión sexual	Sí	3	3
	No	100	97

## Discusión

La muestra se configuró con mayor presencia femenina, todos chilenos, en su mayoría menores de 44 años, con un porcentaje mayor de personas con pareja estable y en su mayoría con domicilio urbano. En este sentido es importante destacar que las diferencias demográficas en la incidencia y prevalencia de esta patología varían de país en país, principalmente relacionado con el nivel de desarrollo de estos (19,20).

Sin embargo, es sabido que un gran porcentaje de los pacientes es diagnosticado con VIH con menos de 50 años (21). Cabe destacar que en la muestra el nivel de ingreso presenta una mediana cercana a los \$600 USD, lo que está asociado a que el grupo con ingresos > de \$600 USD son estudiantes trabajadores y sin becas, habitualmente de más edad que el grupo con ingresos < de \$600 USD. En este sentido el VIH ha evolucionado socialmente como una patología con fuerte implicación en las clases sociales marginales (22,23).

Respecto a la distribución de la población en las distintas religiones se aprecia que la muestra tiene una marcada tendencia a la religión católica, seguido en similar porcentaje por religiones protestantes y aquellas personas que no practican ninguna religión. Tendencia que se explica en el contexto nacional donde el catolicismo es la religión predominante (24).

A su vez se encontró que la actitud de las personas respecto a la enfermedad, independiente de la religión que refirieron practicar, es muy favorable o favorable mayoritariamente, lo que es ciertamente contrario a lo evidenciado por el autor Varas-Díaz et al. (25), que mostraron que la participación en actividades religiosas juega un rol en la conceptualización de la salud y enfermedad, como también en niveles más elevados de estigmatización respecto al VIH/sida. Otros estudios evidencian diversas percepciones incluyendo las más estigmatizantes en los participantes de congregaciones religiosas urbanas de Estados Unidos (26,27).

Al abordar las conductas relacionadas con prevención del contagio se encontró que el 75,7% de la muestra mantenía un compañero sexual, mientras el resto mantenía dos o más parejas sexuales. Lo que podría explicar el 74,8% de la muestra use ocasionalmente o nunca preservativo, como es sabido el condón es un mecanismo confiable en la prevención del VIH (28).

Respecto a la realización del examen de VIH un 61,2% de la muestra se ha llevado a cabo o efectuó el examen estos últimos tres años, lo que podría explicarse por las campañas realizadas por el gobierno de Chile, con el fin de masificar en jóvenes este examen en el contexto del aumento de la incidencia nacional en este grupo etario (29).

Se concluye que en la cohorte compuesto por estudiantes de pregrado de dos universidades de la ciudad de Chillán un alto porcentaje refiere tener relación de pareja y de estos su mayoría es estable. La práctica religiosa de la muestra es elevada (ya sea católica o protestante) lo que podría influir en lo anterior. A su vez, el practicar algún tipo de religión permite afirmar que no influye negativamente en la actitud frente a la enfermedad, además podría influir positivamente si se relaciona con la práctica de pareja única y mecanismo de prevención.

## Bibliografía

- [1] The 2018 Clinical Guidelines for the Diagnosis and Treatment of HIV/AIDS in HIV-Infected Koreans. *Infection & chemotherapy*. [internet] 2019 [citado 8 may 2020]; 51(1):77-88. Disponible en: <https://www.icjournal.org/DOIx.php?id=10.3947/ic.2019.51.1.77>
- [2] Balasubramaniam M, Pandhare J, Dash C. Immune Control of HIV. *J. Life Sci. (Westlake Village, Calif)*. [internet] 2019 [citado 8 may 2020]; 1(1):4-37. Disponible en: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc6714987>
- [3] Andrews SM, Rowland-Jones S. Recent advances in understanding HIV evolution. 2017; 6:597. Doi: <https://doi.org/10.12688/F1000RESEARCH.10876.1>
- [4] McGettrick PMC, Barco EA, Kaminskiy G, Mallon PWG. The immune profile in HIV: A useful signature in future HIV research? *Germs*. 2018; 8(2):54-7. Doi: <https://dx.doi.org/10.18683/germs.2018.1131>
- [5] Cáceres K, Pino R. Estimaciones poblacionales sobre VIH en Chile 2017 SPECTRUM, ONUSIDA. *Revista chilena de infectología*. [internet] 2018 [citado 8 may 2020]; 35:642-8. Disponible en: <http://revinf.cl/index.php/revinf/article/view/321>
- [6] Wu E. Infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños y adolescentes: más de 25 años en Chile. *Rev Chilena Infectol* 2015; 32:44-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000100004>

- [7] Buchbinder SP, Liu AY. CROI 2018: Epidemic Trends and Advances in HIV Prevention. *Topics in antiviral medicine*. [internet] 2018 [citado 8 may 2020]; 26(1):1-16. Disponible en: <https://www.iasusa.org/wp-content/uploads/2018/05/26-1-1.pdf>
- [8] Bhattacharya J. HIV prevention & treatment strategies-Current challenges & future prospects. *IJMR*. [internet] 2018 [citado 8 may 2020]; 148(6):671-4. Disponible en: <http://www.ijmr.org.in/article.asp?issn=0971-5916;year=2018;volume=148;issue=6;page=671;epage=674;aulast=Bhattacharya>
- [9] Quinn TC, Overbaugh J. HIV/AIDS in women: an expanding epidemic. *Science (New York, NY)*. [internet] 2005 [citado 8 may 2020]; 308(5728):1582-3. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.854.236&rep=rep1&type=pdf>
- [10] Price JT, Rosenberg NE, Vansia D, Phanga T, Bhushan NL, Maseko B, et al. Predictors of HIV, HIV Risk Perception, and HIV Worry Among Adolescent Girls and Young Women in Lilongwe, Malawi. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 1999 2018; 77(1):53-63. Doi: <https://dx.doi.org/10.1097/QAI.0000000000001567>
- [11] Rumbwere Dube BN, Marshall TP, Ryan RP, Omonijo M. Predictors of human immunodeficiency virus (HIV) infection in primary care among adults living in developed countries: a systematic review. *Systematic reviews*. [intenet] 2018 [citado 8 may 2020]; 7(1):82. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-018-0744-3>
- [12] Andrade SMOd, Tamaki EM, Vinha JM, Pompilio MA, Prieto CW, Barros LMD, et al. Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23:479-82. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200027>
- [13] Mavhu W, Rowley E, Thior I, Kruse-Levy N, Mugurungi O, Ncube G, et al. Sexual behavior experiences and characteristics of male-female partnerships among HIV positive adolescent girls and young women: Qualitative findings from Zimbabwe. *PloS one*. 2018; 13(3):e0194732. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194732>
- [14] Salehi B, Zarinfar N, Noori H. The relationship between personality traits and AIDS in patients with human immunodeficiency virus. *Asian J. Psychiatr*. [internet] 2016 [citado 8 may 2020]; 21:41-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187620181530071X?via%3Dihub>
- [15] O'Cleirigh C, Perry NS, Taylor SW, Coleman JN, Costa PT Jr, Mayer KH, et al. Personality Traits and Adaptive HIV Disease Management: Relationships with Engagement in Care and Condomless Anal Intercourse Among Highly Sexually Active Sexual Minority Men Living with HIV. *LGBT health*. 2018; 5(4):257-63. Doi: <https://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2016.0065>
- [16] Rosenberg MS, Gómez-Olivé FX, Rohr JK, Houle BC, Kabudula CW, Wagner RG, et al. Sexual Behaviors and HIV Status: A Population-Based Study Among Older Adults in Rural South Africa. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* (1999). 2017; 74(1):e9-e17. Doi: <https://dx.doi.org/10.1097/QAI.0000000000001173>
- [17] Chakalisa U, Wirth K. Self-reported risky sexual practices among adolescents and young adults in Botswana. 2019; 20(1):899. Doi: <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v20i1.899>
- [18] Herrera A. Validación de una Escala para Medir Actitud en Mujeres hacia la Infección por VIH/SIDA de un Centro de Salud Familiar de Ñuble [internet]. Chile: Universidad de Chile; Oct. 2016. [citado 8 may 2020]. Disponible en: [http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/481/Tesis\\_araceli\\_Herrera.pdf?sequence=1&isAllowed=y falta](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/481/Tesis_araceli_Herrera.pdf?sequence=1&isAllowed=y falta)
- [19] Sia D, Onadja Y, Hajizadeh M, Heymann SJ, Brewer TF, Nandi A. What explains gender inequalities in HIV/AIDS prevalence in sub-Saharan Africa? Evidence from the demographic and health surveys. *BMC public health*. 2016;16(1):1136. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3783-5>
- [20] Ghyis PD, Williams BG. Epidemiological metrics and benchmarks for a transition in the HIV epidemic. 2018; 15(10):e1002678. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002678>
- [21] Asher I, Guri KM, Elbirt D, Bezalel SR, Maldarelli F, Mor O, et al. Characteristics and Outcome of Patients Diagnosed With HIV at Older Age. *Medicine*. 2016; 95(1):e2327. Doi: <https://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000002327>
- [22] Pellowski JA, Kalichman SC, Matthews KA, Adler N. A pandemic of the poor: social disadvantage and the U.S. HIV epidemic. *The American psychologist*. 2013; 68(4):197-209. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0032694>
- [23] Hanna DB, Ramaswamy C, Kaplan RC, Kizer JR, Daskalakis D, Anastos K, et al. Sex- and Poverty-Specific Patterns in HIV-Associated Cardiovascular Disease Mortality in New York City, 2007-2017. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciz852>
- [24] Parker G. C. Pluralismo religioso, educación y ciudadanía. *Sociedade e Estado*. 2008; 23:281-353. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922008000200005>
- [25] Varas-Díaz N, Neilands TB, Malave Rivera S, Betancourt E. Religion and HIV/AIDS stigma: implications for health professionals in Puerto Rico. *Global public health*. 2010; 5(3):295-312. Doi: <https://doi.org/10.1080/17441690903436581>

- [26] Bluthenthal RN, Palar K, Mendel P, Kanouse DE, Corbin DE, Derose KP. Attitudes and beliefs related to HIV/AIDS in urban religious congregations: barriers and opportunities for HIV-related interventions. *Social science & medicine* (1982). 2012; 74(10):1520-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.020>
- [27] Jeffries WI, Sutton MY, Eke AN. On the Battlefield: The Black Church, Public Health, and the Fight against HIV among African American Gay and Bisexual Men. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2017; 94(3):384-98. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-017-0147-0>
- [28] Pinkerton SD, Abramson PR. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social science & medicine* (1982).1997; 44(9):1303-12. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00258-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00258-4)
- [29] Araya AX, Urrutia M-T, Vega P, Rubio M, Carrasco P, Pérez C, et al. Optimizando el acceso oportuno al test de ELISA para el diagnóstico del VIH: Recomendaciones desde los usuarios y profesionales de la Atención Primaria de Salud. *Revista médica de Chile*. 2014; 142:1284-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000008>

<sup>1</sup> Rosalí Rojas Bárcenas  
<sup>1</sup> Andy Maikel González García  
<sup>1</sup> Marianela Howell Gudiña  
<sup>2</sup> Yosvanis Cruz Carballosa  
<sup>3</sup> Beatriz Cruz Suárez

## Caracterización de pacientes con enfermedades genéticas en Mayarí, Cuba

<sup>1</sup> Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Filial de Ciencias Médicas Mayarí, Policlínico Universitario "26 de Julio de Mayarí". Holguín, Cuba.

<sup>3</sup> Interna Vertical de Urología. Filial de Ciencias Médicas Mayarí. Holguín, Cuba.

<sup>2</sup> Máster en Nuevas Tecnologías. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Filial de Ciencias Médicas Mayarí. Centro Universitario Mayarí. Holguín, Cuba.

Dirección de contacto: yovahlg@infomed.sld.cu

### Cómo citar este artículo:

Rojas Bárcenas R, González García AM, Howell Gudiña M, Cruz Carballosa Y, Cruz Suárez B. Caracterización de pacientes con enfermedades genéricas en Mayarí, Cuba. RIdEC 2020; 13(1):71-9.

Fecha de recepción: 03 de febrero de 2020. Aceptada su publicación: 30 de abril de 2020.

### Resumen

**Objetivo:** caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con enfermedades genéticas del Área de Salud de Mayarí (Cuba), durante el año 2018.

**Método:** estudio descriptivo transversal. El universo estuvo constituido por los 521 pacientes evaluados en la consulta de asesoramiento genético del municipio Mayarí y la muestra estuvo representada por los 216 pacientes portadores de enfermedades genéticas pertenecientes al Policlínico Universitario 26 de Julio del área de salud Mayarí en este periodo de estudio.

**Resultados:** predominó el sexo femenino con un 53,24%, el grupo de edades de 41 a 50 años con un 18,06%, las enfermedades monogénicas con el 58,8%, los pacientes con síndrome de Down representan el 20,37% y el 54,63% de los pacientes no cuentan con antecedentes familiares.

**Conclusiones:** predominó el sexo femenino, el grupo de edades de 41 a 50 años, las enfermedades monogénicas y los pacientes con síndrome de Down. Prevalcieron los pacientes con discapacidad mental, con diagnóstico postnatal y con más de 20 años de diagnóstico. El mayor número no realizaba tratamiento. Los pacientes vinculados integralmente a la sociedad resultaron minoría, así como los que tenían antecedentes familiares de enfermedad genética.

**Palabras clave:** enfermedades genéticas congénitas; síndrome de Down; análisis citogenético; discapacidad intelectual.

### Abstract

#### Characterization of patients with genetic diseases in Mayarí, Cuba

**Purpose:** to clinically and epidemiologically characterize patients with genetic diseases in the Healthcare Area of Mayarí (Cuba) in 2018.

**Methods:** a cross-sectional descriptive study. The universe was made up of the 521 patients evaluated in the Mayarí genetic counseling clinic, and a sample of 216 patients with genetic diseases from the University Polyclinic "July 26th" in the Healthcare Area of Mayarí during the study period.

**Results:** the majority of participants were female (53.24%), aged 41-50 years (18.06%), with monogenic diseases (58.8%). Down syndrome was present in 20.37% of patients, with 54.63% not having family history.

**Conclusions:** the majority of patients were female in the 41-50 age group, showing monogenic diseases; and Down's syndrome was the most prevailing diagnosis. Most patients were mentally handicapped, with a postnatal diagnosis, with their diagnosis having been established more than 20 years earlier. The majority of patients did not received any treatment. A minority of patients were integrally linked to society or had family history of genetic diseases.

**Key words:** innate genetic diseases; Down syndrome; cytogenetic analysis; intellectual disability.

## Introducción

Las enfermedades genéticas se corresponden con variaciones genéticas del desarrollo que precisan ayuda médica, educativa, social o combinaciones de estas. Son de gran heterogeneidad en su expresión clínica por la complejidad y diversidad de órganos o sistemas involucrados (1).

Generalmente las personas con enfermedades genéticas presentan ciertas limitaciones o discapacidades de diversos grados de severidad: físico-motora, sensorial, cognitiva, mental o mixtas. Para la incorporación social, los individuos afectados requieren tratamientos y rehabilitación tan heterogéneos e individuales como diversas son estas enfermedades desde el punto de vista médico (1).

Se define como enfermedad genética las consecuencias fenotípicas que son el resultado de anomalías en alguno o en varios de los mecanismos biológicos involucrados en la conservación, reparación y expresión de la información genética (1).

Existen en los seres humanos alrededor de 32.180 genes ordenados en 46 cromosomas, lo que equivale a unos 2.900 millones de pares de bases. En la actualidad se puede asegurar que 99,9% de la información contenida en los cromosomas es idéntica para todo el género humano y que, aproximadamente, el 5% se ha conservado sin alteraciones en los últimos 200 millones de años. Además, se puede asegurar que las secuencias funcionales (genes codificadores, regiones reguladoras y secuencias que pueden sufrir metilación) solo constituyen el 2% del genoma completo (2,3).

Las causas de estas diferencias tienen que ver con fuerzas evolutivas, como la selección natural, la endogamia, las mutaciones, la deriva genética y el flujo génico, así como con cuestiones meramente sociales, como la preferencia sexual, el racismo, el aislamiento geográfico y la migración histórica. Como resultado de estos procesos, hoy se encuentran diferencias importantes en la frecuencia de ciertos alelos en las poblaciones humanas. Es en el contexto de ciertas enfermedades genéticas que las diferencias cobran importancia (2).

En el caso específico de las mutaciones hay múltiples ejemplos de enfermedades, las que presentan diferentes patrones de herencia. Entre estas se cuentan la poliquistosis renal infantil, la fibrosis quística, la distrofia miotónica, el albinismo, la displasia espónilo-torácica, la polidactilia, la gangliosidosis, la histiocitosis recesiva, la acondroplasia, la acidosis láctica, el enanismo y la sindactilia, por mencionar al menos una docena, todas ellas causadas por alelos mutantes con menor adecuación (2-4).

Se pueden mencionar un sinnúmero de clasificaciones y variedades de enfermedades genéticas de ahí que de forma general quedan en cromosómicas, monogénicas y multifactoriales. Dentro de las cromosómicas la más representativa es el síndrome de Down; dentro de las monogénicas, la sickleemia y la fibrosis quística; en las multifactoriales, las cardiopatías congénitas, defectos del tubo neural, y las enfermedades comunes como la epilepsia, diabetes, asma, esquizofrenia, demencias como el alzhéimer, enfermedad bipolar y algunos tipos de cáncer como el de mama, colon y próstata (1, 5-9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), con el propósito de reformar el control de las enfermedades hereditarias, hace surgir la genética comunitaria con participación social, dando un peso importante al aspecto preventivo (10).

La pesquisa neonatal ha cambiado el enfrentamiento de estas entidades, enfrentando a los clínicos de forma creciente con pacientes asintomáticos con un diagnóstico establecido en el periodo de recién nacido. En Chile, la fenilcetonuria representa el primer error congénito del metabolismo que se diagnostica como parte del Programa de Pesquisa neonatal, junto al hipotiroidismo congénito desde el año 1992; sin embargo, la pesquisa neonatal ampliada únicamente se ofrece de forma privada, y no aún como un programa nacional (11,12).

El Programa Nacional de Diagnóstico, manejo y prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos surgió en Cuba en la década de los 80 del siglo XX. La introducción de servicios de genética clínica en la comunidad, el asesoramiento genético preconcepcional, prenatal y postnatal, el desarrollo de programas de pesquisa de defectos congénitos y enfermedades genéticas, la educación en genética a los profesionales de la salud y a la población en general, el monitoreo de la presencia de enfermedades genéticas y comunes en la población cubana, así como la evaluación del impacto de los servicios de genética son los principales objetivos de trabajo y desafíos en el desarrollo de la genética comunitaria en Cuba (13).

La provincia de Holguín, y dentro de esta el municipio Mayarí, no escapa al fenómeno de la aparición de enfermedades genéticas. Los últimos 15 años han estado marcados por el desarrollo de profundas transformaciones en el Sistema Nacional de Salud, intensificando el perfeccionamiento y consolidación de la Atención Primaria de Salud, acompañado de nuevas

tecnologías y el acercamiento e incremento de los servicios especializados a la población, por lo que se decide la realización del presente trabajo.

## Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con enfermedades genéticas del área de salud de Mayarí, durante el año 2018. El universo estuvo constituido por 521 pacientes evaluados en la consulta de asesoramiento genético del municipio y la muestra estuvo representada por los 216 pacientes portadores de enfermedades genéticas pertenecientes al Policlínico Universitario 26 de Julio del área de salud Mayarí en este periodo de estudio.

Principales variables de medición: edad (en años cumplidos), sexo (masculino y femenino), clasificación de enfermedades genéticas (monogénicas, cromosómicas y multifactoriales), diagnóstico (ataxia holguinera, retinosis pigmentaria, acondroplasia, autismo, albinismo, cardiopatías congénitas complejas, distrofia muscular progresiva más hipoacusia, síndrome de Ehlers Danlos, esclerosis tuberosa, fenilcetonuria, ictiosis, malformaciones del sistema nervioso central (SNC), neurofibromatosis, otros defectos congénitos, sicklemlia, síndrome de Poland, síndrome de Down y otras enfermedades), tipo de tratamiento (farmacológico, rehabilitador, quirúrgico, mixto y sin tratamiento), antecedentes familiares de enfermedad genética (sí, no).

La información obtenida se sometió a un proceso de revisión; para evitar errores, omisiones y duplicidad se realizó el cómputo con información procesada con SPSS versión 15.0. Los datos se volcaron en tablas y gráficos, con distribución de frecuencias, expresados los resultados en frecuencias absolutas y porcentajes presentados en tablas.

Se tomaron en consideración los aspectos reflejados en la Declaración de Helsinki para la elaboración de estudios en humanos, se obtuvo autorización del comité de ética y, posteriormente, los investigadores firmaron un consentimiento informado para la participación en el estudio.

## Resultados

En la Tabla 1 se evidencia que no existió en el año 2018 pacientes correspondientes al grupo de edades de menores de un año con enfermedades genéticas. Además, el grupo con mayor incidencia de pacientes fue el de 41 a 50 años con un total de 39 pacientes para un 18,06%. Existe predominio del sexo femenino sobre el masculino con un 53,24%.

En el Gráfico 1 se muestra la distribución de la clasificación de las enfermedades genéticas en el área de Mayarí, año 2018. Hubo un predominio de las enfermedades de clasificación monogénicas sobre las demás con un total de 127, lo que representa un 58,80% y el resto de cromosómicas y multifactoriales muy similares (entre un 20,83% y 20,37%, respectivamente).

**Tabla 1.** Distribución de pacientes con enfermedades genéticas según grupo de edades y sexo

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
1-4 años	6	2,78	6	2,78	12	5,56
5-10 años	15	6,94	11	5,09	26	12,04
11-20 años	16	7,41	16	7,41	32	14,81
21-30 años	12	5,56	22	10,19	34	15,74
31-40 años	6	2,78	22	10,19	28	12,96
<b>41-50 años</b>	<b>20</b>	<b>9,26</b>	<b>19</b>	<b>8,80</b>	<b>39</b>	<b>18,06</b>
51-60 años	18	8,33	12	5,56	30	13,89
Mayores de 60 años	8	3,70	7	3,24	15	6,94
Total	101	46,76	115	53,24	216	100

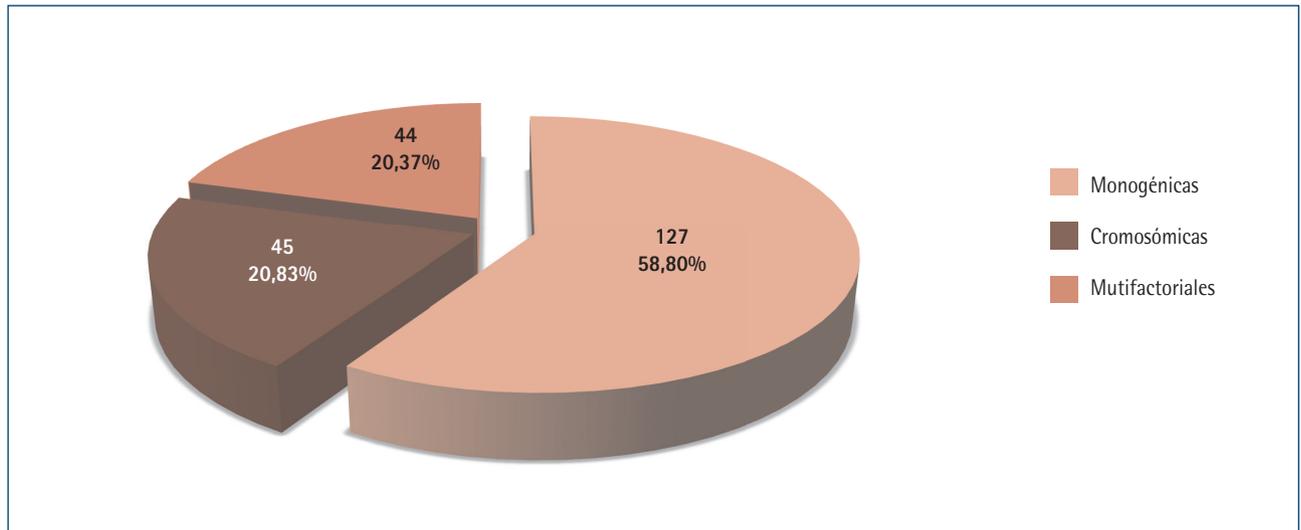


Gráfico 1. Distribución según clasificación de las enfermedades genéticas

En la Tabla 2 se observa el predominio del síndrome de Down sobre todas las demás enfermedades, siendo la más frecuente, con un total de 44 pacientes, los que representan un 20,37%, la retinosis pigmentaria con el 13,89% y la ataxia holguinera el 11,11%.

En el Gráfico 2 se muestra que la discapacidad mental tuvo un predominio evidente, con 64 pacientes para un 29,63% que puede estar en relación con el predominio de las enfermedades monogénicas, las cuales se caracterizan fundamentalmente por retraso mental. Además, dentro de las enfermedades cromosómicas, el síndrome de Down, como enfermedad genética más frecuente en este estudio y en la cual el signo predominante es el retraso mental, contribuyó al predominio de esta discapacidad.

En la Tabla 3 los resultados arrojaron que la mayoría de los pacientes con estas enfermedades llevan viviendo más de 20 años después de su diagnóstico (41,20%), evidenciando la buena calidad de vida que tienen los que las padecen gracias al adecuado seguimiento y atención especializada, continua e integral que se les brinda a estos pacientes. Además, siendo el promedio de menos de cinco años el menor de los rangos y el que menos pacientes abarca para un 11,11% del total.

En el Gráfico 3 se presenta la distribución del tipo de tratamiento que realizan los pacientes con enfermedades genéticas del área de salud de Mayarí en el año 2018, la mayoría de ellos no requirió ningún tipo de tratamiento para un 48,15% del total de pacientes, pero un 21,76% requiere un tratamiento farmacológico de ahí la importancia de su cumplimiento para garantizar una elevada calidad de vida. No requerir

Tabla 2. Distribución de las enfermedades genéticas según diagnóstico confirmado. Área de salud Mayarí. Año 2018

Enfermedad genética	No	%
Ataxia holguinera	24	11,11
Retinosis pigmentaria	30	13,89
Acondroplasia	2	0,93
Autismo	1	0,46
Albinismo	6	2,78
Cardiopatías congénitas complejas	9	4,17
Distrofia muscular progresiva más hipoacusia	6	2,78
Síndrome de Ehlers Danlos	4	1,85
Esclerosis tuberosa	4	1,85
Fenilcetonuria	1	0,46
Ictiosis	7	3,24
Malformaciones del SNC	15	6,94
Neurofibromatosis	16	7,41
Otros defectos congénitos	14	6,48
Sickleemia	8	3,70
Síndrome de Poland	3	1,39
Síndrome de Down	44	20,37
Otras enfermedades	22	10,19
<b>Total</b>	<b>216</b>	<b>100</b>

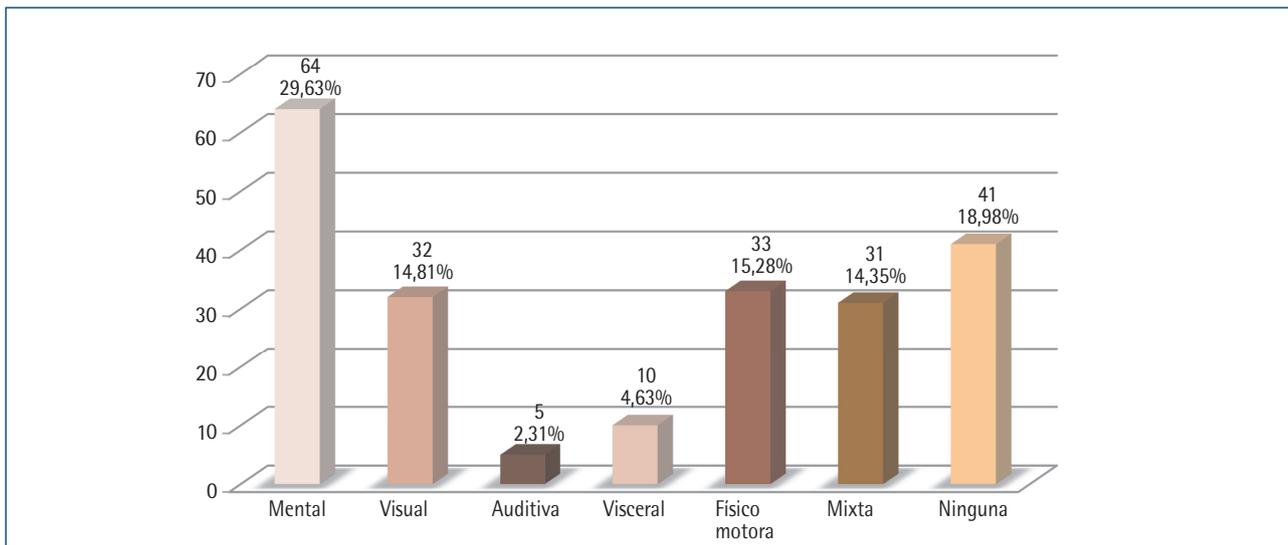


Gráfico 2. Tipos de discapacidad que provocan las enfermedades genéticas

**Tabla 3.** Distribución de los años del diagnóstico de la enfermedad genética

Años del diagnóstico	No	%
Menos de 5 años	24	11,11
5-10 años	43	19,91
11-15 años	29	13,43
16-20 años	31	14,35
Más de 20 años	89	41,20
<b>Total</b>	<b>216</b>	<b>100</b>

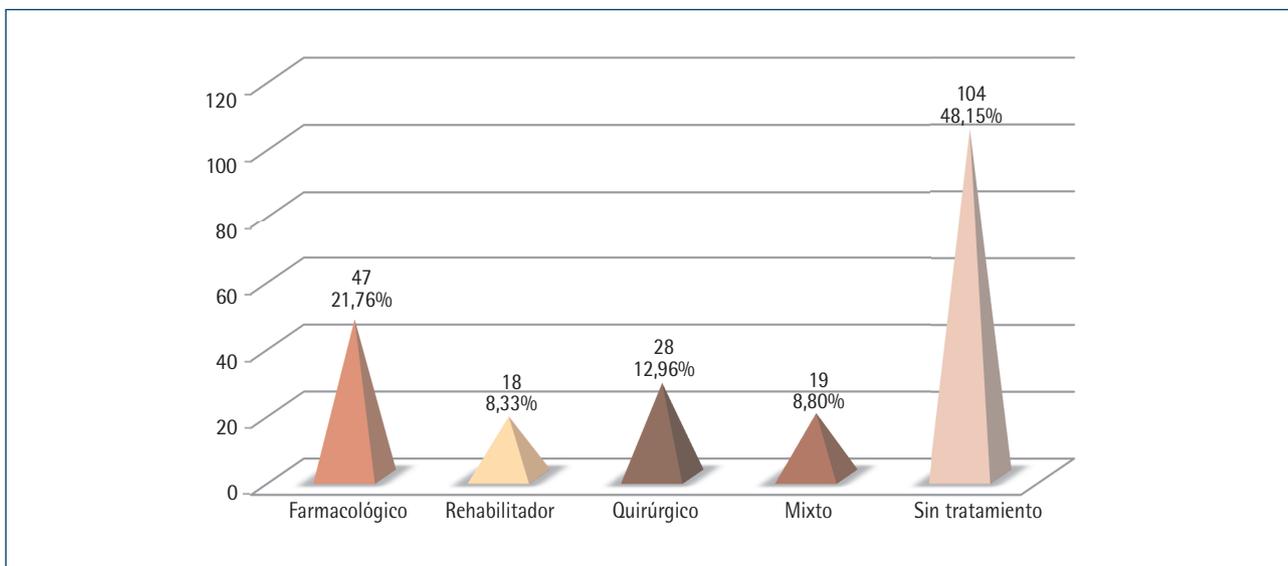


Gráfico 3. Distribución del tipo de tratamiento que realizan los pacientes con enfermedades genéticas

ningún tratamiento depende también de la patología en estudio, pues algunas enfermedades genéticas no llevan tratamiento en sí, pero sí el apoyo psicológico al paciente y la familia.

En la Tabla 4 se aprecia que la mayoría de estos pacientes no tiene antecedentes patológicos familiares de enfermedad genética, de ahí que el diagnóstico se haga más tardío al no esperar la aparición de una de estas enfermedades en una familia con historia familiar sana, representan el 54,63% los pacientes que no cuentan con antecedentes familiares, lo que puede estar en relación con diferentes fenómenos como las nuevas mutaciones, la expresividad variable y que la mayoría de las enfermedades genéticas no son hereditarias.

**Tabla 4.** Distribución de los pacientes con antecedentes familiares de enfermedades genéticas

Antecedentes familiares de enfermedad genética	No	%
Sí	98	45,37
No	118	54,63
Total	216	100

## Discusión

Se demostró que la presencia de las enfermedades genéticas en el municipio es a predominio de personas mayores de edad, hecho que puede estar en relación con el atraso científico existente hace 40 años, donde no existía un diagnóstico prenatal oportuno. Esto unido a que nacen muy pocos niños con estas enfermedades llegando a tener un comportamiento de cero durante el año en estudio, ya que muchas veces cuando se realiza un diagnóstico prenatal de alguna de estas enfermedades al informar a la pareja de la situación la misma decide interrumpir el embarazo de ahí la poca aparición de enfermedades genéticas en recién nacidos.

Según un estudio de Noya Chaveco (14) titulado "Aproximaciones útiles de la enfermedad genética para el médico clínico", del año 2017, no coincide con este ya que plantea que el 3% del total de los recién nacidos, en los países desarrollados, presentan anomalía congénita, no siendo así en el presente estudio, pero sí coincidiendo en la aparición de las enfermedades genéticas en el 7% de la población en general durante su vida, poniendo claro la aparición o evidencias del descubrimiento de enfermedades genéticas en edades más avanzadas de la población.

Además, en el mismo estudio de Noya Chaveco (14) plantea que Cuba, cuyo sistema de salud alcanza cobertura universal, es de acceso gratuito y se muestra una transición epidemiológica caracterizada fundamentalmente por una baja tasa de mortalidad infantil, escolar y preescolar, con un incremento de la esperanza de vida, una alta prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, cada vez con más frecuencia los clínicos tendrán entre sus pacientes a individuos y familias que padecen enfermedades genéticas.

En este queda claro cómo en la población cubana, gracias a los logros revolucionarios al ser uno de los primeros países en el mundo de tener muy baja mortalidad infantil, escolar y preescolar, gracias a la estricta vigilancia de estas edades y a la integral atención que se les presta, se cuenta con índices y parámetros similares a países desarrollados. Además, deja claro la utilización de programas para elevar la calidad de vida de grupos especiales para así incrementar la esperanza de vida de la población, pero se pone un dilema el incremento de la aparición de enfermedades genéticas en estos grupos de adultos, lo que será motivo de consulta frecuente en el futuro para los clínicos.

Entre los trastornos causados total o parcialmente por factores genéticos se reconocen tres tipos principales: monogénicos, cromosómicos y multifactoriales. Los primeros son provocados por mutaciones en un solo gen, que puede estar presente en uno o en ambos cromosomas homólogos; los segundos se originan por déficit o exceso de fragmentos cromosómicos o de cromosomas enteros; y los terceros se deben a la combinación de factores genéticos y ambientales que generan trastornos del desarrollo, causantes de malformaciones congénitas y enfermedades habituales de la edad adulta.

Según el estudio de Noya Chaveco existe correspondencia con el actual estudio donde se expresa que si se toma como referencia tan solo la prevalencia estimada de las enfermedades monogénicas en las edades adultas y los datos

demográficos actuales de la población cubana, se espera la atención de un número significativo de casos en nuestra práctica médica (14).

Discrepa con estos resultados un estudio titulado "Las enfermedades genéticas en el contexto latinoamericano", donde los resultados son los siguientes: en la encuesta realizada, los estudiantes refirieron 865 enfermedades genéticas presentes en sus familias. De ellas, 805 se englobaron en la clasificación de enfermedades multifactoriales, lo que representó la mayoría. En segundo lugar manifestaron las enfermedades cromosómicas con un 4,9% (43 afectados). El grupo de enfermedades monogénicas fue el menos frecuente con 17 casos (2,0%) (15).

El síndrome de Down es una enfermedad con una gran probabilidad de diagnóstico temprano, fundamentalmente desde el ultrasonido marcador del primer trimestre, donde según el índice de translucencia nucal se realiza un estimado de la longitud dando una alta o baja probabilidad y además es una alteración cromosómica de las más frecuentes. Sin embargo, en ocasiones tras saber el diagnóstico muchas parejas se oponen a interrumpir el embarazo, causa por la cual existió un número considerable del mismo.

Coincide con este estudio el titulado "Las enfermedades genéticas en el contexto latinoamericano", donde se pone de manifiesto el predominio del síndrome de Down en un 97,7%. Igualmente se comportó en el caso de la fenilcetonuria, ya que en el estudio de Vega Conejo et al. (15) se encontró un solo caso de esta patología para un 0,16% y en el actual estudio igualmente existe un solo caso para un 0,46%, siendo más o menos iguales resultados.

La más habitual de las enfermedades monogénicas referidas fue la sicklemlia con un 1,59% (10 afectados), resultados bastantes similares. Más adelante plantea también, como era de esperar, que el síndrome de Down fue el más frecuente dentro del grupo de las cromosómicas (15).

Para Thompson (16), por su parte, el síndrome de Down es la enfermedad genética no hereditaria más común, al igual que en el actual estudio. Con relación al número de casos encontrados se observan similitudes de acuerdo con la distribución según el continente de origen (16).

Sin embargo, en la literatura revisada no aparecen cifras de prevalencia del síndrome de Down en todos los países de América Latina debido a la inexistencia de registros confiables por la dificultad en el diagnóstico clínico durante la etapa neonatal, a las características socioeconómicas de estos países y al poco personal especializado en el área de genética clínica (15).

Con relación a la sicklemlia, Colombo (17) plantea que la población de la región tropical del continente americano es heterogénea en cuanto a los factores genéticos, geográficos, ecológicos y culturales, todo lo cual determina, por ende, variabilidad en cuanto a la incidencia, prevalencia y forma de presentación de la enfermedad.

Las enfermedades neurogenéticas se deben al defecto en uno o más genes que afectan la diferenciación y función del neuroectodermo y sus derivados. Se clasifican en dos grupos: las que resultan de la disfunción de un gen expresado en el neuroectodermo (p. ej.: trastornos en la migración neuronal, enfermedades neuromusculares, algunas lesiones estáticas del sistema nervioso -SN-); y aquellas en que la disfunción neurológica no se debe directamente a la expresión de un gen del SN, sino a la disfunción de un gen no expresado, al no sintetizar la proteína funcional. Se destacan en este grupo los defectos enzimáticos de los errores congénitos del metabolismo, y en todos los casos presentan retraso mental, según estudio (18).

Coinciden con el estudio los autores Arango y Acevedo (19) en un trabajo titulado "La experiencia paterna y su cambio de la cotidianidad en la crianza del hijo con síndrome de Down", 2013, donde dicen: el síndrome de Down se manifiesta con una serie de características biológicas, psicológicas y sociales que repercuten en la calidad de vida del niño, de la familia y de la sociedad misma. Es una condición congénita, de las más comunes, que lleva a un retraso en el área cognitiva, una discapacidad de tipo intelectual, en la que hay una dificultad para la capacidad de desenvolvimiento de la persona en su vida diaria, en áreas del desarrollo como el lenguaje, el aprendizaje, la atención y el comportamiento, entre otros.

En Cuba es posible realizar el diagnóstico genético molecular de un grupo de enfermedades tales como: hemoglobinopatías S y C, fibrosis quística, distrofia muscular de Duchenne, enfermedad de Huntington, ataxias espinocerebelosas, hemofilia A y B, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, acondroplasia, síndrome del X frágil e hiperplasia adrenal congénita (14).

Es por ello la importancia de tratar de elevar la tecnología para llegar a un diagnóstico precoz y prenatal de la mayoría de estas enfermedades para así elevar la calidad de vida de estos pacientes aún más.

Los autores Harvy Mauricio Velasco y Lina Patricia Buelvas coinciden en el estudio titulado "Caracterización de pacientes con enfermedades genéticas del esqueleto" en un centro colombiano de remisión donde expresan que: se encontraron

diferencias significativas entre la edad de inicio de los síntomas (2,58 años, en promedio) y la edad de diagnóstico (6,3 años, en promedio); llamó mucho la atención que la demora diagnóstica fue de casi cuatro años. Probablemente varios factores influyeron en estas diferencias: la heterogeneidad de los diagnósticos de la población de estudio (176 códigos diagnósticos de CIE-10 y 195 diagnósticos finales, de los cuales los cinco primeros solo representaban el 31,3%), el amplio espectro de edades de diagnóstico y la particularidad de que la detección de enfermedades genéticas del esqueleto en los pacientes se hizo en diversas edades.

Además, han de señalarse otros factores que podrían propiciar las diferencias entre la edad de inicio de síntomas y la del diagnóstico, tales como los relacionados con la calidad de la atención, la experiencia de los grupos encargados de la atención en el sistema de salud, la oportunidad en la atención, las barreras de acceso al sistema, el adecuado empleo de tecnologías de la salud y la falta de empoderamiento familiar frente a la condición de salud del menor, entre otros, los cuales podrían afectar, asimismo, las condiciones clínicas, sociales, económicas y emocionales de los pacientes (20).

Por su parte, Harvy Mauricio Velasco y Lina Patricia Buevas (20), en el estudio titulado "Caracterización de pacientes con enfermedades genéticas del esqueleto en un centro colombiano de remisión", expresan que: en cuanto a los tipos de tratamiento se consideraron las opciones de ausencia de tratamiento, tratamiento con un único medicamento o con varios, así como las intervenciones quirúrgicas. El porcentaje acumulado de pacientes con algún tipo de soporte (terapias físicas, ocupacional o del lenguaje) fue de 36,6%, con intervenciones quirúrgicas (22,8%), con manejo farmacológico (19,9%), en tanto que el 40,9% no recibía ningún tratamiento (20).

Como conclusiones se puede indicar que predominó el sexo femenino, el grupo de edades de 41 a 50 años, las enfermedades monogénicas y los pacientes con síndrome de Down. Prevalcieron los pacientes con discapacidad mental, con diagnóstico postnatal y con más de 20 años de diagnóstico, la mayoría no realizaba tratamiento. Los pacientes vinculados integralmente a la sociedad resultaron minoría así como los que tenían antecedentes familiares de enfermedad genética.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Financiación

Ninguna.

## Bibliografía

- [1] Álvarez Sintés R. Medicina General Integral Salud y Medicina. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
- [2] Octavio-Aguilar P, Ramos-Frías J. Aplicación de la genética de poblaciones en el ámbito de la medicina. *Biomédica* [internet]. 2014 Jun [citado 8 may 2020]; 34(2):171-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572014000200004&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572014000200004&lng=pt)
- [3] Fejerman N. Etiologías genéticas asociadas con epilepsias graves del lactante. *Arch. Argent. Pediatr.* [internet]. 2012 [citado 8 may 2020]; 110(5):421-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752012000500011&lng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752012000500011&lng=pt)
- [4] Torres Rives B, Martínez Téllez GI, Lantigua Cruz A, Rangel Velázquez S, Duany Sánchez J, Sánchez Rodríguez V, et al. Respuesta autoinmune en pacientes con enfermedades genéticas y desregulación del sistema inmune. *Rev Haban Cienc Méd* [internet]. 2014 Mar [citado 8 may 2020]; 12(1):35-47. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000100005&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100005&lng=pt)
- [5] Hernández Fernández A, Chagimes Batista Y, Licourt Otero D, Viera Díaz O, Álvarez Marín P. Caracterización de los Servicios de Asesoramiento Genético en San Juan y Martínez. *Rev Ciencias Médicas* [internet]. 2015 Abr [citado 8 may 2020]; 17(2):58-68. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000200007&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000200007&lng=pt)
- [6] García Nieblas MC, García Nieblas RM, Rodríguez Meriño M, García Nieblas LA, García Nieblas EM, Cruz Abreu Y. Presentación de un paciente con agammaglobulinemia congénita. *CCM* [internet]. 2015 [citado 8 may 2020]; 17(Suppl 1):596-600. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000500011&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000500011&lng=pt)
- [7] Ochoa Adriana AM, Zúñiga Tirso E. Comercialización de pruebas genéticas: un enfoque bioéticos. *Pers. Bioét.* [internet]. 2015 [citado 8 may 2020]; 16(2):175-84. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222012000200008&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222012000200008&lng=pt)

- [8] Zaldívar Vaillant T, Garófalo Gómez N, Vargas Díaz J, Rojas Massipe E, Novoa López LM, Bermúdez Linares V, et al. Frecuencia de algunas enfermedades genéticas en Neuropediatría. *Rev Cubana Pediatr* [internet]. 2015 [citado 8 may 2020]; 84(4):368-74. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312012000400005&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000400005&lng=pt)
- [9] Rondón González F, Barreto G. Estructura genética, ancestralidad y su relación con los estudios en salud humana. *Medicas UIS* [internet]. 2016 Abr [citado 8 may 2020]; 26(1):37-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-03192013000100005&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000100005&lng=pt)
- [10] Menéndez García R, Orraca Castillo M, Licourt Otero D, Travieso Téllez A. La genética comunitaria como demostración de la pertinencia social de la Universidad. *Rev. Ciencias Médicas* [internet]. 2015 Out [citado 8 may 2020]; 17(5):109-22. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000500011&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500011&lng=pt)
- [11] Bravo JP, Castro CHG. Actualización en el manejo agudo de errores congénitos del metabolismo. *Rev. Chil. Pediatr.* [internet]. 2015 Jul [citado 8 may 2020]; 85(4):421-7. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062014000400003&lng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000400003&lng=pt)
- [12] Serrano-Serrano CJ. Pertinencia del tamizaje genético en donantes de gametos. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [internet]. 2014 Sep [citado 8 may 2020]; 63(3):272-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342012000300010&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000300010&lng=pt)
- [13] Álvarez Hernández L, Martínez Sánchez L, Jaramillo Jaramillo L. Enfermedades Otorrinolaringológicas: una mirada genética. *Archivos de Medicina (1657-320X)* [internet]. 2017, Jan. [citado 8 may 2020]; 17(1):142-9. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=126097574&lang=es&site=ehost-live>
- [14] Noya Chaveco ME, Moya González NL. Parte II. Genética médica. Capítulo 4. Aproximaciones útiles de la enfermedad genética para el médico clínico. En: Noya Chaveco, ME Moya González, N Lorenzo. *Roca Goderich. Temas de Medicina Interna. Tomo I.* [internet]. 5ª ed. La Habana: ECIMED; 2017. Sep [citado 8 may 2020]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/roca\\_temas\\_medicina\\_interna\\_tomo1\\_quintaedicion/cap04.pdf](http://bvs.sld.cu/libros_texto/roca_temas_medicina_interna_tomo1_quintaedicion/cap04.pdf)
- [15] Vega Conejo V, González Carmona Y, Blanco Díaz At, Varela Lm-D, Fouz Castro H, Minaberriet Avellaneda D. Las enfermedades genéticas en el contexto latinoamericano desde la óptica de los estudiantes de la Escuela Latinoamericana de Medicina. *Panorama Cuba y Salud* [internet]. 2017 Sep [8 may 2020]; 12(3):10-7. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=130069525&lang=es&site=ehost-live>
- [16] Thompson JS, Thompson MW. *Genética Médica*. 7ªed. Barcelona: Salvat; 2008.
- [17] Colombo B, Martínez G. Sick Cell anemia in tropical America. *Clin Hematol* [internet] 1981 [citado 8 may 2020]; 10:731-57. Disponible en: [www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/06-1991-04-.pdf](http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/06-1991-04-.pdf)
- [18] Zaldívar Vaillant T, Garófalo Gómez N, Vargas Díaz J, Rojas Massipe E, Novoa López LM, Bermúdez Linares V, et al. Frecuencia de algunas enfermedades genéticas en Neuropediatría. *Rev Cubana Pediatr* [internet]. 2012 [citado 8 may 2020]; 84(4):368-74. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312012000400005&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000400005&lng=pt)
- [19] Arango LZ, Acevedo MB, Marriaga GA, Lizcano ALG. La experiencia paterna y su cambio de la cotidianidad en la crianza del hijo con síndrome de Down. *Medellín-Colombia 2013. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría* [internet]. 2015 Sep [citado 8 may 2020]; 78(3):82-90. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=116203289&lang=es&site=ehost-live>
- [20] Mauricio Velasco H, Patricia Buelvas L. Caracterización de pacientes con enfermedades genéticas del esqueleto en un centro colombiano de remisión. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud* [internet]. 2017 Jun [8 may 2020]; 37(2):250-9. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123184406&lang=es&site=ehost-live>

## Percepción de soledad en personas mayores: estudio cualitativo

<sup>1</sup> Álvaro Jesús Giménez Ledo  
<sup>1</sup> Andrea Calvo Ascarza

<sup>1</sup> Enfermero/a especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. *Dirección de contacto: alvarogimled@gmail.com*  
Institut Català de la Salut (ICS). SAP Baix Llobregat Centre.  
Barcelona

### Cómo citar este artículo:

Giménez Ledo AJ, Calvo Ascarza A. Percepción de soledad en personas mayores: estudio cualitativo. *RIdEC* 2020; 13(1):80-90.

**Fecha de recepción:** 22 de diciembre de 2019. **Aceptada su publicación:** 6 de mayo de 2020.

### Resumen

**Objetivo:** conocer la vivencia de soledad desde la perspectiva de las personas mayores de 65 años que viven solas.

**Metodología:** se trata de un diseño cualitativo de tipo fenomenológico. Se plantearon dos metodologías, una primera fase individual desde la consulta de enfermería donde se recogió la información mediante entrevistas semiestructuradas; y una segunda fase que se realizó a través de tres grupos focales que participan en un grupo de intervención comunitaria. El muestreo se llevó a cabo por conveniencia en personas que reunían los criterios de inclusión y exclusión. El análisis de datos consistió en representar todos los datos relevantes y determinar categorías apropiadas procediendo a la codificación de manera manual.

**Resultados:** los resultados se estratificaron en categorías como son el afrontamiento de la soledad, aspectos psicológicos, red familiar, red social y otras. Se identificaron fortalezas y debilidades destacando la baja autoestima por el proceso, el aislamiento social y deterioro del autocuidado. Por otra parte, se reflejó la percepción de los profesionales y el impacto de una intervención comunitaria observándose la satisfacción personal de participar al compartir experiencias y sentirse comprendidas en un contexto similar al que están viviendo.

**Conclusión:** en el contexto de la soledad se ha descrito una necesidad de apoyo que no encuentran en su entorno. De este modo, las enfermeras comunitarias ejercen un papel fundamental para fortalecer la salud mental y física de las personas que padecen soledad, favoreciendo la autonomía personal y las relaciones sociales mediante la promoción de intervenciones por y para la comunidad.

**Palabras clave:** soledad; aislamiento social; envejecimiento; enfermería en salud comunitaria.

### Abstract

#### Perception of loneliness in the elderly: a qualitative study

**Purpose:** to understand the experience of loneliness from the perspective of people over 65 living alone.

**Methods:** a study using a phenomenological qualitative design. Two methodologies were proposed: a first phase at an individual level in the nursing office, where details were collected through semi-structured interviews; and a second phase by means of three focus groups participating in a community intervention group. A convenience sampling was used in people meeting all inclusion and exclusion criteria. Data analysis involved representing all relevant data and determining appropriate categories by manual coding.

**Results:** results were stratified into categories, such as coping with loneliness, psychological aspects, family network, social network and others. Strengths and weaknesses were identified, with low self-esteem due to the process, social isolation, and self-care impairment being the most significant ones. Besides, the perception of the professionals and the impact of a community intervention were reflected, and the personal satisfaction derived from participating in sharing experiences and feeling understood in a context similar to that in which they are living was observed.

**Conclusion:** in the context of loneliness, a need for support that they do not find in their environment has been reported. Thus, community nurses play a key role in strengthening the mental and physical health of people suffering from loneliness by fostering personal autonomy and social relationships through the promotion of interventions by and for the community.

**Key words:** loneliness; social isolation; ageing; community health nursing.

## Introducción

Según la literatura, el concepto de soledad viene definido como el sentimiento negativo que ocurre cuando las necesidades sociales de una persona no corresponden en calidad o cantidad con las relaciones sociales reales (1).

Este concepto ha ido evolucionando y se ha diferenciado en función del enfoque, ya que puede ser cuantitativo, relacionado con la cantidad de relaciones sociales que tiene la persona (soledad social); o cualitativo, que hace referencia a la satisfacción de la persona con las relaciones sociales existentes (soledad). Las personas pueden estar viudas y solitarias sin tener percepción de soledad, o tener muchas relaciones sociales y sentirse solas (2-4).

Según las diferentes definiciones aportadas, y en un intento por conjugar todos los aspectos relevantes de la soledad, los autores del presente artículo la definen como la percepción personal generalmente de insatisfacción según las relaciones sociales que mantiene. Aunque la soledad percibida se puede dar en todos los grupos de edad, el estudio irá enfocado a personas mayores puesto que son el colectivo más prevalente y de mayor riesgo de morbimortalidad (5).

## Contexto de soledad del macro al micro contexto

Teniendo en cuenta todos los grupos de edad, en España hay 4,5 millones de personas que viven solas; esto supone un 10% de la población total. Sin embargo, este porcentaje se incrementa cuando se habla de personas de 65 años o más, ocupando el 41,8% (1.960.900 personas) de acuerdo con los datos de la Encuesta continua de hogares de 2017 (6).

En el contexto de Cataluña, según el Institut d'estadística de Catalunya, el porcentaje de personas que viven solas aumenta a un 52,4% de la población (318.300 personas) (7).

Este tipo de hogares se denominan "hogares unipersonales" y se forman en la mayoría de los casos a consecuencia de un estado de viudez. El porcentaje de mujeres duplica al de varones (29% frente a 14%) (6).

## Impacto de la soledad en la salud de las personas mayores

Se ha identificado que las personas mayores que viven solas se encuentran en una situación de vulnerabilidad para la salud. Relacionando la vulnerabilidad con la soledad, se encuentra el concepto de "fragilidad en el anciano" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y entre los indicadores de fragilidad se encuentra "vivir solo" (8), es decir, existe una relación significativa entre la vivencia de soledad y una situación de mayor complejidad (8-10).

La soledad genera sentimientos de angustia, depresión y desapego debido a un vacío en la vida social y/o emocional, conllevando resultados negativos en la salud mental con mayor deterioro cognitivo (11) y tasas más altas de depresión y ansiedad (5,12-14). Por otra parte, tiene un impacto sobre los estilos de vida aumentando significativamente la malnutrición y un hábito sedentario (15-17).

El contacto social se ha relacionado con un mayor nivel de salud y una mayor longevidad, generando un mayor soporte emocional, apego y autoestima (18). El deterioro de las relaciones sociales y el aislamiento social en las personas mayores es más pronunciado, siendo más frecuente padecer un peor estado de salud o mayor discapacidad, lo que contribuye a la pérdida de las relaciones íntimas y un papel menos activo en la sociedad (19).

## El papel de los profesionales de la salud

A partir del análisis expuesto se ha identificado la necesidad de abordar el problema de la soledad en la práctica de los profesionales. La OMS entre sus estrategias del abordaje de las personas mayores, propone la importancia del envejecimiento activo; aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. Además de continuar siendo activo físicamente, mantienen la importancia de permanecer social y mentalmente participando en actividades recreativas, de carácter voluntario o remunerado, tanto familiares como comunitarias (6,20).

Las intervenciones comunitarias enfocadas al contexto de soledad que mejor efectividad han tenido son las realizadas de manera grupal con carácter educativo o de soporte en actividades de la vida diaria (5). Estas intervenciones generan una mejora de la percepción personal de la salud mental y síntomas depresivos (21,22).

El objetivo del presente estudio es describir la vivencia de soledad en las personas mayores de 65 años que viven solas desde el entorno de la Atención Primaria. Como objetivos específicos se pretende: identificar las redes de apoyo de las personas

que viven solas, explorar la visión por parte de la persona que vive sola hacia los profesionales de la salud en Atención Primaria, identificar las necesidades y demandas no cubiertas de las personas que viven solas, y describir la vivencia de la intervención comunitaria grupal en la percepción personal de soledad.

## Metodología

### Diseño

Se trata de un diseño cualitativo de tipo fenomenológico (23) que permite obtener información de cierta profundidad para identificar de forma precisa las percepciones, sentimientos, inquietudes, temores y necesidades que las personas mayores de 65 años experimentan en situación de soledad.

### Población y muestra

El muestreo fue de conveniencia y se efectuó por derivación de las enfermeras del equipo que atendían a las personas durante las consultas de Atención Primaria, reuniendo los criterios de inclusión y exclusión concretados por los investigadores. Los investigadores en el estudio fueron profesionales que formaban parte del equipo de Atención Primaria con la categoría de residente de enfermería durante su periodo de formación como especialistas de enfermería familiar y comunitaria.

### Criterios de selección

En cuanto a los criterios de inclusión se encuentran las personas mayores de 65 años con vivencia de soledad de más de un año; la muestra fue escogida en relación al marco teórico como es el género (dos mujeres por cada varón) y que sean residentes en Cataluña. Por criterios de exclusión están el deterioro cognitivo moderado o grave, paciente de atención a domicilio, dependencia moderada o grave en las actividades básicas de la vida diaria y al paciente con enfermedad avanzada crónica definido según el Plan de Salud 2011-2015 como MACA (paciente con pronóstico de vida limitado, que precisa otras necesidades, atención paliativa o planificación de decisiones avanzadas).

Dado que el estudio muestra el impacto que puede tener una intervención comunitaria en personas con situación de soledad, se decidió descartar todos aquellos pacientes que no podrían participar en futuras intervenciones comunitarias (ya sea por su condición de atención a domicilio, deterioro cognitivo o grado de dependencia).

### Procedimiento

Para la consecución del estudio se plantearon dos metodologías. Una primera fase exploratoria individual en la consulta de enfermería en la cual se realizaron por parte de los propios investigadores veinte entrevistas semiestructuradas a personas mayores de 65 que vivían solas procedentes al Área Básica de Salud de Gavarra (Cornellá de Llobregat), para las cuales se desarrolló un guion con preguntas abiertas estructurado por categorías (Anexo 1), que fueron la autoestima personal, red familiar, la red social y la percepción de los profesionales de la salud. Las entrevistas tuvieron una duración de 20 a 30 minutos.

La segunda fase se realizó a través de tres grupos focales de seis sujetos que participaron de manera activa en un grupo de intervención comunitaria de personas mayores con vivencia de soledad, coordinado por un enfermero de salud mental que no formó parte del equipo de investigación. Las personas participantes cumplían los criterios de inclusión detallados más adelante. Se obtuvo la información a través de entrevistas semiestructuradas que recogieron los aspectos relevantes en relación a la autoestima personal de vivir solas y la percepción de la intervención comunitaria grupal.

Dichas entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas y analizadas. Por ello, se aportó a cada paciente un documento de información detallado en relación a la implicación del uso de grabadora en este estudio. Además, se entregó un consentimiento informado que de manera explícita recogió la aprobación del paciente en el empleo de grabadora durante la entrevista. Ambas fases, tanto la individual como la grupal a través de las entrevistas, permitieron obtener una saturación de la información por lo que la muestra era pertinente.

### Análisis de la información

Se realizó el análisis de contenido latente, que consiste en representar en el contexto a estudio todos los datos relevantes y determinar categorías apropiadas procediendo a la codificación de los datos de manera manual a través de fichas, que

son un tipo de unidades analíticas. El periodo de análisis permitió identificar cuáles son los datos que deben ser considerados relevantes, dejando de lado lo que se entiende como información residual, o sea aquellos datos que no están acordes al tema de la investigación.

### Consideraciones éticas

Se aseguró la confidencialidad de los datos y anonimato a través del consentimiento informado, según el actual Reglamento General de Protección de Datos 2016/679, tanto en la fase de ejecución como en las presentaciones o publicaciones que de él se deriven. El proyecto fue aprobado por el CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol, e incorpora sus recomendaciones y sugerencias.

En cuanto a la financiación del proyecto, la realización no supondrá ningún coste dado que se cuenta con el permiso del centro para poder hacer uso del espacio; las entrevistas se realizarán dentro de la jornada laboral del investigador y los dispositivos empleados serán aportados por los propios investigadores.

Por último, se especifica la ausencia de conflicto de intereses para la realización del proyecto de investigación.

### Resultados

En total participaron 38 personas, siendo un 80% mujeres y un 20% hombres. La edad media de las personas participantes fue de 78 años. En la primera fase del estudio, es decir, personas que vivían solas pertenecientes al Centro de Atención Primaria de Gavarra (Cornellá de Llobregat, Barcelona) se entrevistó a 20 personas de forma individual. En la segunda fase se entrevistó a tres grupos focales con un total de 18 personas divididas en dichos grupos de individuos con vivencia de soledad, que participaban en un grupo de intervención comunitaria también del barrio de Cornellá de Llobregat.

El análisis de contenido permitió la categorización y subcategorización de la información obtenida a partir de las entrevistas y grupos focales (Tabla 1).

Tabla 1. Categorías y subcategorías de las entrevistas realizadas a las personas en estado de soledad			
Categorías temáticas	Subcategorías	Códigos	Subcódigos
Afrontamiento de la soledad	Aspectos negativos		
	Aspectos positivos	Libertad	
Aspectos psicológicos/emocionales	Miedo	La noche y la soledad	
	Resiliencia		
	Aislamiento personal		
	Autoestima		
	Cuidado personal		
	Ocio y tiempo libre		
Red familiar	Dinámicas familiares	Roles	"Sentirse una carga"
		Comunicación	
	Apoyo familiar	Implicación insuficiente	
		Otras figuras de apoyo	
Red social	Afrontamiento ante la pérdida de relaciones sociales		
Profesionales de la salud	Recursos comunitarios Grupo de intervención		

### Afrontamiento de la soledad

Hace referencia a los recursos personales del sujeto para convivir en el proceso de soledad.

- Aspectos negativos: muchas veces la persona puede verse sin capacidades para poder enfrentar la vivencia de soledad y por ello surgirán nuevas necesidades derivadas de esta situación:

"Esto no lo sabe nadie más que las que pasamos por ello".

"Lo único que llevo mal en casa es la soledad. La soledad, el estar solo. El no tener con quien hablar".

"Por la tarde cuando me siento en el sofá tengo que salir corriendo porque la echo a faltar".

- Aspectos positivos: otras personas salen reforzadas de la nueva situación de soledad debido a una relación disfuncional con la persona conviviente en el hogar.

"No está bien que te lo diga. Pues yo ahora desde que vivo sola, vivo mejor que en mi vida".

En muchas sociedades, incluida la española, existen roles por los cuales las mujeres han estado a cargo del cuidado de sus maridos no solamente en el proceso final de vida; esto ha evocado una situación de compromiso por el cual las mujeres han vinculado su tiempo a las actividades que su cónyuge ha querido realizar y que puede generar un sentimiento de represión del tiempo libre que, al estar en una situación de soledad, se manifieste con recuperar el tiempo no invertido en ellas mismas.

"Cierro la puerta por las noches, llego a la hora que quiero, me apunto a todas las actividades que me apetece como manualidades, gimnasia, hago ovillos, estoy aprendiendo con el ordenador, salgo a caminar".

"Mi marido nunca quiso salir a ningún sitio, entonces yo no podía salir a ningún sitio".

### Aspectos psicológicos/emocionales

- Miedo: hace referencia a la capacidad de hacer frente a una situación desconocida, dolorosa y que genera incertidumbre, tanto por el estado de discapacidad que conlleva como por las consecuencias que el mismo puede tener en la vida diaria de quien lo padece:

"(La noche es) Cuando más se siente, porque no sabes lo que te puede pasar, a quien puedes acudir. Si te caes, te caes. No hay quien te ayude, todas estas cosas...".

"Y si me pasa algo y no puedo llamar... Estoy tramitando la teleasistencia. Tengo miedo porque cuando me dio lo del corazón me veía muerta".

La noche y la soledad: la noche es el momento en el cual se cierra la puerta al día y la persona se encuentra con una misma hasta la mañana siguiente. Esto puede generar inseguridad a no saber dar respuesta a una posible necesidad y es también un momento de tener pensamientos recurrentes al estado de soledad.

"Cuando no están los vecinos pongo una escalera detrás de la puerta porque me da mucho miedo. Y la noche que estoy muy mala la cierro de golpe".

"La noche es más mala que el día, sobre todo cuando te encuentras mal. Soy asmática y a veces me paso las noches enteras en el sofá porque no puedo estar en la cama".

- Resiliencia: definida como la capacidad que tiene una persona de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro. La situación de soledad es más habitualmente padecida que deseada. Por ello, la vejez y las pérdidas de personas queridas no son vividas como una negación, sino que pasan a ser experiencias que obligan a ser aceptadas como una parte más de la vida.

"Yo desde el primer día dije: tengo que vivir sola".

"Pues concienciándome, haciéndome a la idea de decir: tengo que vivir esto. Mi vida sigue".

- Aislamiento personal: el deterioro de la comunicación, el no tener a alguien con quien hablar puede conllevar una experiencia negativa que evoca a la privación sensorial. El aislamiento supone la incapacidad de un individuo para manifestar sus sentimientos.

"No he tenido ganas de ir a ningún sitio, he preferido quedarme en casa".

"Mis hijas me dicen que tengo que hacer vida social y salir más, pero a mí no me dan ganas de salir, estoy más a gusto en casa".

- **Autoestima:** la soledad, sobre todo cuando se alarga en el tiempo, suele generar en las personas un progresivo estado de aislamiento y abandono de las necesidades personales, lo que desencadena una pérdida de autoestima. Esta baja autoestima manifestada en sentimientos como depresión, soledad o ansiedad repercute tanto en su estado personal como en las relaciones familiares y sociales.

"Yo no, antes era muy presumida y ahora no me miro ni al espejo".

- **Cuidado personal y/o salud:** el estado de soledad afecta de manera significativa en la percepción de salud. El proceso de adaptación a la nueva rutina puede disminuir la necesidad de autocuidado y desencadenar nuevos problemas de salud.

"Hombre, cuando estamos dos o tres para comer preparas más comida. Pero como estoy sola me digo: voy a hacerme un bocadillo y ya está".

"Ahora me iré a casa, me tomaré una cerveza o dos, me pondré la tele; si tengo hambre como y si no, no como. Esa es la vida mía. Me acuesto y si amanezco al otro día, pues lo mismo".

- **Ocio y tiempo libre:** la soledad, la tristeza por la pérdida y la gestión ineficaz de las emociones genera en las personas que cambien sus actividades lúdicas por quedarse en casa y no relacionarse.

"Yo estaba siempre en una entidad de la asociación de extremeños. Pero desde que cayó Manolo ya no voy".

"Se me hacen las tardes muy largas, me aburro".

"Me he vuelto muy vaga, no me apetece nunca hacer nada".

### Red familiar

- **Dinámicas familiares (relaciones):** hace referencia a los procesos de relación entre los miembros que integran la unidad familiar y que tienen un vínculo de parentesco o cercanía con la persona en estado de soledad.

"El mayor de mis hijos me decía que me fuera con él aunque fueran unos meses, pero le dije que yo me quedaba en mi casa. Y suelo estar en casa, salgo a comprar, me hago la comida y tengo a una señora que viene a domicilio a limpiar cada semana".

- **Roles:** el envejecimiento y la incorporación de nuevos integrantes en la familia (generalmente nietos) supone una reorganización de los modelos familiares en los que en muchas ocasiones se delegan actividades de cuidado a las abuelas.

"Cada 15 días viene mi nieto y está el fin de semana conmigo. Y luego otro nieto que tengo porque ya son mayores vienen un día a comer".

"Tengo la hija cerca y es quien me arregla la ropa, me hace la comida o viene a comer conmigo".

"Yo, como todas las madres, quiero lo mejor para la nieta, pues les preparaba la comida, los caldos y todo. Porque a los jóvenes de ahora no les gusta la casa".

"Sentirse una carga": esta reestructuración de los roles puede provocar un sentimiento de "carga" de la familiar que se ha quedado sola como si fuera un compromiso o un esfuerzo añadido en las actividades de la vida diaria de las cuidadoras familiares (hijas, nueras...). Para dar respuesta a esta situación la persona que está sola renuncia a relacionarse.

"A ellos les gustaría que fuera más, sobre todo a mi hija. Pero yo no quiero cansar, a ver si me entiendes, no quiero agobiarlos. Voy cuando me parece".

"Yo me he acostumbrado porque no me queda otra. Yo soy muy miedosa, me callo y así no hago sufrir a mi hija".

- **Comunicación:** se puede ver afectada cuando un familiar se encuentra en estado de soledad y suscita a que alguno de los familiares se dedique a atenderla de manera más cercana.

"Me llaman cada día por la mañana y por la noche. No me dejan sola un momento".

- **Apoyo familiar:** "vivimos (mi hija y yo) a menos de cien metros. Todos los días voy a desayunar con ella y tomar café. Muchos días me dice de comer con ella. Ella se encarga de lavarme la ropa".

- Implicación insuficiente: en algunas ocasiones por una relación disfuncional o por simple desinterés los familiares no atienden las posibles necesidades que puedan surgir derivadas de la soledad o se limitan a cubrir las demandas puntuales que puedan solicitar.

"Tengo un hermano mío que vive al lado, ellos tienen su vida y solo vienen y me ayudan si necesito algo porque estoy sola. Y ya está".

"Yo a mi hijo lo tengo a un paso y no me ha llamado nunca por teléfono, he tenido que ir yo a buscarlo por lo que sea. Es como que estoy esperando algo que no llega, ¿entiendes? Y yo reconozco que su vida es su vida y yo no me puedo meter, porque no quiero".

- Otras figuras de apoyo: las personas que están solas generalmente prefieren no acoger a nadie en su hogar a no ser que sea un familiar. Sin embargo, la incorporación de mascotas en la unidad familiar ha permitido que la persona asuma nuevas responsabilidades y roles que generen una nueva rutina e inclusive poder comunicarse y sentirse acompañadas.

"(La mascota) lleva conmigo 15 años. Me da mucha compañía. Abro la puerta de casa y la tengo ahí".

"Te obliga un poco a salir de casa, a dar los paseos. Por la mañana, por la tarde y por la noche también".

### Red social

La familia como principal unidad de la sociedad en la que se integra la persona en estado de soledad genera una serie de relaciones y vínculos que le permite tejer una red de apoyo que va a resultar fundamental en situaciones de desequilibrio, como puede ser el mismo proceso de soledad. Sin embargo, dicha red no siempre responde como se espera por situaciones de distancia, comunicación ineficaz o barreras que dificultan su acción. La persona que afronta la situación de soledad decide en muchas ocasiones abandonar sus relaciones, aunque puede verse muy reforzada cuando las mantiene:

"Me encuentro cómoda. Salimos cada día a caminar y si no te encuentras a una, te encuentras a otra y te paras a hablar: cómo estás con esto o aquello...".

Por otra parte, las amistades que se generan a partir de ahora, y las únicas redes sociales que mantienen, son las que presentan una situación semejante a la que padecen las personas en estado de soledad, es decir, se relacionan con personas que también han vivido o tienen una situación de estar solas:

"Me queda solamente una amiga de los que éramos antes, el marido también murió el año pasado, poco tiempo después de que muriera el mío, murió el suyo. No hay una noche que nos acostemos sin llamarnos para decirnos cómo estamos".

- Afrontamiento ante la pérdida de las relaciones sociales: el fallecimiento de los amigos es una situación que genera tristeza y alimenta el sentimiento de soledad.

"El problema es que todos los amigos que teníamos se han ido muriendo, y por cada una que fallece también duele".

"Los amigos o han muerto todos o están en una residencia."

### Percepción de los profesionales de la salud

Una atención integral, integrada e integradora por parte de las enfermeras que genere confianza y seguridad en la persona durante el transcurso de este estado de soledad, es fundamental para conseguir mayor satisfacción y seguridad con los cuidados prestados:

"La enfermera me escribió una carta cuando se fue mi marido y todavía la tengo guardada. A veces me da por cogerla y leerla".

"Con la enfermera muy bien, porque venía a ver a mi marido cuando estaba en casa y tengo mucha relación. Con la médica menos porque me ha tocado menos, pero si tengo algún problema me lo soluciona enseguida, muy bien, estoy contenta".

- **Recursos comunitarios para el afrontamiento de la soledad:** las enfermeras identifican, coordinan y articulan los diferentes recursos existentes en el ámbito de los cuidados, especialmente en el manejo de la soledad:

"Cuando he faltado dos días a una actividad todas preguntan por mí".

"Hago una actividad de piscina y una de andar [...] También estoy apuntada en el Casal y ahora hacemos baile de línea. Y en febrero haremos ejercicios de memoria".

"Yo hago taichí porque pertenezco a la Asociación de fibromialgia de Cornellá".

- **Grupo de intervención:** una herramienta eficaz y eficiente para el manejo de necesidades manifestadas en la comunidad y que promueve la salud de la misma es a través de las intervenciones grupales; donde los protagonistas comparten experiencias y se sienten comprendidos en un contexto similar al que están viviendo. Estas intervenciones generan un impacto positivo en la salud física y psicológica de las personas en situación de soledad porque permite que se relacionen y tengan una motivación para salir de casa. Durante la intervención en el grupo focal, los participantes encontraron un espacio de expresión de necesidades y manifestación de fortalezas a las mismas:

"Yo vengo con ilusión, me pongo el teléfono en silencio para que no me llamen porque el rato que estoy aquí quiero disfrutarlo".

"Dos vecinas del barrio que jamás nos hemos dicho ni hola y ahora estamos siempre sentadas al lado las unas de las otras".

"Yo desde el sábado hasta ahora (miércoles) que no había salido".

## Discusión

El perfil de las personas en estado de soledad según la bibliografía coincide con la muestra extraída en este trabajo (2,5,6,11,24-27). En su mayoría son mujeres, siendo la viudedad la principal causa que ha generado esta vivencia de soledad.

Por lo que se refiere a los problemas que presentan las personas mayores que manifiestan a la hora de vivir en soledad, se percibe inseguridad por el desconocimiento a envejecer, miedo por lo desconocido, un descenso progresivo de la autoestima, ansiedad, agotamiento físico y sobre todo mental, además de una fuerte demanda de necesidad de apoyo. El estado de ánimo deprimido, el vacío social y emocional son sentimientos compartidos entre las personas entrevistadas que manifestaron además tener una percepción de aislamiento social y un afrontamiento de la soledad generalmente negativo (5,11). Esto genera, coincidiendo con la bibliografía (12-17), que exista una peor percepción de la calidad y cantidad del sueño, que sean más sedentarias en relación a la actividad física o que tengan peores hábitos higiénico-dietéticos.

En cuanto a la red familiar y social se evidencia la importancia de acompañamiento en el cuidado como participación activa en el ámbito hospitalario o en el domicilio para fortalecer la salud física, mental, emocional, social y espiritual de las personas mayores, aunque la percepción del aislamiento social ha sido manifestado como uno de los problemas más prevalentes provocando deterioro de las relaciones sociales o familiares, además de que perjudica de manera significativa en el envejecimiento activo de las personas mayores (2,19,25,26). La implicación insuficiente de los familiares o los cambios en los roles ha generado la importancia de incorporar nuevos protagonistas en el manejo de la soledad, como mascotas u otras personas que se encuentran también solas, a través de actividades o talleres. Estas intervenciones han tenido un impacto positivo sobre el sedentarismo o en la gestión emocional.

Las actividades de promoción de la salud y las intervenciones comunitarias son un recurso útil y con un impacto positivo en el proceso de soledad porque permiten que se generen vínculos y relaciones entre las diferentes protagonistas de la comunidad que comparten un proceso de soledad (5). Las personas entrevistadas han manifestado satisfacción y mejora de síntomas depresivos por la participación de estos talleres. Por otra parte, la percepción individual de personas entrevistadas que están en un proceso de soledad fue de no conocer las intervenciones que los equipos de Atención Primaria pueden ofrecer. Se ha identificado a las enfermeras como figura de gran apoyo en el proceso de soledad, aunque se ha manifestado la importancia de crear nuevas estrategias en la difusión de las intervenciones para mayor participación comunitaria.

Además de la mejora en el estado anímico, han identificado como un aspecto positivo la posibilidad de relacionarse con otras personas que están viviendo una situación similar y así han podido concebir nuevas redes de apoyo. Esta soledad percibida como un estado de libertad ha generado a su vez que quieran buscar nuevas actividades que hacer juntas y que tengan un papel más activo en la comunidad (18).

Las implicaciones prácticas del presente estudio son que permitirá reflexionar sobre las necesidades percibidas por las personas que padecen soledad, y así generar nuevas líneas de actuación que permitan actuar sobre la misma; la incorporación del diagnóstico de salud del barrio, de la red social y familiar en el plan de cuidados son elementos clave en la planificación del plan de cuidados.

Una de las limitaciones en el estudio ha sido la ausencia de vínculo del paciente con el investigador, que ha generado una falta de confianza por la cual algunas personas han preferido no firmar el consentimiento informado.

## Conclusiones

La percepción de soledad es un sentimiento negativo aunque también puede tener una perspectiva positiva y de empoderamiento en la salud de la persona. Existen consecuencias significativas en la salud mental, física, familiar y social derivadas de la soledad que ponen en alto riesgo de sufrir depresión y aislamiento social en las personas que están solas. Por otra parte, se ha identificado a la red social y familiar como elemento clave para el proceso de soledad. Por ello, fortalecer y movilizar los recursos comunitarios ha resultado ser fundamental para facilitar el manejo del proceso de soledad a través de la prescripción social. Los talleres de personas en estado de soledad ofrecen una gran ayuda para la recuperación de la autoestima y el afrontamiento del proceso de soledad, además de favorecer la autonomía personal y las relaciones sociales. Es importante establecer nuevas líneas de promoción de intervenciones comunitarias por y para la comunidad.

## Bibliografía

- [1] Perlman LA. Perspectives on lone-liness. En: Peplau LA, Perlman D (eds.). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: Wiley; 1982. p. 1-8.
- [2] Hawkey LC, Capitanio JP. Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* [internet]. 2015 [citado 8 may 2020]; 370(1669):20140114. Disponible en: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2014.0114>
- [3] Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: a mini-review and synthesis. *Gerontology* 2016; 62(4):443-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000441651>
- [4] Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017; (152):157-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- [5] Coll-Planas L, del Valle Gómez G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserin R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Heal Soc Care Community*. 2017; 25(1):145-57. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12284>
- [6] Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez P, Madrigal Muñoz A, López Doblas J, Montero Navarro A, et al. Informe 2017: las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas [internet]. Madrid: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igual; 2017. [citado 8 may 2020]. Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
- [7] Institut d'Estadística de Catalunya, IDESCAT. Población de 20 años y más que vive sola por sexo y grupos de edad [internet]. IDESCAT 2018 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anual&tn=10793&tema=llars&lang=es>
- [8] Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos* [internet]. 2009 Mar [citado 8 may 2020]; 20(1):9-14. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100002&lng=es)
- [9] Álvarez González R, Cullell Pares M, De Frutos Gallego E, Fabretat Casamitjana M, Ramírez Llaras A. 1. Envejecimiento y soledad. *Enferm Global*. 2009; 8(3). Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.3.75251>
- [10] Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. *Gerokomos* [internet]. 2009 Dic [citado 8 may 2020]; 20(4):159-66. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es)
- [11] Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personal Soc Psychol Rev* [internet]. 2011 [citado 8 may 2020]; 15(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865701/>
- [12] López Doblas J, Díaz Conde M del P. Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
- [13] Burholt V ST. Poor health and loneliness in later life: The role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014; (69):311-24. Doi: <http://doi.org/10.1093/geronb/gbt121>
- [14] Warner D, Kelley-Moore J. The social context of disablement among older adults: Does marital quality matter for loneliness? *J Heal Soc Behav*. 2012; (53):50-66. Doi: <https://doi.org/10.1177/0022146512439540>
- [15] Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science* 2015; (10):227-37. Doi: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- [16] Kido Y. The issue of nutrition in an aging society. *J Nutr Sci Vitaminol*. 2015; (61):176-7. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.007>

- [17] Ramic E, Pranjic O, Batic-Mujanovic E, Karic E, Alibasic A. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arh.* [internet] 2011 [citado 8 may 2020]; (65):92-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21585182>
- [18] Shor E, Roelfs DJ. Social contact frequency and all-cause mortality: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med.* 2015; (128):76-86. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.010>
- [19] Chen Y, Hicks A, While A. Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Heal Soc Care Community.* 2013; 22(2):113-23. Doi: <http://doi.org/10.1111/hsc.12051>
- [20] OMS. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* [internet] 2002 [citado 8 may 2020]; 37(S2):74-105. Disponible en: [https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
- [21] Ilgaz A, Gözümlü S. Health promotion interventions for older people living alone: a systematic review. *Perspect Public Health* [internet]. 2019 [citado 8 may 2020]; 139(5):255-63. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913918803980>
- [22] Hashi I. Case management promotion of social media for the elderly who live alone. *Prof Case Manag.* 2016; 21(2):82-7. Doi: <http://doi.org/10.1097/NCM.000000000000138>
- [23] Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S, et al. To listen, to observe and to understand. bringing back narrative into the health sciences. *Contributions of Qualitative Research.* Barcelona Inst Univ d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J Gol), 2017.
- [24] Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics.* 2016. Doi: <http://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- [25] Hand C, Oteg P, Mccoll MA, Birtwhistle R, Fcjp M, Kotecha Mpa JA, et al. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services [internet] 2014 [citado 8 may 2020]; 60(6):322-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4055344/>
- [26] Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatrics* [internet]. 2016 [citado 8 may 2020]; 28(4):557-76. Disponible en: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1041610215001532/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1041610215001532/type/journal_article)
- [27] Klinenberg E. Social Isolation, Loneliness, and Living Alone: Identifying the Risks for Public Health. *Am J Public Health.* 2016; 106(5).

## Anexo 1

### Entrevista estructurada por categorías. Vivencia de soledad en personas mayores de 65 años

#### CATEGORÍA 1: AUTOESTIMA

1. ¿Cómo te sientes viviendo solo/a?
2. ¿De qué manera ha influido vivir solo/a en tu día a día? (autocuidado, cuidado del domicilio)
3. ¿Cómo ha influido en tu salud estar solo/a? (problemas de salud derivados de la soledad)

#### CATEGORÍA 2: RED FAMILIAR

4. Pregunta sobre cronograma familiar (hijos, nietos...)
5. ¿Qué familiares tienes cerca de ti?
6. ¿Cómo es la relación con ellos? (identificar si encuentra en la familia una fortaleza)

#### CATEGORÍA 3: RED SOCIAL

7. ¿Qué relación tienes con tus amigos?
8. ¿Y con el vecindario?
9. ¿Cómo te hace sentir tus relaciones sociales?

#### CATEGORÍA 4: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

10. ¿Haces alguna actividad organizada por parte del ayuntamiento u otros organismos?
11. ¿Se hacen actividades en el barrio para personas que están solas?
12. ¿Te gustaría que se hiciera desde el ambulatorio?
13. ¿Cómo es la relación con tu médico/a y enfermero/a?

### Entrevista estructurada por categorías. Vivencia de soledad en personas mayores de 65 años que han participado en intervención comunitaria grupal

#### CATEGORÍA 1: AUTOESTIMA

1. ¿Cómo os habéis sentido cuando afrontasteis la situación de soledad?
2. ¿De qué manera ha influido vivir solo/a en tu día a día? (autocuidado, cuidado del domicilio)
3. ¿Cómo ha influido en tu salud estar solo/a? (problemas de salud derivados de la soledad)

#### CATEGORÍA 2: INTERVENCIÓN GRUPAL DINAMIZADA POR ENFERMERÍA

4. ¿Cómo conocisteis la existencia de este grupo?
5. ¿Cómo os hace sentir cuando venís al grupo?
6. ¿Qué os aporta acudir a este grupo de intervención?

# CARTAS a la DIRECCIÓN

SANDRA MARTÍNEZ-PIZARRO

Enfermera. Hospital de Huércal Overa. Almería  
mpsandrita@hotmail.com

## *Aceite de oliva para la prevención y curación de heridas*

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2019.  
Aceptada su publicación: 14 de enero de 2020.

Sr. Director:

En los últimos años diversos estudios han propuesto el uso tópico del aceite de oliva para la prevención y curación de heridas y úlceras por presión (UPP).

El escualeno (presente en el aceite de oliva) posee efectos preventivos contra el daño tisular y propiedades antiinflamatorias. Podría promover la cicatrización al impulsar la respuesta de los macrófagos en la inflamación (1).

Por otro lado, el estudio de Karimi et al. (2), de 2019, analiza el impacto de la miel y del aceite de oliva en las úlceras del pie diabético. Se trata de un ensayo controlado aleatorizado con 45 pacientes asignados en tres grupos. En el primer grupo, la herida se cubrió con gasas con miel, en el segundo con gasas con aceite de oliva (4 ml) y en el grupo control con vendaje. Las curas fueron diarias durante un mes. Tras la intervención, el tejido alrededor de la herida, grado de la herida, drenaje y cicatrización fueron mayores en el primer y segundo grupo. Los resultados revelan que la miel es tan efectiva como el aceite en el tratamiento del pie diabético.

En el estudio aleatorizado, controlado a doble ciego, de Díaz-Valenzuela et al. (3), de 2019, se compara el aceite de oliva tópico con los ácidos grasos hiperoxigenados para la prevención de UPP. 571 participantes con riesgo de UPP fueron asignados al grupo ácidos grasos (n= 288) o al grupo aceite (n= 283). Ambas soluciones se aplicaron cada 12 horas durante 30 días. La incidencia de UPP fue de 4,18% en el grupo aceite frente al 6,57% en el grupo control; de tal manera que este estudio muestra la efectividad y seguridad del aceite de oliva tópico para prevenir las UPP.

Analizada la efectividad del aceite de oliva es preciso estudiar el impacto económico que supone. En el estudio de Lupiáñez-Pérez et al. (4), de 2019, se compara el coste del aceite con el de ácidos grasos hiperoxigenados, en una muestra de 831 sujetos. El coste durante 16 semanas fue de 19.758 € con ácidos grasos y 9.566 € con aceite. El tratamiento con aceite de oliva fue 10.192 € menos costoso. Por tanto, este tratamiento permite ahorros considerables en costos directos.

Si se reflexiona críticamente se puede observar el potencial del aceite de oliva sobre las heridas y la prevención de las UPP. Además de su eficacia es preciso destacar el ahorro económico que puede suponer su utilización.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta los posibles sesgos, como por ejemplo que la duración del seguimiento en el estudio de Karimi et al. (2) es de un mes y utiliza una escala propia para considerar la curación de la herida. Además, la clasificación previa de los grupos es poco exigente, no hay signos neuropáticos, ni exploración vascular.

Se puede afirmar, por tanto, que en el ámbito preventivo hay artículos que confirman que el aceite de oliva podría igualar a los ácidos grasos hiperoxigenados. Sin embargo, su acción en úlceras del pie diabético no es tan conocida por lo que en este aspecto se debe tener cautela.

A raíz de estos resultados es fundamental transmitir esta información a los profesionales sanitarios que trabajan diariamente con estos pacientes; de esta manera podrán llevar a cabo los mejores tratamientos basados en las últimas evidencias disponibles. Cabe destacar que en España está prohibido aplicar tratamientos con productos alimentarios, es necesario tener el sello CEE (Comunidad Económica Europea) para productos sanitarios.

No obstante, aunque los resultados recientes son positivos es necesario incrementar la investigación para analizar la eficacia de dicho aceite en estudios con mayor muestra y diferentes heridas, contrastar con la cura húmeda, analizar su posible acción sinérgica con otros productos, su regulación legal y sus efectos a largo plazo. De esta manera se podrán establecer recomendaciones universales sobre el uso de este producto.

### Bibliografía

- [1] Sánchez-Quesada C, López-Biedma A, Toledo E, Gaforio JJ. Squalene stimulates a key innate immune cell to foster wound healing and tissue repair. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2018.
- [2] Karimi Z, Behnamoghdam M, Rafiei H, Abdi N, Zoladl M, Talebianpoor MS, et al. Impact of olive oil and honey on healing of diabetic foot: a randomized controlled trial. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019; 12:347-54.
- [3] Díaz-Valenzuela A, García-Fernández FP, Carmona-Fernández P, Valle-Cañete MJ, Pancorbo-Hidalgo PL. Effectiveness and safety of olive oil preparation for topical use in pressure ulcer prevention: Multicentre, controlled, randomised, and double-blinded clinical trial. *Int Wound J*. 2019; 16(6):1314-22.
- [4] Lupiáñez-Pérez I, Morilla-Herrera JC, Kaknani-Uttumchandani S, Lupiáñez-Pérez Y, Cuevas-Fernández-Gallego M, Martín-Santos F, et al. A cost minimization analysis of olive oil vs. hyperoxygenated fatty acid treatment for the prevention of pressure ulcers in primary healthcare: A randomized controlled trial. *Wound Repair Regen*. 2017; 25(5):846-51.



enferteca  
Grupo Paradigma

## La Gran Biblioteca de Enfermería online

- Más de **140 títulos** de todos los temas y especialidades
- Incluye el **buscador Encuentr@**, el mejor del sector
- Además, podrás acceder a ella **donde y cuando quieras** a través de su **app**



App disponible para  
**iOS y Android**

 grupoparadigma

