ISSN 1988-5474

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria **Especial Enfermería Comunitaria México 2022**



SUMARIO

Editorial

Originales

- Perfil epidemiológico y percepción del riesgo en pacientes sometidos a prueba COVID-19 en Zacatecas, México
- Construcción y validación de material educativo para el cuidado de lactantes con sonda de gastrostomía
- Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Tabasco, México
- Efecto de un programa educativo: e-continuidad de cuidados domiciliarios a pacientes con COVID-19

- Resiliencia y apoyo social en adultos mayores de municipios del Estado de Hidalgo, México
- Evaluación del nivel de autogestión y resultados de salud en adultos mayores con diabetes en pandemia COVID-19
- Intervención educativa de enfermería para la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes

Carta a la dirección

• Importancia del estudiante de Enfermería en la Práctica Comunitaria

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero Editora invitada Dra. Ruth Angélica Landa Rivera



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:



Cuidatge





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 E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: 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. Mª 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 Ôliveira
Dr. Pablo Sáinz Ruiz

Antonio García Iriarte
Dra. Patricia Moreno Marín
Dr. Gonzalo Duarte Climents
Dra. María Pilar López Sánchez
Dra. Ana Magdalena Vargas Martínez
Dra. Ruth Angélica Landa Rivera
Dra María de Jesús Jiménez González
Dra. Gabriela Maldonado Muñiz
Dr. José Luís Mendoza García
Dra. Natalia Ramírez Girón

CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- Mª José Dasí 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 Minguez Arias (La Rioja-España)
- Manuel Mañá González (Galicia-España)
- María Paz Mompart 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 Mendoça (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)
- Mª Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquía-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. Mª Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 15 – Supl. 1. mayo 2022

RIdEC

Sumario • Summary

Vol. 15(Supl.1) - Mayo 2022

Editorial

Originales

Epidemiological profile and risk perception in patients undergoing the COVID-19 test in Zacatecas, Mexico Mexico	6
Flavio César Esparza Guajardo, Dellanira Ruiz De Chávez Ramírez, Cristina Almeida Perales, Juan Daniel Suárez Máximo	
Construcción y validación de material educativo para el cuidado de lactantes con sonda de gastrostomía Preparation and validation of educational materials for the care of infants with gastrostomy tube	16
Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Tabasco, México Quality of life in patients with Type 2 diabetes mellitus in Tabasco, Mexico Mauricio Reyes Lázaro, María de Jesús Gómez Hernández, José Juan López Cocotle, Aralucy Cruz León, Ricardo Rodríguez de los Santos	24
Efecto de un programa educativo: e-continuidad de cuidados domiciliarios a pacientes con COVID-19 Impact of an educational program: e-continuity of care at home for patients with COVID-19	33
Resiliencia y apoyo social en adultos mayores de municipios del Estado de Hidalgo, México Resilience and social support in older adults from towns in the State of Hidalgo, Mexico Araceli Cano Estrada, Ana Cristina Castañeda Márquez, José Ángel Hernández Mariano, Gabriela Jatziry Malo Martínez, Margarita Pérez López, María Fernanda Esquivel González	40
Evaluación del nivel de autogestión y resultados de salud en adultos mayores con diabetes en pandemia COVID-19 Evaluation of the level of self-management and health results in older adults with diabetes during the COVID-19 pandemic	49
Mireya Velázquez Hernández, Cinthya Patricia Ibarra González, Rosa Elvia Montoya García, Laura Roxana de los Reyes Nieto, Artemisa Sánchez Leo, Ricardo M. Cerda Flores	,,,
Intervención educativa de enfermería para la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes Educational nursing intervention for the prevention of sexual risk behaviours in adolescents Yesenia de la Cruz Hernández, Patricia Cruz Bello, Miriam Verónica Flores Merino, Diana Jiménez Vargas, Dora María Cleatilde Martínez Albarrán, Alejandra de la Cruz Martínez	57

Cartas a la dirección

Importancia del estudiante de Enfermería en la Práctica Comunitaria	65
Juan Daniel Suárez Máximo. Carolina Teieda González. Invina Alexander May May, Juan Daniel Robles Padilla	

Editorial

ESPECIAL ENFERMERÍA COMUNITARIA MÉXICO 2022

Dra. Ruth Angélica Landa Rivera

Editora invitada Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, AEC.

Dr. Vicente Gea-Caballero

Editor de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, AEC.

Dr. José Ramón Martínez Riera

Presidente Asociación Enfermería Comunitaria AEC.

La Atención Primaria en Salud (APS) es una actividad clave en el cuidado de la salud de las comunidades. En México es recientemente, a partir del año 2019, cuando se retoma la APS y se convierte en una política pública para alcanzar el bienestar de los mexicanos. En este sentido, los roles profesionales de enfermería son un amplio campo de oportunidad para potenciar la salud de los individuos, las familias y los grupos, lo que los convierte en una parte importante de la estructura de salud; las enfermeras, a través de su práctica profesional, pueden hacer grandes contribuciones y potenciar la investigación en este campo.

El Modelo de APS obliga a incrementar la producción científica en enfermería familiar y comunitaria en México, pues se requiere una mayor evidencia científica que soporte el regreso a la APS, y comparar los resultados con otros países que no dieron marcha atrás a esta estrategia. Por esto, y por otros muchos motivos, es necesario crear redes de conocimiento y poder compartir estrategias de intervención e investigaciones con toda la comunidad enfermera, en especial aprovechando y utilizando a las sociedades científicas expertas en el ámbito comunitario, como es la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC y su revista científica *RIdEC* (Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria), pues los aprendizajes profesionales de unos son los aprendizajes de todos.

Es importante señalar que el hecho de hacer un número especial de *RIdEC* para la enfermería mexicana es la oportunidad que se estaba esperando para dar a conocer el trabajo que se está realizando. El acompañamiento y la confianza que brinda estimula y fortalece la habilidad investigadora y motiva a nuevas generaciones a llevarla a cabo. Por otro lado, pone de relieve la existencia de vehículos para compartir esas investigaciones y fomentar esas redes de conocimiento, visibilizando la producción científica en México a la revista *RIdEC* y la propia Asociación de Enfermería Comunitaria.

Nuestro agradecimiento, de todos los autores/as, revisores/as y sobre todo de la editora invitada responsable, por esta gran oportunidad que queda para la posteridad y como indicio para seguir creando redes de trabajo que vienen a fortalecer la salud global.

Por otro lado, para la Asociación de Enfermería Comunitaria es muy importante un número especial como este, que fortalece esos lazos profesionales y científicos, y que permite visibilizar el esfuerzo que realizan las enfermeras en México para no solo trabajar por el desarrollo de la APS y de la atención a la salud de la comunidad, sino también contribuir al crecimiento la Enfermería Familiar y Comunitaria con la mejor de las herramientas posibles: la investigación.

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 15 - Supl. 1. mayo 2022

Para la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC* publicar un número internacional especial como este es un privilegio del que sentirse especialmente orgullosos. Estamos convencidos de que en el futuro, y a través de las publicaciones ordinarias de *RIdEC*, las enfermeras comunitarias mexicanas seguirán contribuyendo y utilizando la revista científica de la AEC para visibilizar su actividad y sus investigaciones en México.

Editor RIdEC: Dr. Vicente Gea Caballero

Editora invitada: Dra. Ruth Angélica Landa Rivera

Revisores/as invitados/as:

Dra. María de Jesús Jiménez González
Dra. Gabriela Maldonado Muñiz
Dr. José Luís Mendoza García
Dra. Natalia Ramírez Girón

Originales

Perfil epidemiológico y percepción del riesgo en pacientes sometidos a prueba COVID-19 en Zacatecas, México

- ¹ Flavio César Esparza Guajardo
- ² Dellanira Ruiz De Chávez Ramírez
- ² Cristina Almeida Perales
- ³ Juan Daniel Suárez Máximo

- ¹ Egresado de la Maestría en Ciencias de la Salud con Especialidad en Salud Pública. Universidad Autónoma de Zacatecas. México.
- ² Docente de la Maestría en Ciencias de la Salud con Especialidad en Salud Pública. Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. México.
- ³ Estudiante de la Maestría en Salud Pública. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. México.

Dirección de contacto: flavioesparza10@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Esparza Guajardo FC, Ruiz de Chávez Ramírez D, Almeida Perales C, Suárez Máximo JD. Perfil epidemiológico y percepción del riesgo en pacientes sometidos a prueba COVID-19 en Zacatecas, México. RIdEC 2022; 15(Supl. 1):6-15.

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2022.

Aceptada su publicación: 26 de marzo de 2022.

Resumen

Objetivo: analizar el perfil epidemiológico y percepción de riesgo en pacientes sometidos a una prueba tipo PCR para detección de la COVID-19 en una Unidad de salud monitora de enfermedades respiratorias de Zacatecas (México).

Método: estudio cuantitativo descriptivo transversal prospectivo, en el periodo comprendido del 5 de mayo al 5 de noviembre de 2020 del estado de Zacatecas, México. Muestreo no probabilístico por conveniencia, se incluye a los asistentes sometidos a prueba COVID-19. Instrumento de medida: cuestionario de datos epidemiológicos y sociodemográficos, datos clínicos y percepción de riesgo. Se realizaron índices de estadística descriptiva y análisis bivariantes en SPSS V26.

Resultados: el rango de edad de mayor frecuencia fue el de 18-39 años con un 52,9%, aunque el grupo de los adultos mayores fue donde más resultados positivos se obtuvieron. En cuanto a los datos clínicos reportados se encontró una prevalencia entre la población de obesidad con un 39,7% y de acuerdo a la percepción del riesgo se obtuvo una prevalencia en la dimensión biológica con un 49,1%, además más del 75% se encontró preocupado por su salud.

Conclusión: del perfil epidemiológico y la percepción del riesgo se determina que son las personas adultas mayores, o quienes padecen alguna comorbilidad, los que mayor vulnerabilidad presentan ante el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Palabras clave: perfil epidemiológico; riesgo; prueba; COVID-19.

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 15 – Supl. 1. mayo 2022

Abstract

Epidemiological profile and risk perception in patients undergoing the COVID-19 test in Zacatecas, Mexico

Objective: to analyse the epidemiological profile and risk perception in patients undergoing a PCR-like test for COVID-19 detection at a Health Unit Monitoring for Respiratory Diseases at Zacatecas (Mexico).

Method: a prospective cross-sectional descriptive quantitative study conducted from May 5th to November 5th 2020 at Zacatecas, Mexico. Non-probability convenience sampling, including those patients undergoing the COVID-19 test. Measurement tool: questionnaire with epidemiological and sociodemographic data, clinical data and risk perception. Descriptive statistical indexes and bivariate analysis conducted with SPSS V26.

Results: the most frequent age range was 18–39 years, with 52.9%, though the highest number of positive results was obtained in the group of older adults. Regarding the clinical data reported, a 39.7% prevalence of obesity was found in the population; and in terms of risk perception, there was a 49.1% prevalence in the biologic approach; besides, >75% were concerned about their health.

Conclusion: the epidemiological profile and the risk perception determined that the older adults or those with some comorbidities are those more vulnerable to the new SARS-CoV-2 coronavirus.

Key words: epidemiological profile; risk; test, COVID-19.

Introducción

En noviembre de 2019 se empezó a extender en el mundo la enfermedad denominada COVID-19, con una gran rapidez en contagios y muertes entre los pacientes, lo cual generó el mayor reto para la Salud Pública de los últimos 100 años, ya que esto representaba un riesgo crítico para la salud de la humanidad; además se hizo evidente las deficiencias históricas del sistema de salud que ponen de manifiesto perfiles epidemiológicos con incapacidad de respuesta ante enfermedades como la COVID-19 (1,2). El perfil epidemiológico representa un aspecto de gran importancia para la Salud Pública, puesto que permite sistematizar los dominios y las dimensiones del monitoreo; asimismo, establece los sujetos sociales a través de una mirada crítica e intelectual del pueblo sobre su salud, mediante la construcción de una matriz de procesos críticos (3).

Es por ello que analizar el perfil epidemiológico de las personas sometidas a prueba PCR permitirá dar a conocer los factores de riesgo vinculados al entorno y al modo de vida, mostrando una prevalencia de las enfermedades no transmisibles como son la diabetes, la obesidad, el tabaquismo, la insuficiencia renal crónica y las enfermedades cardiacas, siendo las más relevantes como un factor de riesgo importante para enfermar y presentar una evolución grave del padecimiento (4). Considerando lo anterior, dichos factores de riesgo son de alta incidencia en México, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2020); además, en cuanto a la situación laboral que presentan mayor exposición a infectarse por el SARS-CoV-2 se encuentran los empleados, trabajadores del hogar y trabajadores de la salud debido a las actividades que realizan en el lugar de trabajo (5,6).

Por otro lado, la percepción de riesgo en la población al contraer la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 se encuentra condicionada por la infravaloración de riesgo, la ilusión de la invulnerabilidad y la influencia de factores socioculturales, en los cuales las experiencias y los modos de vida podrían ser un condicionante clave. Por lo tanto, conocer el perfil epidemiológico y la percepción de riesgo de los pacientes sometidos a una prueba de PCR a COVID-19 representa una oportunidad para implementar nuevas políticas de Salud Pública, enfocadas al primer nivel de atención a la salud (6,7).

Con respecto al perfil epidemiológico, diversos autores hacen referencia sobre las patologías en las que es más recurrente el contagio por COVID-19, en donde se encontró que los pacientes tenían una mayor proporción de obesidad (17,4%), diabetes (14,5%) e hipertensión arterial (18,9%) en comparación a los que se encontraban aparentemente sanos (8,9); además, dicha información proporciona que las muestras de estudio presentan: fiebre (> 90%), tos seca (80%), dolor torácico (20%) y dificultad respiratoria (15%). Asimismo, la percepción de riesgo de infectarse por SARS-CoV-2 aumenta en las personas que padecen alguna comorbilidad, como las que se mencionan anteriormente, ya que esas condiciones vulneran a la población ante infecciones víricas. Así mismo, un 23,7% de la población mencionó estar en riesgo debido a que tenía que salir de casa o un compañero de casa tenía que salir (10,11).

Considerando el contexto anteriormente planteado, el presente estudio tiene por objetivo analizar el perfil epidemiológico y la percepción de riesgo en pacientes sometidos a una prueba tipo PCR para detección de la COVID-19 en una unidad de salud monitora de enfermedades respiratorias de Zacatecas.

Método

El diseño del estudio es cuantitativo de tipo descriptivo, transversal prospectivo. Estudio que se realizó en el periodo comprendido del 5 de mayo al 5 de noviembre de 2020, conformado por la población de 211,740 habitantes de Zacatecas de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (12). La muestra quedó constituida por una n= 312 encuestados, los cuales cumplieron con definición operacional de caso para SARS-CoV-2. La técnica empleada para la recolección de la muestra fue a través de encuesta autoaplicada con las medidas sanitarias de bioseguridad con un muestreo no probabilístico por cuotas. Los criterios de inclusión fueron: pacientes que cumplan con definición operacional de caso para SARS-CoV-2, mayores de edad y con residencia en Zacatecas. Los criterios de exclusión fueron: pacientes que no aceptaran participar en el estudio mediante la aceptación del consentimiento informado.

Para recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado ad hoc que incluyó las siguientes variables de estudio:

- Cuestionario sociodemográficas: edad (años), sexo (hombre o mujer), estado civil (soltero, casado, viudo), residencia, escolaridad (Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura, Posgrado), seguridad social (SSZ, Bienestar, IMSS, ISSSTE), ocupación, Usted percibe un salario en este momento de la prueba, número de personas que dependen de usted económicamente (0, 1 a 3, 4 a 6) y actividad reciente.
- Cuestionario de datos clínicos: antecedente patológico, fecha de posible exposición, fecha inicio de síntomas, medio de contagio, síntomas y tratamiento.
- Percepción de riesgo (dimensión biológica, dimensión mental y dimensión social), ¿hay personas infectadas sin síntomas?, ¿las personas asintomáticas pueden infectar a los demás?, ¿se encuentra preocupado?, ¿se encuentra nervioso?, ¿se encuentra preocupado por su familia?, ¿se encuentra estresado?, ¿se encuentra tranquilo?

La escala está validada en el contexto mexicano por expertos y piloteada obteniendo una confiabilidad α de Cronbach= ,83, lo cual lo define como un buen instrumento de medición.

Se realizaron índices de estadística descriptiva según la naturaleza de las variables (frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; media y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas), los datos fueron analizados con el Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) V.26. Esta investigación estuvo en el cumplimiento de los requerimientos éticos de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (13), y conforme a las normas oficiales vigentes (14), fueron obtenidos los permisos personales mediante el consentimiento digital, respetando su anonimato y la confidencialidad de los datos.

Resultados

Datos sociodemográficos: en cuanto a los datos sociodemográficos se observa de acuerdo a la Tabla 1, que el 50% de la muestra se encontró entre la edad de 18 a 39 años. En cuanto al sexo se obtuvo un porcentaje similar entre la población, aunque fueron los hombres en quienes se presentó un mayor número de casos positivos. Por otro lado, el 53,6% de los informantes indicó estar casado, esto por encima de los solteros con un 32,2%, en cuanto al número de dependientes el 91,2% reportó tener entre cero y tres personas a su cargo.

Referente a la procedencia de los pacientes, la gran mayoría era de Zacatecas y Guadalupe con un 60,3 y 39,7% respectivamente, predominó el grado de escolaridad de licenciatura con un 54,6%. En cuanto a la seguridad social, sobresalen los derechohabientes del IMSS con un 42,1% y el 28,4% de la población entrevistada mencionó no contar con algún tipo de seguridad social. El grupo de mayor prevalencia fue el de los empleados con un 35,6%, seguido de los profesionales de la salud con un 22,1%.

Características sociodemográficas del paciente			Resultado PCR				
		Ne	gativo	Pos	sitivo	_	
		f	0/0	f	0/0		
Edad	Menor de edad	3	1,0	6	2,0	0,326	
	18-39 años	80	27,1	76	25,8	1	
	40-59 años	58	19,7	48	16,3	-	
	60-80 años	9	3,1	24	8,1	1	
Sexo	Mujer	85	28,8	65	22	0,042	
	Hombre	65	22	80	27,1	'	
Estado civil	Soltero	47	15,9	48	16,3	0,625	
	Casado	84	28,5	74	25,1		
	Viudo	6,4	19	23	7,8		
Número de dependientes	0-3	138	46,8	131	44,4	0,616	
·	4-6	12	4,1	14	4,7		
Residencia	Zacatecas	85	28,8	93	31,5	0,190	
	Guadalupe	65	22	52	17,6	_	
Escolaridad	Primaria	13	4,4	26	8,8	0,009	
	Secundaria	14	4,7	17	5,8		
	Preparatoria	13	4,4	24	8,1		
	Licenciatura	93	31,5	68	23,1		
	Posgrado	17	5,8	10	3,4		
Seguridad social	IMSS	58	19,7	66	22,4	0,000	
	ISSSTE	47	15,9	20	6,8		
	Bienestar	3	1,0	17	5,8		
	Ninguno	42	14,2	42	14,2		
Ocupación	Profesional de la salud	43	14,6	22	7,5	0,006	
	Profesional docente	10	3,4	8	2,7		
	Servidor público	20	6,8	12	4,1		
	Comerciante	9	3,1	13	4,4		
	Ama de casa	7	2,4	20	6,8		
	Empleado	45	15,3	60	20,3		
	Estudiante	13	4,4	7	2,4		
	Desempleado	3	1	3	1		
Recibe salario	Sí	112	38	87	29,5	0,024	
	No	34	11,5	50	16,9		
	A veces	4	1,4	8	2,7		

Datos clínicos del paciente relacionados con los resultados de la prueba de COVID-19

Se obtuvo que la enfermedad de mayor prevalencia fue la obesidad con un 39,7 de porcentaje, seguido de la hipertensión arterial sistémica y la diabetes tipo 2. Se encontró una asociación significativa con la fecha del primer trimestre de pandemia para caso positivo a COVID-19 (p= 0,000), así como la fecha de inicio de síntomas (p= 0,000). El medio de contagio también resultó significativo (p= 0,000), ya que la mayor cantidad de casos sucedió por contagio comunitario. En cuanto a los medicamentos se encontró que el 56,6 % de la población recibió analgésico (Tabla 2).

Datos clínicos			Resulta	do PCR		Valor P	
		Negativo		Positivo			
		f	%	f	%		
Antecedente patológico	DM	15	5,1	12	4,1	0,067	
	HAS	27	9,2	17	5,8		
	Obesidad	49	16,6	68	23,1		
	Asma	5	1,7	1	0,3		
	Ninguna	54	18,3	47	15,9		
Fecha de posible exposición	Abril-mayo-junio	133	45,1	82	27,8	0,000	
	Julio-agosto-septiembre	13	4,4	54	18,3		
	Octubre-noviembre-diciembre	4	1,4	9	3,1		
Fecha inicio de síntomas	Abril-mayo-junio	131	44,4	78	26,4	0,000	
	Julio-agosto-septiembre	15	5,1	57	19,3		
	Octubre-noviembre-diciembre	4	1,4	10	3,4		
Medio de contagio	Comunitario	75	25,4	89	30,2	0,045	
	Contacto con caso positivo	75	25,4	56	19		
Tratamiento	Analgésico	88	29,8	79	26,8	0,332	
	Antiinflamatorio	7	2,4	8	2,7		
	Antibiótico	8	2,7	5,4	16		

Sintomatología del paciente relacionada con los resultados de la prueba de COVID-19

Al analizar la sintomatología de los participantes según el resultado de la prueba PCR se obtuvo que para el caso de los positivos a COVID-19 los tres síntomas predominantes fueron el dolor de garganta, la cefalea y la fiebre (Gráfico 1). En cuanto los negativos predominaron el dolor de cabeza, el dolor de garganta y la fiebre (Gráfico 2).

Percepción de riesgo del paciente relacionada con los resultados de la prueba de COVID-19

En cuanto a la percepción del riesgo percibida por los encuestados se obtuvo que las dos primeras palabras que relacionaban con la enfermedad tuvieron una dimensión biológica (virus, enfermedad, tos, muerte), no así en la tercera palabra donde predominó una dimensión social (aislamiento, hospital, familia). Por otro lado, más del 75% se encontró preocupado por su salud. El 57,7% de la población manifestó nerviosismo a cerca de las condiciones actuales; así mismo, el 88,1% mencionó estar preocupado por la salud de los miembros de su familia (p= 0,369), el 33,2% respondió no estar preocupado por salir

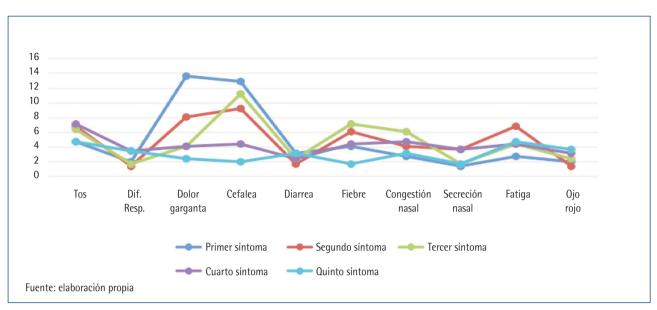


Gráfico 1. Sintomatología PCR positiva

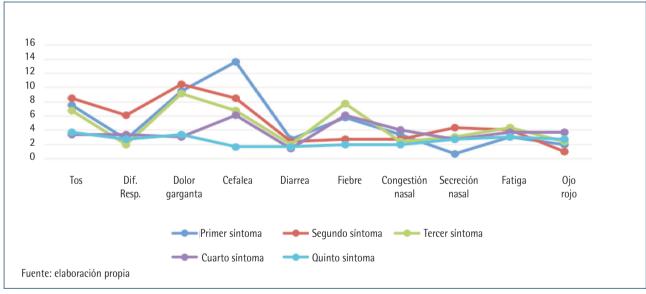


Gráfico 2. Sintomatología PCR negativa

de casa. Además, al cuestionarle a la población si se encontraba tranquilo y relajado al momento de la reclamación de la información solamente el 15,9% manifestó estarlo, lo que pone de manifiesto que en ese momento la población tenía una percepción del riesgo elevada (Tabla 3).

Discusión

La alta incidencia de comorbilidades, la desigualdad socioeconómica, el lugar de residencia, el sexo y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad son particularidades que vulneran a ciertos grupos sociales y que fueron identificados en este estudio, donde se observó un predominio a resultado de prueba PCR positiva en el sexo masculino, el grado de mayor escolaridad fue el de licenciatura y el 30,4% manifestó no contar con un ingreso económico al momento de contestar la encuesta.

Percepción de riesgo			Resultado PCR			
		Neg	ativo	Pos	itivo	
		f	%	f	%	
Palabra 1	Dimensión biológica	67	22,7	78	26,4	0,203
	Dimensión mental	54	18,3	39	13,2	
	Dimensión social	29	9,8	28	9,5	
Palabra 2	Dimensión biológica	50	16,9	68	23,1	0,052
	Dimensión mental	61	20,7	44	14,9	
	Dimensión social	39	13,2	33	11,2	
Palabra 3	Dimensión biológica	47	15,9	51	17,3	0,216
	Dimensión mental	60	20,3	44	14,9	
	Dimensión social	43	14,6	50	16,9	
Palabra 4	Dimensión biológica	36	12,2	32	10,8	0,044
	Dimensión mental	66	22,4	83	28,1	
	Dimensión social	48	16,3	30	10,2	
Palabra 5	Dimensión biológica	18	6,1	20	6,8	0,370
	Dimensión mental	101	34,2	104	35,3	
	Dimensión social	31	10,5	21	7,1	
¿Se encuentra preocupado?	Casi no	8	2,7	5	1,7	0,735
	Da lo mismo	1	0,3	2	0,7	
	Aplica un poco	24	8,1	27	9,2	
	Aplica mucho	117	39,7	111	37,6	
¿Se encuentra nervioso?	Casi no	8	2,7	2	0,7	0,202
	Da lo mismo	2	0,7	2	0,7	
	Aplica un poco	51	17,3	60	20,3	
	Aplica mucho	89	30,2	81	27,5	
¿Se encuentra preocupado	Casi no	1	0,3	1	0,3	0,369
por su familia?	Da lo mismo	2	0,7	4	1,4	_
	Aplica un poco	10	3,4	17	5,8	_
	Aplica mucho	137	46,4	123	41,7	
¿Se encuentra estresado?	No aplica	15	5,1	20	6,8	0,645
	Casi no	17	5,8	22	7,5	_
	Da lo miso	14	4,7	13	4,4	_
	Aplica un poco	50	16,9	46	15,6	
	Aplica mucho	54	18,3	44	14,9	
Se encuentra tranquilo?	No aplica	32	10,8	26	8,8	0,229
,	Casi no	36	12,2	44	14,9	
	Da lo mismo	5	1,7	12	4,1	
	Aplica un poco	51	17,3	42	14,2	
	Aplica mucho	26	8,8	21	7,1	

Estos resultados tuvieron gran similitud a los del estudio realizado por Guzmán del Giudice et al. (15) (2020), donde reportaron que el perfil epidemiológico es el de una persona del sexo masculino, que tenga antecedentes de alguna comorbilidad y se encuentre en un rango de edad de 40 y 60 años. El único dato que difiere con esta es el de la edad, ya que el rango se encontró entre los 18 a 39 años.

El puesto laboral que mayor se encontró fue el de los empleados por empresas industriales con un 35,1%, seguido de los profesionales de la salud, constatando que algunos grupos sociales no podían abandonar su lugar de trabajo a pesar de las condiciones sanitarias en las que se encontraba el país, dato que se relaciona con las clases sociales de la entidad. Además, esa situación confirma la teoría del perfil epidemiológico de Jaime Breilh, donde determina que la orden social capitalista, reproducción social, modos de vivir, de enfermar y de morir son la base para una epidemiología crítica la cual permitirá conocer los factores de riesgo que vulneran a ciertos grupos de una sociedad ante enfermedades como la COVID-19, ya que no todos los individuos tuvieron las mismas oportunidades de autocuidarse (16).

Otro aspecto con similitud al estudio realizado por Dias et al. (8) (2020) es que la mayoría de las personas infectadas tenía residencia urbana, pudiendo estar relacionado a diferencias socioeconómicas y demográficas, debido a que las personas que residen en ciudades presentan hacinamiento en los hogares y el lugar de trabajo, lo cual los obliga a tener mayor contacto entre personas y, por lo tanto, tienen una mayor exposición a contraer la infección. De manera similar (Abdelhhafiz et al., 2020) concluye que las personas que viven en zonas urbanas tienen un conocimiento ligeramente significativo en comparación con los que viven en zonas rurales, así mismo las personas con ingresos económicos bajos reportaron una percepción de riesgo más a contagiarse de coronavirus más alta (8,17).

El nivel de conocimientos y el resultado de la prueba PCR tuvo asociación significativa en los resultados de la investigación, ya que se considera que un mayor grado de conocimientos aumenta la percepción de riesgo sobre la enfermedad, lo que provoca que las personas perciban más inseguridad obligándolas a aceptar y practicar las medidas de mitigación, potenciando la posibilidad de no enfermarse, resultado que coincide con la investigación de Zanin et al. (18) (2020), ya que en su investigación afirmó que cuanto mayor sea el grado de conocimiento sobre la enfermedad, mayor será la incertidumbre causada por los encuestados, derivado de que las fuentes en las que se informan son diferentes, pues las personas con un mayor conocimiento tienen mayor acceso a fuentes confiables de información.

Respecto a la asociación de los antecedentes de comorbilidades se encontró una asociación significativa para caso positivo a COVID-19 (p= 0,043), donde la obesidad tiene una prevalencia del 39,7, lo cual es un factor de riesgo importante que padece gran parte de la población zacatecana; en cuanto a la sintomatología se reportaron como principales el dolor de garganta, cefalea, fiebre, congestión nasal y fatiga, al igual que lo reportado por Yang et al. (19) (2020), donde menciona que el 40% de los pacientes presentó alguna comorbilidad, principalmente las cardiovasculares.

En general se obtuvo una percepción del riesgo elevada en la muestra del estudio, ya que entre el 60 y 70% de la población manifestó estar preocupada por su salud, la de sus familiares y las condiciones actuales por las que atravesaba la humanidad, resultados que coinciden con el estudio realizado por Harapan et al. (20) en el que concluye que los jóvenes de entre 20 y 30 años, residentes de zonas urbanas y con profesiones relacionadas con la salud, tienen un nivel de percepción más elevado de la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, resultando que es beneficioso para mitigar en número de contagios en las principales cuidades del Estado de Zacatecas, por lo que la teoría de Modelos de Creencias de la Salud es una herramienta eficaz que puede implementarse para contribuir a un mejor control de infecciones por la COVID-19 (20).

Conclusión

En la comparación del perfil epidemiológico, y la percepción del riesgo encontrados en esta investigación y los artículos relacionados, se determina que son las personas adultas mayores o quienes padecen alguna comorbilidad los que mayor vulnerabilidad presentan ante el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, pues aunque las personas mayores tuvieron una menor incidencia en este estudio el porcentaje de positividad superó al de los otros grupos de edad. También se encontró similitud en cuanto a la residencia, ya que las personas con residencia urbana fueron quienes solicitaron más la prueba para detección de la COVID-19, las personas que se mantuvieron en su lugar de trabajo también fueron quienes más factores de riesgo presentaron para contraer la infección y en segundo lugar a los profesionales de la salud.

En cuanto a la sintomatología reportada por los participantes, se encontró similitud con los artículos revisados, ya que el dolor de cabeza, dolor de garganta y la fiebre se encuentran entre los síntomas con mayor prevalencia entre la muestra de estudio. Se obtuvo un alto nivel de percepción del riesgo elevada al momento en que se llevó a cabo la investigación,

aunque de acuerdo a la temporalidad en la que se obtenía la información se observa que conforme pasaba el tiempo de haber iniciado la pandemia, el porcentaje de población que demandó la prueba fue menor, pero el porcentaje de positivos aumentaba, lo que pone en descubierto que la población zacatecana iba normalizando la situación epidemiológica,

Por lo tanto, se concluye que en la población de estudio se hace presente un problema de Salud Pública para el cual no se está preparado, pues un alto índice de comorbilidades como el sobrepeso y la obesidad vulnera a la población; además, el grado de escolaridad es bajo, lo cual representa una desventaja para las personas. Por ello, resulta necesaria una Educación para la Salud que contribuya al control de enfermedades como la COVID-19 y oriente a la población a adquirir estilos de vida saludables.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Department of Infectious Diseases & Clinical Microbiology, Gülhane Faculty of Medicine, Health Science University, Ankara T, 2, Department of Infectious Diseases International University of Health and Welfare, Narita Hospital Narita J. Epidemiology of COVID-19. TURKISH. J Med Sci [internet] 2020 [citado 2 abr 2022]; 21;50(SI-1):563-70. Disponible en: http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-20-50-si-1/sag-50-si-1-12-2004-172.pdf
- [2] Barrientos-Gutiérrez T, Alpuche-aranda C, Lazcano-Ponce E. La salud pública en la primera ola: una agenda para la cooperación ante. Salud Pública de México (2020) [internet]. 2020 [citado 2 abr 2022]; 62(5):9. Disponible en: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11606/11888
- [3] Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. Cien Saude Colet [internet]. 2003 [citado 2 abr 2022]; 8(4):937-51. Disponible en: http://www.scielo.br/j/csc/a/84YH3CqTdpFzPByK9Z7kmWJ/?lang=es
- [4] Scruzzi GF, Tumas N, Pou SA. Profiles of epidemiological-nutritional transition and burden of morbimortality from COVID-19 in Argentina: An ecological study. Cad Saude Publica. 2021; 37(7).
- [5] La Secretaría de Salud el IN de SP (INSP) y el IN de, Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 Presentación de resultados [internet]. México: INSP; 2018 Jul [citado 2 abr 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- [6] Gómez-Rivera AS, Galicia-Hernández Y, Aguirre-Crespo A, Ruiz-Muñiz O, Sosa-Molina H, Suárez-Fernández F. Perfil epidemiológico de la infección respiratoria por SARS-CoV-2. Rev salud Quintana Roo [internet]. 2020 [citado 2 abr 2022]; 13(44):28. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/348391353
- [7] Denova-Gutiérrez E, López-Gatell H, Alomia-Zegarra JL, López-Ridaura R, Zaragoza-Jiménez CA, Dyer-Leal DD, et al. The Association of Obesity, Type 2 Diabetes, and Hypertension with Severe Coronavirus Disease 2019 on Admission Among Mexican Patients. Obesity [internet]. 2020 Oct 27 [citado 2 abri 2022]; 28(10):1826-32. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.22946
- [8] Dias Lopes LF, de Faria RM, Pimentel Lima M, Soares Kirchhof R, Machado de Almeida GL de M. Descrição do perfil epidemiológico da CO-VID-19 na Região Sul do Brasil. Rev Bras Geogr Médica e da Saúde [internet]. 2020 [citado 2 abr 2022]; 188-98. Disponible en: http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54772/29957
- [9] Direccion General de Epidemiologia C nacional para la vigilancia edpidemiologica C. Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral. Secretaria de Salud [internet]. 2021. [citado 2 abr 2022]; p. 57. Disponible en: www.qob.mx/salud
- [10] Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. COVID-19 and iranian medical students; A survey on their related-knowledge, preventive behaviors and risk perception. Arch Iran Med. 2020; 23(4):249-54. Doi: https://doi.org/10.34172/aim.2020.06

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 15 – Supl. 1. mayo 2022

- [11] Tran VTVT, Ravaud P. COVID-19 related perceptions, context and attitudes of adults with chronic conditions: Results from a cross-sectional survey nested in the ComPaRe e-cohort. PLoS One 2020; 15(8 August):1-13. Doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0237296
- [12] Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación [internet]. 6º ed. México DF: McGraw-Hill/ Ed. Médica Interamericana; 2014 [citado 2 abr 2022]. p. 1-364. Disponible en: https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf
- [13] Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [internet]. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. 1964 [citado 2 abr 2022]. p. 1-4. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
- [14] DOF. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud. Ley Gen Salud [internet]. 1987; 1-31. Disponible en: http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Paqinas/Reglamentos.aspx
- [15] Guzmán del Giudice O, Lucchesi Vásquez E, Trelles de Belaúnde M, Pinedo Gonzales R, Camere Torrealva MA, Daly A, et al. Características clínicas y epidemiológicas de 25 casos de COVID-19 atendidos en la Clínica Delgado de Lima. Rev Soc Peru Med Interna. 2020; 33(1):15-24.
- [16] Morales C, Eslava J, Morales C, Eslava JC. "Tras las huellas de la determinación Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud. Tras las huellas la Determ memorias del Semin Interuniv Determ Soc la Salud. 2014; 1–77.
- [17] Abdelhafiz AS, Mohammed Z, Ibrahim ME, Ziady HH, Alorabi M, Ayyad M, et al. Knowledge, Perceptions, and Attitude of Egyptians Towards the Novel Coronavirus Disease (COVID-19). J Community Health. 2020 Oct 1; 45(5):881-90.
- [18] Zanin GM, Gentile E, Parisi A, Spasiano D. A preliminary evaluation of the public risk perception related to the covid-19 health emergency in italy. Int J Environ Res Public Health. 2020 Apr 27; 17(9):3024.
- [19] Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q. International Journal of Infectious Diseases Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. 2020; 94:91-5.
- [20] Harapan H, Anwar S, Nainu F, Setiawan AM, Yufika A, Winardi W, et al. Perceived Risk of Being Infected With SARS-CoV-2: A Perspective From Indonesia. Doi: https://doi.org/10.1017/dmp.2020.351

Originales

Construcción y validación de material educativo para el cuidado de lactantes con sonda de gastrostomía

- ¹ Verónica Ivón López-Arévalo
- ¹ Miguel Lozada-López
- ¹ Mayra Samira de León-Ramírez
- ² Rosa María Galicia-Aquilar
- ¹ Irvin Iván Gómez-Hernández

- ¹ Estudiante de Maestría en Enfermería Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.
- ² Profesor Investigador Facultad de Enfermería Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Dirección de contacto: miguel.lozadal@alumno.buap.mx

Cómo citar este artículo:

López-Arévalo VI, Lozada-López M, de León-Ramírez MS, Galicia-Aguilar RM, Gómez-Hernández II. Construcción y validación de material educativo para el cuidado de lactantes con sonda de gastrostomía. RIdEC 2022; 15(Supl. 1):16–23.

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2022. Aceptada su publicación: 25 de marzo de 2022.

Resumen

Objetivo: diseñar y validar el material educativo de apoyo para la intervención de enfermería en las competencias del cuidador primario de lactantes con sonda de gastrostomía.

Método: diseño descriptivo y polietápico. Se desarrolló en tres etapas: búsqueda y análisis de literatura, diseño del material educativo y validación del material por técnica de jueces expertos. Para la selección de los artículos de la primera etapa se usaron los criterios PRISMA. En la segunda etapa se diseñaron seis infografías y un cuaderno de cuidados. En la última etapa, seis jueces con especialidad en Enfermería Pediátrica evaluaron el material según las pautas dispuestas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para la concordancia entre jueces se aplicó el coeficiente W de Kendall.

Resultados: en la primera etapa se seleccionaron y analizaron 12 artículos; asimismo, se encontraron diversos cuadernos de cuidados que sirvieron como guía para la creación del presente material. En la segunda etapa se crearon seis infografías y un cuaderno de cuidados con ayuda de un diseñador gráfico que colaboró en el desarrollo visual del material. En este se abordan las características de la sonda, la limpieza, los cuidados, la alimentación, la medicación y las posibles complicaciones. En la tercera etapa, el material fue "aceptable" y puede "usarse como está", según los criterios de la OPS; además, los jueces tuvieron una concordancia estadísticamente significativa (p< ,05) con una w= ,45.

Conclusión: el material educativo creado puede servir como herramienta educativa para contribuir a la continuidad de cuidados de lactantes con sonda de gastrostomía.

Palabras clave: educación en salud; enfermería; gastrostomía; estudio de validación; cuidadores.

Abstract

Preparation and validation of educational materials for the care of infants with gastrostomy tube

Objective: to design and validate the educational support materials for Nursing intervention in the competencies of primary caregiver for infants with gastrostomy tubes.

Method: a descriptive and multistage design. It was held in three stages: literature search and analysis, design of educational materials, and validation of materials by technique of expert judges. The PRISMA criteria were used for the selection of the articles in the first stage. Six infographics and a care notebook were designed in the second stage. In the last stage, six judges specialized in Paediatric Nursing evaluated the materials according to the guidelines set by the Pan American Health Organization (PAHO). Kendall's W Coefficient was applied for concordance among judges.

Results: twelve (12) articles were selected and analysed in the first stage; different care notebooks were also found and used as guidance for the creation of the current materials. In the second stage, six infographs and a care notebook were created with assistance by a graphic designer who collaborated in the visual aspect of the materials. The characteristics of the tube were addressed, its cleaning and care, feeding, medication, and potential complications. In the third stage, materials were considered "acceptable" and "can be used as they are", according to the PAHO criteria; besides, judges had a statistically significant concordance (p < 0.05) with w = 0.45.

Conclusion: the educational materials created can be used as an educational tool to contribute to continuity of care for infants with gastrostomy tube.

Key words: health education; nursing; gastrostomy; validation study; caregivers.

Introducción

Los cuidadores primarios de los lactantes que regresan del hospital con sonda de gastrostomía (SGT), para recibir nutrición, líquidos y medicamentos (1), requieren de la continuidad de cuidados para incrementar la competencia de los mismos en el hogar y tomar decisiones informadas acerca de la velocidad de infusión en la administración de alimentación, de medicamentos, sobre la posición del lactante, la identificación de signos y síntomas de alarma y respecto a los cuidados específicos del sitio de inserción de la SGT (2).

Sin embargo, la evidencia de diferentes estudios demuestra un bajo nivel de competencia de los cuidadores primarios en lo que se refiere a la interpretación de indicaciones, la comprensión en los informes de alta hospitalaria y el seguimiento del cuidado, aspectos que pueden contribuir al desarrollo de complicaciones y reingresos hospitalarios (3-6). En este contexto, la Educación para la Salud (EpS) es una estrategia fundamental para desarrollar las competencias para el cuidado en el hogar de bebés lactantes con SGT, a través del intercambio de experiencias y estrategias educativas interactivas que contribuyan al logro de aprendizajes significativos (7,8).

Los materiales educativos (ME) visuales forman parte sustancial de las intervenciones de EpS, dado que contienen información esencial de apoyo y reforzamiento de las sesiones que integran el programa de EpS. Los ME deben cumplir con características específicas que faciliten la comprensión e interpretación de los contenidos. De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los ME han de seguir los siguientes criterios: atractividad, entendimiento, coherencia, consistencia y claridad. Por esta razón, tienen que someterse a un proceso de validación, previo a su implementación, con el fin de valorar sus atributos, validez y calidad (7).

Con el propósito de incrementar la competencia del cuidador primario se diseñaron seis infografías y un cuaderno de cuidados (eBook), como material visual de reforzamiento que contiene información clara, sencilla y comprensible acerca del cuidado del lactante con SGT.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo y polietápico. Se llevó a cabo en tres etapas para diseñar y validar ME visuales que aporten al desarrollo de competencias del cuidador primario de lactantes con SGT.

Etapa 1. Búsqueda, síntesis y análisis de la literatura

En esta etapa se llevó a cabo la búsqueda de la literatura publicada en los últimos cinco años, para identificar las necesidades de continuidad de cuidados en cuidadores primarios de lactantes con SGT y los principales ME visuales, en idioma inglés y español, en las bases de datos EBSCO, CINAHL, PUBMED, SCOPUS y Google Académico, mediante la combinación de operadores booleanos (*AND*, *OR* y *NOT*), palabras clave y descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCs) como "gastrostomía", "lactante", "educación en salud", "enfermería", "continuación de la atención"; además, se indagó en el metabuscador genérico Google sobre aquellos materiales visuales existentes.

El proceso de selección de la literatura se llevó a cabo en tres pasos, como lo proponen Peters et al. (9), se hizo una búsqueda inicial dentro de las bases de datos para identificar las palabras clave y términos utilizados en los resúmenes; posterior a la identificación se llevó a cabo una segunda búsqueda en todas las bases seleccionadas con los términos y las palabras identificadas. Finalmente se buscó en las listas de referencias de los estudios seleccionados.

Los artículos se escogieron de acuerdo con los criterios del PRISMA (10). Además, se codificaron, analizaron e interpretaron los contenidos de los estudios como lo proponen Huberman y Miles (11).

Etapa 2. Diseño del material educativo

A partir de la revisión, la síntesis y el análisis de la literatura se construyeron seis infografías y un *eBook* como ME para desarrollar competencias del cuidador de lactantes con SGT. Estos ME contienen información clara, sencilla y de fácil comprensión acerca de los cuidados en el hogar del lactante con SGT.

Etapa 3. Validación del material educativo mediante la técnica de jueces expertos

La validación del material educativo visual se realizó mediante la técnica de jueces expertos. El muestreo fue por conveniencia, se incluyeron seis jueces de ambos sexos con un grado mínimo de Licenciatura en Enfermería, Especialidad en Pediatría y con experiencia mínima de dos años en el cuidado de lactantes con SGT. El proceso de reclutamiento de los jueces se efectuó mediante un oficio de invitación expedido por la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado (SIEP) de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), en el cual se dio a conocer el objetivo de la investigación, los materiales educativos y el instrumento de evaluación.

Para evaluar la calidad y efectividad de los materiales educativos visuales se utilizó la "Pauta de evaluación de criterios generales para todo tipo de material" y la "Pauta de evaluación de material visual" de la OPS (7). El primero evalúa si el ME cuenta o no con instructivo, si contiene elementos ofensivos, si participa la población a quien va dirigido, entre otros. De igual forma, contiene doce criterios estructurados en escala dicotómica, con las respuestas "sí cumple" y "no cumple". El material se considera aceptable si cumple con ocho de los doce criterios que evalúa el instrumento.

El segundo evalúa el material visual de forma más específica en aspectos como los colores, el mensaje, el tamaño de los elementos y la comprensión. El instrumento contiene nueve ítems estructurados en una escala tipo Likert con opciones de respuesta que van de 1= incumplimiento a 5= cumplimiento total. Para determinar la funcionalidad del material se suman las respuestas de cada ítem y se categorizan en: *rechazado*, si tiene menos de 20 puntos; *necesita reformas*, si tiene de 21 a 39 puntos y *usar como está*, si tiene de 40 a 45 puntos.

Para el análisis descriptivo se utilizó el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés), versión 24 para Windows. Además, se midió la fiabilidad de los instrumentos a través del coeficiente alfa de Cronbach y se obtuvo la concordancia entre jueces mediante el coeficiente W de Kendall.

Aspectos éticos

Este trabajo ha sido aprobado por el Comité de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Se les explicó a los jueces el objetivo del estudio, se obtuvo el consentimiento informado y se aseguró la confidencialidad y protección de los datos, como lo establece la Ley General de Salud en Materia de Investigación (12).

Resultados

Etapa 1. Búsqueda, síntesis y análisis de la literatura

Se identificaron un total de 182 artículos, de los cuales se eliminaron 69 duplicados mediante el gestor de citas Mendeley. Posteriormente se examinaron 113 artículos por título, resumen y palabras clave, que dio como resultado 55 artículos para revisión de texto completo. De los 55 se eliminaron 43 debido a que no cumplían con los criterios de inclusión; finalmente, solo se incluyeron 12 artículos (Figura 1).

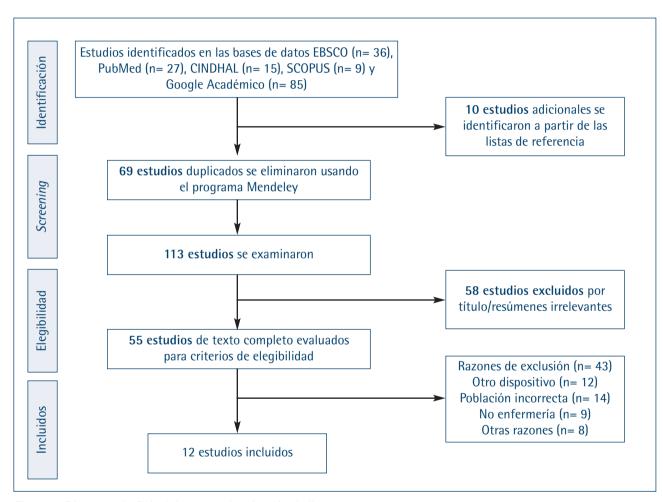


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de literatura

De los estudios seleccionados se identificaron los aspectos más importantes en el cuidado de lactantes con SGT: el reingreso hospitalario por infección debido al desconocimiento sobre el cuidado en el sitio de inserción de la sonda (2,13), la falta de información sobre qué es una SGT (13), administración de los medicamentos, limpieza de la sonda (14), posicionamiento correcto para la alimentación (14,15), riesgos y signos de alarma al manipular la SGT (15,16), así como el desarrollo de planes para el seguimiento domiciliario (1,17).

Con respecto a los principales materiales visuales empleados en la EpS en cuidadores primarios de lactantes con SGT, se identificó que el uso de medios electrónicos combinados con materiales visuales, como infografías e *eBooks*, demuestra ser efectivo para el empoderamiento de conocimientos, habilidades y competencias en cuidadores primarios (1,18-21). Así

Originales. Construcción y validación de material educativo para el cuidado de lactantes con sonda de gastrostomía

mismo, en el metabuscador de Google se encontraron cuadernos de cuidados que sirvieron como guía para la creación del presente material educativo (22-24).

Etapa 2. Diseño del material educativo

El ME se creó en colaboración con un diseñador gráfico que validó la utilización de imágenes (60%), texto (40%), colores llamativos, además de verificar que cumpliera con las características de claridad, consistencia y precisión de la información.

El material diseñado corresponde a seis infografías y un *eBook*: cada infografía aborda un tema diferente, el *eBook* comprendía los temas de las infografías y complementa los temas de cuidado. A continuación se detalla el diseño del material visual:

La infografía 1 (Inf1) aborda aspectos generales de la SGT: qué es, dónde se inserta y por qué se coloca. La infografía 2 (Inf2) explica el procedimiento de la limpieza del sitio de inserción de la SNG. La infografía 3 (Inf3) incluye cuidados para la alimentación enteral, el posicionamiento correcto del lactante y la limpieza de la sonda posterior al uso. La infografía 4 (Inf4) está conformada por el procedimiento para brindar alimentación. La infografía 5 (Inf5) indica los diferentes medicamentos que pueden ser administrados por la sonda y su preparación. La infografía 6 (Inf6) contiene los principales riesgos y complicaciones.

Las infografías fueron integradas al final de cada subtema en el *eBook*, que está compuesto por 61 páginas e incluye: portada, índice, introducción, contenido y referencias. El contenido se encuentra dividido en cuatro secciones: 1) Conociendo la sonda de mi ser querido, 2) ¿Qué alimentos puede comer mi ser querido?, 3) ¿Cómo usar la sonda?, 4) ¿Y si algo sale mal?

Etapa 3. Validación del material educativo mediante la técnica de jueces expertos

Características de los jueces

Los jueces que participaron en el proceso de validación del ME fueron en su mayoría mujeres (f= 5, 83,3%), con una edad media de 35 años (DE= 7,8), pertenecientes al sector público (f= 4, 66,6%) y privado (f= 2, 33,3%). Además, el 100% (f= 6) contaba con especialidad en enfermería pediátrica y con más de tres años de experiencia.

Resultados de la evaluación de criterios generales de los materiales educativos

El resultado de la evaluación de los jueces de las seis infografías y el *eBook* fue aceptable, debido a que cumplieron con más de nueve criterios, como lo establece la pauta de criterios generales para todo tipo de material (7).

Resultados de la evaluación de los criterios específicos del material visual

De acuerdo con la evaluación de los criterios específicos de los jueces, se obtuvo una puntuación mayor a 40 puntos, por lo que se considera un material adecuado para "usar como está".

Concordancia de los jueces mediante el coeficiente W de Kendall

La infografía 1 tuvo la evaluación más baja entre los jueces (\overline{x} = 40), mientras que la infografía 5 tuvo la calificación más alta (\overline{x} = 43). La concordancia entre jueces fue estadísticamente significativa (p< ,05) con un coeficiente W de Kendall de .45

Observaciones y recomendaciones de los jueces

En la Tabla 1 se presentan las aportaciones cualitativas de baja aceptación que realizaron los expertos en cuanto al material evaluado; de acuerdo con esto se atendieron los comentarios y las sugerencias reportadas sobre el material educativo con el fin de mejorar su calidad y aceptación.

Discusión

Este estudio se realizó en el contexto de la Atención Primaria (AP) como un recurso para contribuir con el profesional de enfermería en la educación en salud. La estructura preliminar del ME se llevó a cabo a partir de la revisión de la literatura y con la colaboración de un diseñador, mediante el uso de imágenes y esquemas que expresan y resaltan los mensajes principales acerca del cuidado de niños con gastrostomía. Estas estrategias concuerdan con lo planteado por Herrera y Céspedes (25), quienes integraron a un diseñador para destacar el contenido de un folleto educativo para pacientes con

Tabla 1. Principales aportaciones cualitativas de los jueces expertos					
Material educativo	Aportación cualitativa				
Infografía 1	"Especificar las causas al cuidador, por lo cual se colocó una sonda de gastrostomía, cambiar el color de imágenes para que sea más atractivo"				
Infografía 2	"Agregar cuidados de higiene para el sitio de inserción, uso de aplicación de medicamentos tópicos en caso de infección y la función de la gasa para evitar acodaduras u obstrucciones, también especificar al familiar los cinco momentos del lavado de manos, incluyendo el uso de guantes para la limpieza"				
Infografía 3	"Describir el tiempo y tipo de cocción de alimentos de acuerdo con la edad, mejorar el contenido de imágenes y redacción para mayor claridad"				
Infografía 5	"Especificar el manejo adecuado de medicamentos en el domicilio"				
Infografía 6	"Cambiar el título para mejor comprensión de la información y mejorar el lenguaje utilizado"				
eBook	"Especificar tipo y tiempo de vida de las sondas y mejores indicaciones para su limpieza, mejorar redacción, imágenes, información y títulos para mayor claridad"				

insuficiencia cardiaca. En este proceso de validación se destaca la participación de los jueces expertos en el cuidado de los niños con SGT, dado que sus aportaciones contribuyeron para que los ME cumplieran con los criterios de claridad, consistencia y precisión de la información; estos hallazgos son consistentes con los resultados que reportan Sena et al. (26), quienes diseñaron una cartilla educativa para el cuidado de personas con estomas, que validaron con la técnica de jueces expertos en el área clínica de estomatoterapia. De acuerdo con la evaluación de los criterios generales del ME, fue aceptable para emplearse en el programa de intervención para la competencia de cuidadores de niños con gastrostomía, resultados que concuerdan con Velázquez et al. (27), autores que validaron ME para una intervención en cuidadores primarios en el domicilio para fomentar el autocuidado.

Con respecto a los resultados de la evaluación de los criterios específicos, se considera un material adecuado para usarse como está, hallazgo consistente con Herrera y Céspedes (25), quienes reportaron eficacia potencial del material con una puntuación de 45. Se encontró concordancia significativa en el proceso de evaluación de los jueces, hallazgos que son consistentes con lo que reportan Dorantes-Nova et al. (28).

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es la existencia de pocos artículos publicados sobre la validación de materiales educativos visuales que vayan dirigidos a cuidadores primarios de lactantes con sonda de gastrostomía, lo que pone de manifiesto un acotado campo de interés que debe ser abordado por la disciplina de enfermería. Otra limitación es la muestra de jueces que fue utilizada, pues restringe el análisis estadístico para la concordancia entre jueces.

No obstante, a pesar de las limitaciones, las seis infografías y el *eBook* son válidos en cuanto al contenido, el lenguaje y la presentación. Se espera que el presente ME sea utilizado en intervenciones para fomentar las competencias de los cuidadores primarios.

Propuestas de mejora y posibles líneas de investigación

Se propone realizar revisiones futuras del ME, ya que el avance tecnológico y social cambia las necesidades de la población y, por lo tanto, los requerimientos del ME. También se sugiere llevar a cabo una validación por muestra objetivo, con la finalidad de evaluar la factibilidad del ME en conjunto con la validación por jueces expertos, para detectar mejoras del ME. Además, se propone crear un audiolibro que a partir del *eBook* para abarcar a la población con discapacidad visual.

Conclusiones

- La utilización de los criterios propuestos de la OPS (7) para el diseño y la construcción de ME puede servir como una potencial herramienta educativa, ya que contribuye con el aprendizaje.
- En el contexto de la Educación para la Salud, el ME se considera válido y confiable para la educación de cuidadores de niños con SGT.
- La versión final del ME pretende ser referente para las intervenciones de enfermería orientadas a mejorar la competencia del cuidador.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Ribeiro A, Morales J, Queiroz A, Góes F, Silva L, Souza T. Home care for children with gastrostomy. Rev Bras Enferm. 2022; 75(2):e20200699. Doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0699
- [2] Jiménez C. Necesidades de los cuidadores de lactantes con sonda PEG. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2018; 38(2):145-8. Doi: https://doi.org/10.12873/382chiarri
- [3] Rezamand F, Shahnazi H, Hassanzadeh A. Effectiveness of continuous-care model on self-care in patients with heart failure: application of line follow-up. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2019; 33(4):940-8. Doi: https://doi.org/10.1111/scs.12692
- [4] Wordl Health Organization (WHO). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services [internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2 abr 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628
- [5] Da Silva RMS, Loureiro RMD, Pereira OF, Ferreira MAJ. Health Education Practice in the View of Informal Caregivers in Integrated Continuing Care. Journal of Nursing UFPE. [internet] 2017 [citado 2 abr 2022]; 11(8):3079-86. Disponible en: https://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/2017048039a24d43075140b959fd8f7b2/Health_education_practice_in_the_view_of_informal_caregivers_in_integrated_conti.pdf
- [6] Vera PKA, Ruiz MAO. Calidad de vida de cuidadores primarios de niños con discapacidad intelectual. Rev Elec Psic Izt. [internet] 2017 [citado 2 abr 2022]; 20(4):1314–43. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi174e.pdf
- [7] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos de salud. E.U.A. [internet]. OPS 1984 [citado 2 abr 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3285/Guia%20para%20el%20disenio%2C%20utilizacion%20y%20evaluacion%20de%20materiales%20educativos%20de%20salud.pdf?sequence=1&tisAllowed=y
- [8] Soto P, Masalan P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. Rev. Med. Clin. Condes. [internet] 2018 [citado 2 abr 2022]; 29(3):288-300. Disponible en: http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2018/06/La-educaci%C3%B3n-en-salud-un-elemento-central-del-cuidado-de-Enfermer%C3%ADa.-Rev.-Med.-Clin.-Condes-2018.pdf
- [9] Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney, P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. Int. J. Evid. Based. Healthc. 2015; 13:141–6. Doi: https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000000
- [10] Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Ann. Intern. Med. 2018; 169: 467-73. Doi: https://doi.org/10.7326/M18-0850
- [11] Huberman AM, Miles BM. Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes. Revue française de pédagogie. [internet] 1993 [citado 2 abr 2022]; 105:132-4. Disponible en: https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1993_num_105_1_2525_t1_0132_0000_2
- [12] Secretaría de Servicios Parlamentarios. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación [internet] 2014. DOF 02-04-2014 [citado 2 abr 2022]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Req_LGS_MIS.pdf

Originales. Construcción y validación de material educativo para el cuidado de lactantes con sonda de gastrostomía

- [13] Nóbrega VMD, Araújo MGDF, Coutinho LRPDC, Oliveira CKDN, Dantas JC, Collet N. Vivências maternas no cuidado à criança gastrostomizada: subsídios para atuação da equipe de saúde. Revista Mineira de Enfermagem. 2019; 23:1–10. Doi: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190098
- [14] Nelson KE, Oppedisano S, Patel ML, Mahant S, Cohen E. Caregiver Decisional Conflict Before and After Consultation About Gastrostomy Tube Placement. Hospital Pediatrics. 2020; 10(10):829–35. Doi: https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-0062
- [15] Kahveci G, Akin S. Knowledge Levels and Practices About the Enteral Nutritional Practices of Informal Caregivers Caring for Patients Fed Through a Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: A Descriptive Observational Study. Gastroenterology Nursing. 2021; 44(5):80–90. Doi: https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000023
- [16] Miyagi H, Honda S, Minato M, Okada T, Taketomi A. Factors Associated with the Risk of Persistent Gastrostomy Site Infection Following Laparoscopic or Open Nissen Fundoplication. African Journal of Paediatric Surgery: AJPS. 2017; 14(2):21–3. Doi: https://doi.org/10.4103/ajps.AJPS_57_16
- [17] Precce ML, Morales JRMMD. Educative process with relatives of children with special health needs in the hospital-home transition. Texto & Contexto-Enfermagem. 2020; 29. Doi: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0075
- [18] Caldas ACS, Dias RS, Sousa SD, Teixeira E. Producción creativa y sensible de tecnología cuidado-educativa para familias de niños con gastrostomía. Escola Anna Nery. 2019; 23(1). Doi: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0144
- [19] Rodrigues LDN, Santos ADS, Gomes PP, Silva W, Chaves EMC. Construction and validation of an educational booklet on care for children with gastrostomy. Revista brasileira de enfermagem. 2020; 73. Doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0108
- [20] Hopwood N, Elliot C, Moraby K, Dadich A. Parenting children who are enterally fed: How families go from surviving to thriving. Child: care, health and development. 2020; 46(6):741–8. Doi: https://doi.org/10.1111/cch.12808
- [21] Monteiro SNC, Carvalho EMP, Medeiros L, Silva AL, Guilhem D. Educação em saúde para crianças com estomias intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. Rev Pesqui Qualit. 2018; 6(10):44–59. Disponible en: https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/205/105
- [22] Children's Hospitals and Clinics of Minnesota. Guía para los padres: El cuidado de la sonda de gastrostomía en el hogar [internet]. 2015 [citado 2 abr 2022]. Disponible en: https://www.childrensmn.org/references/pfs/homecare/gastrostomy-care-q-tube-spanish.pdf
- [23] Gómez L, Pedrón C, Martínez C. Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de sonda o botón de gastrostomía. Seghnp.org [internet] 2013 [citado 2 abr 2022]. Disponible en: https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/guia-gastrostomiaboton2013.pdf
- [24] Hospital of Wisconsin. Cuidado de un niño con una sonda de gastrostomía: Educación para el paciente y la familia. chw.org/gtube. (SF) [internet] [citado 2 abr 2022]. Disponible en: https://childrenswi.org/-/media/chwlibrary/files/medical-care/enteral-feeding-program/gtube-notebook/gtube-care-notebook-spanish.pdf
- [25] Herrera-Guerra EP, Céspedes-Cuevas VM. Design and validation of educational material aimed at adults with Heart Failure. Rev. Cienc. Cuidad. 2020; 17(1):31–42.
- [26] Sena JF, Silva IP, Lucena SKP, Oliveira ACS, Costa IKF. Validation of educational material for the care of people with intestinal stoma. Rev. Latino-Am. 2020. Enfermagem. 2020; 28: e3269. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3179.3269
- [27] Velázquez-Moreno E, González-Velázquez MS, De la Peña-León B. Diseño y validación de material didáctico para una intervención educativa de enfermería en cuidadores primarios. Enfermería Universitaria 2020; 17(4):390-402. Doi: https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.4.787
- [28] Dorantes-Nova JA, Hernández-Mosqueda JS, Tobón-Tobón S. Juicio de expertos para la validación de un instrumento de medición del síndrome de burnout en docencia. Ra Ximhai. [internet] 2016 [citado 2 abr 2022]; 12(6):327-46. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46148194023

Originales

Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Tabasco, México

- ¹ Mauricio Reyes Lázaro
- ¹ María de Jesús Gómez Hernández
- ¹ José Juan López Cocotle
- ¹ Aralucy Cruz León
- ¹ Ricardo Rodríguez de los Santos

Dirección de contacto: j.juanlopez@hotmail.com

Cómo citar este artículo:

Reyes Lázaro M, Gómez Hernández MJ, López Cocotle JJ, Cruz León A, Rodríguez de los Santos R. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Tabasco, México. RIdEC 2022; 15(Supl.1):24–31.

Fecha de recepción: 15 de marzo de 2022. **Aceptada su publicación:** 7 de abril de 2022.

Resumen

Objetivo: determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en una unidad de primer nivel de atención en Tabasco, México.

Método: estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional en una muestra de 50 pacientes con DM2 que acuden a control metabólico seleccionados mediante muestreo por conveniencia, se aplicó la Encuesta de Salud SF-36. Los datos se procesaron mediante SPSS v24 a través de estadística descriptiva, se utilizó la prueba de Chi cuadrada.

Resultados: el 62% pertenece al sexo femenino y el 38% al masculino, el 54% cuenta con 56 o más años y el 66% está casado. El 64% tiene buena calidad de vida, la dimensión función social resultó la mejor evaluada (M= 80,75, DE= 12,92), el global de la calidad de vida reportó una media de 65,77 (DE= 12,13). No se encontró dependencia entre la calidad de vida y las variables edad, sexo y estado civil (p> 0,05).

Conclusiones: los pacientes con DM2 cuentan en general con buena calidad de vida, pero es necesario sensibilizar sobre la responsabilidad del cuidado ante las posibles complicaciones propias de la enfermedad.

Palabras clave: calidad de vida; pacientes ambulatorios; diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de salud.

Abstract

Quality of life in patients with Type 2 diabetes mellitus in Tabasco, Mexico

Objective: to determine the quality of life in patients with Type 2 diabetes mellitus (T2DM) at a Primary Care Unit in Tabasco, Mexico.

Method: a quantitative, descriptive and correlation study. The SF-36 Health Survey was applied to a sample of 50 patients with T2DM who attended for metabolic follow-up and were selected through convenience sampling. Data were processed through SPSS v24 using descriptive statistics, and the Chi-Squared Test was used.

Results: 62% of the sample were female and 38% were male; 54% were over 56 years old, and 66% were married; 64% presented a good quality of life. The social function was the best scored dimension (M= 80.75, SD= 12.92), and the overall quality of life reported a mean of 65.77 (SD= 12.13). No dependence was found between quality of life and the age, gender and marital status variables (p> 0.05).

Conclusions: in general, T2DM patients had a good quality of life, but it is necessary to create awareness about the responsibility of care when faced with the potential complications specific to the disease.

Key words: quality of life; outpatients; Type 2 diabetes mellitus; Primary Care.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Introducción

La diabetes mellitus (DM), considerada como una enfermedad no transmisible (ENT), se genera por dos condiciones: cuando el páncreas a través de sus células betas no produce o fabrica suficiente insulina (diabetes mellitus tipo 1, DM1) o cuando la insulina no puede actuar en el organismo debido a que las células receptoras no responden al estímulo (diabetes mellitus tipo 2, DM2). En la DM2, habitualmente diagnosticada en la vida media, contraria a la DM1, existe una producción normal de insulina pero las células receptoras pierden o dejan de reconocer el estímulo de la presencia de la hormona, haciendo que los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo se eleven por no ser procesada eficazmente (1-3).

El desarrollo de la DM2 se relaciona con los estilos de vida, la edad, el sexo, la etnia/raza, la falta de adherencia al tratamiento y la historia familiar de la propia enfermedad, las personas con antecedentes familiares de DM2 presentan entre un 40% a un 70% más riesgo de desarrollar esta enfermedad en comparación con aquellos sin antecesores. La DM2 es la causante de generar altos costos para su atención, comparado con aquellas personas que no la padecen, se calcula que los costos son de dos a tres veces mayor (4). A pesar de que la DM2 conlleva una carga económica, social, individual y familiar es posible la prevención de complicaciones gracias a la promoción de la salud, reflejándose en un control metabólico adecuado y modificando los factores de riesgo (5-7).

La atención de la DM2 impacta en los tres niveles de prevención: prevención primaria, donde el objetivo es anticiparse al inicio de la enfermedad mediante acciones que se toman antes de la manifestación de signos y síntomas; prevención secundaria, está dirigida a los portadores de intolerancia a la glucosa y a los pacientes diabéticos ya diagnosticados; prevención terciaria, que está enfocado a los sujetos con complicaciones crónicas, para detener o retardar su progresión (8).

La DM2 constituye actualmente un problema de Salud Pública mundial, nacional y regional, las cifras de personas que padecen esta enfermedad ascienden aproximadamente a 246 millones, cifra que podría seguir aumentando debido a los estilos de vida inadecuados. En Latinoamérica se estima una prevalencia de 5,7% y las proyecciones auguran un 8,1% para el año 2025 (7); es uno de los mayores problemas para sus sistemas de salud, región que abarca 21 países y más de 569 millones de habitantes. En México se han reportado 12.030.000 casos en el grupo etario de entre 20 a 79 años. Se prevé que para el año 2040 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 642 millones de afectados (9,10).

En México, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11), el número de reportes de muertes en hombres entre los 30 a 69 años de edad fue de 23.100 y en mujeres 22.000, mientras que en hombres de 70 años de edad en adelante el número de defunciones fue de 17.000 y en mujeres de 24.300. La prevalencia en el país pasó de 9,2% en 2012 a 9,4% en 2016, cifras que superan el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (8).

Tabasco ocupa el primer lugar en el ámbito nacional en detección de DM2, cada año se registran casi 3.400 casos nuevos. La Secretaría de Salud del estado resalta que de cada 10 personas solo cuatro han sido diagnosticadas y están bajo vigilancia médica, el resto lo desconoce y no ha iniciado un tratamiento. Los pacientes atendidos en el sector salud equivalente a un 34,7% son tratados con metformina, 17,6% con glibenclamida, el grueso de la población que es el 43,9% con ambos medicamentos, mientras que el 3,7% con insulina. La equivalencia del gasto promedio de un paciente al mes es de 2.000 pesos aproximadamente, si se tiene el apoyo de alguna institución de seguridad social, y de hasta 7.500 pesos si no se cuenta con este servicio (12).

Es importante mencionar que las personas que padecen DM2 en muchas ocasiones buscan apoyo terapéutico en la medicina tradicional u otro tipo de medios, por una parte, esta situación es de interés ya que demuestra que las personas con DM2 desean mejorar su salud, la parte negativa recae en que estas prácticas pueden complicar su situación. La evidencia puede ser empleada para ser ejecutada como planes en los programas de Educación para la Salud, siguiendo la propuesta de la promoción de la salud en potenciar que la población tengan mayor control de su propia salud (13).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) representa una de las medidas de gran interés en el ámbito sanitario, y para el caso de los profesionales de la salud constituye una estrategia para evaluar y redirigir las intervenciones de salud en la población afectada (14). Por ello, es necesario la implementación de mejoras en la atención de los pacientes, crear ambientes saludables y cambios sociales que los lleven a tener una mejor calidad de vida (15).

La CVRS del paciente con DM2 es de vital relevancia en tanto que se debe proveer y promover una atención que considere el impacto que la enfermedad produce en la vida de los pacientes. Se ha demostrado que los pacientes mejoran cuando se realiza un abordaje integral, atendiendo a todos los indicadores que se vinculan con la calidad de vida, es por ello que se

han implementado diversas estrategias de apoyo a los pacientes a fin de evitar el desarrollo y la aparición de complicaciones, así como el manejo de emociones asociadas a la enfermedad (16,17).

En este estudio se describe la situación que guarda la calidad de vida de pacientes ambulatorios con DM2 que se encuentran en control metabólico, en las dimensiones físicas, emocionales, psicológicas y sociales, esto contribuye a contar con evidencia que permita a los profesionales de Enfermería y de la salud centrar su participación en la atención de pacientes que padecen esta enfermedad no solo en aspectos físicos sino una mirada al impacto de la enfermedad. Por lo anterior y reconociendo el impacto que tiene una buena calidad de vida en la salud de los pacientes diabéticos, en este estudio se planteó como objetivo: determinar la calidad de vida en pacientes con DM2 en una unidad de primer nivel de atención en Tabasco, México.

Metodología

Tipo y diseño del estudio

Estudio con enfoque cuantitativo, ya que midió las variables determinadas, utilizando la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, de tipo descriptivo puesto que se analiza la situación actual del problema, transversal y correlacional.

Población, muestra y muestreo

La población de estudio estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de DM2 registrados en el censo del programa de control de diabetes, de ambos sexos, con capacidad oral articulada, que acudieron a control metabólico durante el mes de marzo de 2021 en un centro de salud de la ciudad de Villahermosa, Tabasco. La muestra se conformó por 50 pacientes que fueron seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de DM2 ambulatorios, solos o acompañados, de ambos sexos, con capacidad oral, auditiva, escrita y lectora.
- Pacientes que permitieron que su acompañante les guiaran de manera oral la aplicación del instrumento en caso de no poder hacerlo por su propia cuenta.

Exclusión

- Pacientes que su estado de salud no permitió responder los instrumentos.
- Pacientes que no acudieron a control metabólico el día de la aplicación de los instrumentos.

Instrumento

Se elaboró una Cédula de Datos Sociodemográficos que incluye información sobre datos personales (edad en años cumplidos), género (masculino y femenino) y estado civil. Para medir la variable calidad de vida se utilizó la versión 2 del Cuestionario de Salud SF-36, el cual fue adaptado por Alonso et al. (18).

El cuestionario contiene ocho apartados con respuestas de tipo Likert: función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems), salud mental (5 ítems), valoración de la salud (1 ítem). Para efectos de la interpretación de datos se estableció una escala de 0 a 100 que cuantifica la calidad de vida, correspondiendo de la siguiente manera: 80-100, muy buena; 60-79, buena; 40-59, regular; 20-39, mala y de 0-19, muy mala (19).

Una revisión sistemática del uso del Cuestionario de Salud SF-36 en 17 artículos que median las propiedades métricas del mismo reportó que el 96% de estos determinó un valor superior de Alfa de Cronbach global de 0,720. El instrumento también ha reportado valores aceptables de consistencia interna por Alfa de Cronbach en cada una de sus dimensiones (función física, 0,84; rol físico, 0,70; dolor corporal, 0,80; salud general, 0,73; vitalidad, 0,83; función social, 0,76; rol

emocional, 0,56; salud mental, 0,83 (21). La versión 2 del Cuestionario de salud SF-36 no sufrió modificación en su contenido por lo que se aplicó en su versión original. Para este estudio la consistencia interna por Alfa de Cronbach fue de 0,87.

Procedimiento

Se solicitó autorización por escrito para la ejecución del proyecto a los directivos de la institución de salud. A todos los pacientes con diagnóstico de DM2 se les informó el objetivo del proyecto, aquellos que aceptaron participar hicieron válida su inclusión mediante la firma del consentimiento informado, de manera individual se proporcionaron las instrucciones necesarias para el correcto llenado del instrumento de evaluación. Con apoyo de la institución se contó con un espacio adecuado para que los participantes pudieran responder los instrumentos, en ningún momento los investigadores estuvieron presentes para garantizar la fidelidad de los datos. Se hizo énfasis en la confidencialidad y protección de la información. Con los datos recolectados se elaboró una base de datos para su análisis.

Estrategias de análisis

Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) Versión 24 para Windows a través frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Para conocer la relación entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas se utilizó la prueba Chi cuadrada.

Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo conforme a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (22) y Norma Oficial Mexicana NOM 012-SSA3-201223 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, además contó con la aprobación de la Comisión Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (folio 0908).

Resultados

El 62% de la muestra encuestada es de sexo femenino y un 38% masculino. Con respecto a la edad, el 54% cuenta con 56 a más años, solo el 18% se clasifica como adulto joven (26-35 años). El estado civil predominante fue el casado (66%), seguido por soltero (20%) y el 14% se encuentra en unión libre (Tabla 1).

La Tabla 2 muestra que del total de pacientes encuestados, el 64% cuenta con una buena calidad de vida, un 20% se clasifica como regular, seguido por un 10% como muy buena y solo un 6% presenta mala calidad de vida.

Respecto a la calidad de vida en función de las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 (Tabla 3) se puede observar que la función física (44%), el rol físico (62%), la función social (60%) y el rol emocional (66%) obtuvieron mayor porcentaje en la categoría de muy buena. Las dimensiones dolor corporal, vitalidad y salud mental puntearon como buena (42%, 62% y 64%, respectivamente), solo en la dimensión salud general, la calidad de vida de los pacientes es regular (74%).

La dimensión función social resultó con mayor calidad de vida (M= 80,75, DE= 12,92), seguido del rol emocional (M= 77,33, DE= 36,54) y el rol físico (M= 75,00, DE= 37,79), mientras que la dimensión salud general fue la de más baja calidad de vida con una media de 52,36 (DE= 8,74). El global de la calidad de vida reportó una media de 65,77 (DE= 12,13) (Tabla 4).

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	19	38
Femenino	31	62
Edad		
26-35	9	18
36-55	14	28
56 o más	25	54
Estado civil		
Casado	33	66
Unión libre	7	14
Soltero	10	20

Tabla 2. Calidad de vida en pacientes con DM2						
Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje				
Mala	3	6				
Regular	10	20				
Buena	32	64				
Muy buena	5	10				
n= 50						

Tabla 3. Distribución porcentual de las dimensiones de la calidad de vida							
Dimensiones	Calidad de vida						
	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena		
Función física	6	2	34	14	44		
Rol físico	16	2	10	10	62		
Dolor corporal	2	4	30	42	22		
Salud general	0	4	74	22	0		
Vitalidad	0	6	18	62	14		
Función social	0	2	4	34	60		
Rol emocional	14	6	0	14	66		
Salud mental	0	0	16	64	20		
n= 50							

Dimensiones	M	MDN	DE	Mínimo	Máximo
Global de calidad de vida	65,77	67,90	12,13	32,73	90,91
Función física	66,40	70	25,57	0	100
Rol físico	75	100	37,79	0	100
Dolor corporal	63,62	67	17,81	0	90
Salud general	52,36	52	8,74	25	75
Vitalidad	65,50	65	14,99	20	100
Función social	80,75	87,50	12,92	38	100
Rol emocional	77,33	100	36,54	0	100
Rol mental	69,44	68	9,98	52	96

Respecto a la evaluación declarada de la salud, el 42% de los pacientes refiere que su salud actual es mucho mejor ahora que hace un año, seguido por el 32% que considera que es algo mejor que hace un año y el 22% que refiere que es más o menos igual que hace un año. Solo el 2% cree que su salud actual es algo peor y mucho peor que hace un año (Tabla 5).

La prueba Chi cuadrado no reportó asociación entre la calidad de vida y las variables sexo ($x^2 = 2,56$, p = ,46), edad ($x^2 = 4,26$, p = ,64) y el estado civil de los participantes ($x^2 = 6,46$, p = ,37).

Tabla 5. Evaluación declarada de la salud							
¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada con la de hace un año?	Frecuencia	Porcentaje					
Mucho mejor ahora que hace un año	21	42					
Algo mejor ahora que hace un año	16	32					
Más o menos igual que hace un año	11	22					
Algo peor ahora que hace un año	1	2					
Mucho peor ahora que hace un año	1	2					
n= 50							

Discusión

Dentro de las características sociodemográficas se pudo determinar que el sexo de mayor predominio fue el femenino, el rango de edad más habitual se encontró de 56 a más años y más de la mitad refiere estar casado; estos datos son similares con lo reportado en algunos estudios (5,19,24) donde el promedio de edad de los participantes es superior a 55 años, la mayor parte son casados y del sexo femenino, en otro estudio se reporta que el predomino fue en el sexo masculino, pero con mínimo puntajes de diferencia con el femenino (15). Lo anterior apunta a que los pacientes con diagnóstico de DM2 comparten características sociodemográficas homogéneas y resulta de interés generar líneas de acción en la población en general.

Los hallazgos de este estudio en relación con la calidad de vida de los pacientes con DM2 coinciden con lo reportado en un estudio realizado en Paraguay (15), donde el 51% presentó buena calidad de vida, y en Colombia (5), que reporta que el 62,3% de los pacientes contaba con una calidad de vida media, el 37,6% expresa poseer una calidad de vida alta y ningún paciente tiene calidad de vida baja. Aunque la mayoría de los participantes se clasifica con buena calidad de vida, lo más recomendable sería que los porcentajes fueran mayores para considerar su calidad de vida como "muy buena"; aunado a esto, existen estudios que demuestran que implementar intervenciones de salud permite aumentar la percepción de la calidad de vida en pacientes con esta enfermedad (24).

Cuatro de las ocho dimensiones de la calidad de vida reportaron una calidad de vida como muy buena, tres como buena y una como regular, esto difiere con lo encontrado por un estudio (9) donde dos son calificadas como muy buena, tres como buenas y tres de regular. En relación a la calidad de vida según las dimensiones del instrumento utilizado se reportan hallazgos similares en la literatura (19), donde la función social y el rol emocional obtuvieron una calificación de muy buena; en este mismo tenor, el metaanálisis realizado por Palacios et al. (14) hace mención que la dimensión salud general es la más afectada en cuanto a la calidad de vida.

Atendiendo a la asociación entre la variable calidad de vida y sexo, la prueba Chi cuadrado determinó independencia entre ellas. Algunos estudios (15) han reportado datos diferentes, se ha determinado que el sexo masculino puede ser un factor protector para la calidad de vida; asimismo se encontró que los hombres evalúan mejor su calidad de vida y que perciben menor deterioro de su salud a comparación de las mujeres (19). Ante estos datos conviene atender de manera más precisa a las mujeres, puesto que pueden ser más vulnerables ante la DM2 y sus complicaciones.

Respecto a la calidad de vida y la edad, no se encontró dependencia entre estas variables, esto es similar a lo reportado por Brítez y Torres (15). Además, se ha reportado que a mayor edad en las personas con diagnóstico de DM2 la percepción de calidad de vida se deteriora en prácticamente todas las dimensiones, pero no se muestran datos estadísticamente significativos que lo respalden (19).

La calidad de vida se ha asociado al estado civil, en esta relación aquellos que tienen pareja cuentan con mejor calidad de vida (5), esto difiere con los hallazgos encontrados en esta investigación. La evidencia entre la relación de la calidad de vida y las variables sociodemográficas utilizadas en este estudio pueden orientar, de alguna manera, áreas de oportunidad para fortalecer y fomentar la calidad de vida, pero debido a la escasez de datos no se puede considerar como conclusiva.

Dentro de las limitaciones encontradas durante el desarrollo de este estudio destaca el tamaño de muestra, la contingencia sanitaria por COVID-19 limitó la asistencia de los pacientes a la unidad de salud, por lo que los resultados no pueden ser generalizados.

Conclusión

En este estudio se determinó la calidad de vida de los pacientes con DM2 que acuden a un control metabólico en una unidad de primer nivel de atención del estado de Tabasco, donde poco más de la mitad presenta una buena calidad de vida.

La dimensión evaluada con mayor calidad de vida fue la de función social, la cual está relacionada con el punto en que la salud física o los problemas emocionales interfieren en las actividades sociales habituales. Contrario a esto, la dimensión con menor calidad de vida fue la de salud general, la cual se refiere a la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. No se encontró dependencia en la calidad de vida y las variables sexo, edad y estado civil.

Aunque los hallazgos muestran que gran parte de los pacientes encuestados refiere tener buena y muy buena calidad de vida, es importante rescatar que poco más de la cuarta parte de los pacientes percibe su calidad de vida como mala y

regular. Asimismo, las dimensiones que la componen presentan puntajes similares entre muy mala, mala y regular calidad de vida, por lo tanto se recomienda que, además de las intervenciones de cuidado que puedan otorgar los profesionales de la salud, es indispensable fomentar y promover estilos de vida saludables e información sobre DM1 y la DM2 con el fin de concientizar y sensibilizar a la población de la responsabilidad que conlleva padecer enfermedades crónicas no transmisibles, todo en pro de mejorar y mantener una calidad de vida óptima. Los hallazgos contribuyen a contar con evidencia científica que permita a los gestores y profesionales de salud establecer estrategias efectivas en la atención de los pacientes con esta enfermedad.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Torres MT. Asociación del sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios Mexiquenses y la actividad física [Tesis de Pregrado]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2017 [citado 15 mar 2022]. p.101 Disponible en: https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/68699/Asociacion%20del%20sobrepeso%20y%20obesidad%20en%20estudiantes%20universitarios%20mexiquences%20y%20la% 20actividad%20fisica%28MTTG1%29.pdf?sequence=1&tisAllowed=y
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes. Ginebra: OMS; 2014.
- [3] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Diabetes [internet]. OPS: 2016 [citado 15 mar 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=4475&layout=blog<emid=40610&lang=es&limitstart=15
- [4] Murillo I. Diabetes mellitus. Algunas consideraciones necesarias. Medisur [internet] 2018 [citado 15 mar 2022]; 16(4):614-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000400020&lng=es&tlng=es
- [5] Bautista LM, Zambrano GE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [internet] 2015 [citado 15 mar 2022]; 17(1):131-48. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516009
- [6] Petermann F, Díaz-Martínez X, Garrido-Méndez Á, Leiva AM, Martínez MA, Salas C, et al. Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y actividad física en personas con antecedentes familiares de diabetes. Gac Sanit 2018; 32(3):230-5. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.008
- [7] Arteaga A, Cogollo R, Muñoz D. Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. Revista Cuidarte 2017; 8(2):1668-76. Doi: https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405
- [8] Gloria LE. La Calidad de la atención de los pacientes con Diabetes Mellitus en la Secretaría de Salud y su enfoque bajo la seguridad del paciente. Boletín CONAMED [internet]. Marzo 2019 [citado 15 mar 2022]; 4(23):24-33. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin23/b23-3.pdf
- [9] Instituto Mexicano de Seguro Social (MX). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores. Catálogo Maestro CENETEC [internet]. México: IMSS; 2017 [citado 15 mar 2022]; 1-41. Disponible en: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=979
- [10] Aguilar CA. Epidemiología de la diabetes tipo 2 en Latinoamérica. Revista ALAD [internet] 2019 [citado 15 mar 2022]; 1:1-199. Disponible en: https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
- [11] Organización Mundial de la Salud (OMS). Perfiles de los países para la diabetes. Ginebra: OMS; 2016.
- [12] Gil-López N. Percepción en pacientes con diabetes tipo 2 sobre la calidad del tratamiento nutricional en Tabasco [Tesis de Maestría]. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2019 [citado 15 mar 2022]. p.55. Disponible en: http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/3231/1/Ninive%20Gil%20L%c3%b3pez.pdf
- [13] Juárez-Ramírez C, Théodore FL, Villalobos AL, Sauceda AL, Treviño S, Allen-Leigh B. Trayectorias de atención en Mayas de México que padecen diabetes tipo 2. Global Health. Promotion 2022; 7(3):217-26. Doi: http://dx.doi.org/10.1177/1757975919856337
- [14] Palacios-Barahona U, Arango-Posada M del M, Ordóñez JE, Alvis-Guzmán N. Calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis acumulativo. CES Psicol 2019; 12(3):80-90. Doi: http://dx.doi.org/10.21615/cesp.12.3.6

- [15] Brítez M, Torres E. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Nacional 2017; 9(1):78-91. Doi: https://doi.org/10.18004/rdn2017.0009.01.078-091
- [16] Mangiamarchi P, Caniuqueo A, Ramírez-Campillo R, Cárdenas P, Morales S, Cano-Montoya J, et al. Ejercicio intermitente y consejería nutricional mejoran control glicémico y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Chile [internet] 2017 [citado 15 mar 2022]; 145(7):845-53. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000700845&lng=en&thrm=iso&tlng=en
- [17] Márquez-Palacios JH, Yánez-Peñúñuri LY, Salazar-Estrada JG. Relación entre sentido de coherencia y diabetes mellitus: una revisión sistemática. Cien Saude Colet. 2020; 25(10):3955-67. Doi: http://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34312018
- [18] Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995; 104:771.
- [19] Chaverri J, Fallas J. Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII [internet]. 2015 [citado 15 mar 2022]; 614:217-24. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151zn.pdf
- [20] Vilagut G, Ferrer M, Rajmil, L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. Gaceta Sanitaria/S.E.S.P.A.S 2005; 19(2):135-50. Doi: https://doi.org/10.1157/13074369
- [21] Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: Resultados preliminares en México. Salud Pública de México [internet] 1999 [citado 15 mar 2022]; 41(2). Disponible en: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6138
- [22] Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [internet] 2 marzo 2014 [citado 15 mar 2022]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
- [23] Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012. Criterios Para La Ejecución De Proyectos De Investigación Para La Salud En Seres Humanos.SEGOB. [internet] 04 enero 2013 [citado 15 mar 2022]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- [24] Miranda NG, Villegas AEB, Plata RFI. Calidad de vida en pacientes diabéticos a través del uso de la escala DQOL. Hospital Militar Regional de Puebla, 2012. An Med Asoc Med Hosp ABC [internet] 2017 [citado 15 mar 2022]; 62(3):172-9. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cqi?IDARTICULO=73887

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



- 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



Originales

- ¹ Rosa María Galicia-Aguilar
- ² Jahir Herrera-Rodríguez
- ³ Karla Aimé Maldonado Cervantes
- ⁴ Ana Luisa Pedraza Valdez
- ⁵ Daniel Andrés Cristales Sánchez

Efecto de un programa educativo: e-continuidad de cuidados domiciliarios a pacientes con COVID-19

- ¹ MCE. Profesora Investigadora de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.
- ² ME. Profesor Investigador de la Universidad del Valle de Puebla. México.
- ³ ME. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
- ⁴ ME. Auxiliar de Enfermería en Salud Pública del Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
- ⁵ ME. Profesor Investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dirección de contacto: herrerajahir.29@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Galicia-Aguilar RM, Herrera-Rodríguez J, Maldonado Cervantes KA, Pedraza Valdez AL, Cristales Sánchez DA. Efecto de un programa educativo: e-continuidad de cuidados domiciliarios a pacientes con COVID-19. RIdEC 2022; 15(Supl. 1):33-9.

Fecha de recepción: 31 de marzo de 2022. Aceptada su publicación: 17 de abril de 2022.

Resumen

Objetivo: los pacientes y cuidadores que han vivido la experiencia de padecer coronavirus requieren continuidad de cuidados en el domicilio para otorgar información acerca de las medidas de protección para evitar complicaciones y detener la cadena de propagación. El objetivo es evaluar la eficacia del programa educativo e-continuidad de cuidados en pacientes con COVID-19 y sus cuidadores.

Método: diseño cuasi-experimental, mediante muestreo por bola de nieve, en 23 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de COVID-19 y sus cuidadores principales, que se encontraban en aislamiento domiciliario. La intervención se implementó en tres fases: diagnóstica, se aplicó el instrumento de conocimientos, prácticas y actitudes hacia COVID-19, y el cuestionario de evaluación clínica al alta telefónica; planeación e implementación; y evaluación, se conformó por cinco sesiones de 30 minutos, que se impartieron durante un mes por plataformas digitales. El análisis de los datos fue descriptivo, para comparar el test y re-test se aplicó una t de Student. Se consideraron aspectos éticos para un estudio de bajo riesgo.

Resultados: el 52,2% fue mujer, el 47,8% hombre, la media de edad fue de 34,4, el 8,7% padece alguna enfermedad crónica, un 52,2% tiene dudas acerca de la enfermedad y el 82,6% desea incrementar sus conocimientos para el cuidado en el hogar. En el pretest, el 56,5% tuvo un nivel regular de conocimientos, en el re-test el 91,3% obtuvo un nivel bueno de conocimientos, con un efecto estadísticamente significativo (p= ,005).

Conclusión: la e-continuidad de cuidados domiciliarios es una estrategia eficaz para la gestión del cuidado domiciliario.

Palabras clave: COVID-19; atención de enfermería; educación en enfermería; continuidad de la atención al paciente; cuidados de enfermería en el hogar.

Abstract

Impact of an educational program: e-continuity of care at home for patients with COVID-19

Objective:patients and caregivers who have lived through the experience of suffering coronavirus require continuity of care at home to provide information about the protection measures to prevent complications and stop the chain of spread. The objective is to evaluate the efficacy of the E-continuity of Care in Patients with COVID-19 and their Caregivers educational program

Methodology: a quasi-experimental design through snowball sampling, in 23 patients of both genders diagnosed with COVID-19 and their main caregivers, who were in home lockdown. The intervention was implemented in three stages: diagnostic, applying the instrument of knowledge, practices and attitudes towards COVID-19, and the clinical evaluation questionnaire at discharge by telephone; planning and implementation; and evaluation, consisting of five 30-minute sessions dispensed during a month through digital platforms. There was descriptive data analysis; Student's T was applied to compare test and re-test. There were ethical considerations for a low-risk study.

Results: of the sample, 52.2% were female and 47.9% male; their mean age was 34.4 years, 8,7% suffered a chronic disease, 52.2% had doubts about the disease, and 82.6% wished to increase their knowledge for care at home. In the pre-test, 56.5% had a regular level of knowledge, while 91.3% obtained a good level of knowledge at the re-test, with a statistically significant effect (p= .005).

Conclusion: the r-continuity of care at home is an effective strategy for the management of home care.

Key words: COVID-19; nursing care; nursing education; patient care continuity; nursing care at home.

Introducción

La nueva enfermedad infecciosa por coronavirus (COVID-19) tiene una alta capacidad de trasmisión de humano a humano (1), por ello, tanto en México como en muchos países del mundo, se han establecido medidas preventivas para el control de la pandemia, que incluyen la detección temprana de pacientes con síntomas leves o graves, así como el corte de mecanismos de trasmisión y la protección comunitaria mediante medidas de aislamiento social (2). Aun así, las personas mayores y las que padecen otras afecciones como obesidad, diabetes e hipertensión arterial tienen mayor probabilidad de sufrir una enfermedad grave (3,4) cuando son infectadas por este virus y en consecuencia deberán recibir atención hospitalaria.

Estos pacientes y sus cuidadores que se encuentran en situación de vulnerabilidad clínica después del alta hospitalaria precisan de la vinculación entre la continuidad de cuidados en el hogar, la Educación para la Salud (EpS) y la informática en enfermería, con la finalidad de facilitar la gestión del cuidado, el desarrollo de habilidades y detener la cadena de propagación del virus (5).

La continuidad de cuidados se define como una metodología de practica avanzada que consiste en otorgar soporte asistencial a través de un plan terapéutico individualizado, y la EpS es un componente esencial de la Atención Primaria que proporciona las herramientas para que la persona tome decisiones informadas y participe de forma activa en el control de su salud.

Ante una pandemia la gestión del cuidado puede implementarse mediante la informática en enfermería (IE) (6,7), herramienta clínica que permite asegurar la calidad, la seguridad y el seguimiento del cuidado domiciliario (8) del paciente con COVID-19 y sus familiares de forma segura y efectiva minimizando el riesgo de trasmisión; la IE hace posible el monitoreo remoto, facilita la evaluación de signos y síntomas de alarma, permite el acompañamiento y evita la interrupción en la atención. El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia del programa educativo e-continuidad de cuidados en pacientes con COVID-19 y sus cuidadores.

Metodología

Se realizó un diseño cuasi-experimental durante el año 2020, con muestreo aleatorio simple, donde se consideró al grupo de intervención como su propio control, con un tratamiento estadístico test-retest (9), dirigido a 25 pacientes, los criterios de selección fueron: personas de ambos sexos, con diagnóstico de COVID-19 que se encontraban en aislamiento domiciliario y que tuvieran un cuidador principal.

La intervención se llevó a cabo mediante un formato simple ciego y se fundamentó en el modelo PRECEDE-PROCEDE (10) en tres fases:

Fase 1. Diagnóstica: en la que se midieron los conocimientos, las actitudes y las prácticas hacia la COVID-19, a través de la aplicación del cuestionario de Zhong (2020) que reporta una confiabilidad aceptable de 0,71 (11), contiene 12 ítems divididos en tres subescalas; la primera indaga sobre presentaciones clínicas, la segunda mide las vías de transmisión y la tercera sobre prevención y control de COVID-19. Los puntos de cohorte son de 0 a 4 puntos nivel bajo de conocimientos, de 5 a 8 puntos nivel regular de conocimiento y de 9 a 12 puntos nivel bueno de conocimientos. Asimismo, se aplicó un cuestionario de evaluación clínica al alta telefónica, conformado por 18 ítems agrupados en cuatro subescalas, la primera se refiere a los criterios clínicos, la segunda indaga sobre la adherencia al tratamiento, la tercera infiere en la valoración de comorbilidades y la cuarta mide la valoración funcional y social (12).

El análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versión 26; para los datos sociodemográficos se utilizó estadística descriptiva. Se obtuvo la consistencia interna del instrumento mediante el alfa de Cronbach; se efectuó la prueba de bondad Kolmogorov-Smirnov, para determinar el nivel de comparación entre el test y re-test; y se aplicó una prueba de t de Student para muestras relacionadas (13). El programa se implementó con apego a los lineamientos que establece la Ley General de Salud en materia de investigación, considerando la intervención como un estudio de bajo riesgo (14) y con la aprobación del comité de ética de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, con el número de registro SIEP/039/2021.

Fase 2. Planeación e implementación del programa: la intervención estuvo conformada por cinco sesiones, se llevaron a cabo dos veces por semana con una duración de 30 minutos durante un mes. Las sesiones se impartieron en forma de taller mediante el uso de materiales educativos audiovisuales y visuales a través de plataformas digitales (Zoom®, meet®, Whatsapp®, Genially®, Youtube®). En la primera sesión se orientó a los participantes acerca de los conceptos básicos de la COVID-19 mediante una infografía que se elaboró con apego a los criterios de aceptación, comprensión, involucración y atracción que propone la Organización Panamericana de la Salud (15). En la segunda sesión se realizaron intervenciones de continuidad informacional, acerca del manejo de elementos personales, desecho de residuos, técnica de lavado de manos, uso apropiado del cubre bocas, procedimientos para la limpieza y desinfección de áreas a través de una simulación de procesos y estrategias de reforzamiento mediante mensajes por Whatsapp®. En la tercera sesión se explicó la importancia de identificar signos y síntomas de alarma en el patrón respiratorio con el uso del oxímetro a través Google meet®. En la sesión cuatro se implementaron ejercicios de rehabilitación respiratoria con el apoyo de material interactivo que combina la proyección de imágenes con la sincronización de la enseñanza en el entrenamiento muscular respiratorio, las técnicas para la tos efectiva, expectoración, estornudos y ejercicios generales adaptados a las características y necesidades de cada paciente. Finalmente, en la sesión cinco se implementó la intervención de continuidad de gestión en la que se orientó a los participantes acerca de la coordinación en los procesos para el seguimiento de su salud, articulando la comunicación y los recursos disponibles.

Fase 3. Evaluación: en esta fase se midió el efecto del programa educativo (re-test) con la aplicación del instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas ante la COVID-19 (Figura 1).

Resultados

La muestra estuvo constituida por 23 participantes de ambos sexos, donde predominó el género femenino con 52,2%, la media de edad fue de 35,4 años, el 43,5 % está casado, el 52,2% tiene un nivel de licenciatura y el 8,7% padece de diabetes e hipertensión. En relación con las plataformas digitales el 100% reportó contar con una computadora en el domicilio y manejar herramientas digitales como Whatsapp®, Google meet®, Youtube® y Zoom®.

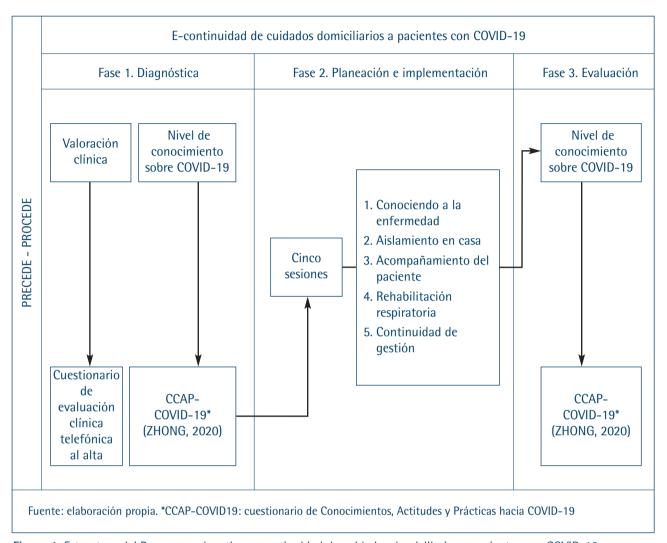


Figura 1. Estructura del Programa educativo e-continuidad de cuidados domiciliarios a pacientes con COVID-19

El 82,6% de los participantes se realizó la prueba de COVID-19 y solo el 69,6% recibió información acerca de su diagnóstico, un 52,2% tuvo dudas de la enfermedad y el 82,6% deseó incrementar sus conocimientos para un mejor cuidado en el hogar.

Con respecto a la valoración clínica de los participantes, el 60,9% refirió sentir falta de aire al caminar, el 91,3% no presentó fiebre después del alta hospitalaria, un 34,8% tuvo falta de apetito y el 52,2% expresó sentimientos como tristeza, miedo e incertidumbre. Así mismo, el 69,6% de los participantes reseñó la necesidad de recibir cuidados de enfermería, el 91,3% refirió tener atención de un cuidador principal y el 78,3% aseguró que ningún integrante de su familia ha presentado síntomas de infección por COVID-19.

En la fase diagnóstica (test) se obtuvo que el 8,7% tenía un nivel bajo y solo el 56,5% poseía un nivel bueno de conocimientos acerca de la COVID-19. En la fase de evaluación (re-test), los hallazgos mostraron que, posterior a la implementación del programa educativo, el 91,3% obtuvo un nivel del conocimiento bueno (Tabla 1).

Para alcanzar el objetivo del programa educativo en la fase diagnóstica y de evaluación se midió el conocimiento antes y después de la intervención bajo el método de confiabilidad test-retest para realizar las contrastaciones de medias aritméticas en muestras relacionadas, en donde se obtuvo un efecto positivo y estadísticamente significativo (p= ,005) (Tabla 2).

Tabla 1. Resultados test-retest								
		Te	est	Ret	test			
		f	%	f	%			
Cuestionario de conocimientos, prácticas y actitudes hacia COVID-19	Nivel bajo de conocimientos	2	8,7	0	0			
	Nivel regular de conocimientos	8	34,8	2	8,7			
	Nivel bueno de conocimientos	13	56,5	21	91,3			
f= frecuencia, %= porcentaje	3							

Tabla 2. Prueba de t de Student para muestra relacionadas								
								tervalo de anza
		Media	Desv. estándar	t	gl	Sig.	Inferior	Superior
Grupo	Pretest Re-test	-,435	,662	-3,148	22	,005	-,721	-,148
t= t de Student, gl= grados de libertad								

Discusión

Este estudio se realizó en el ámbito de la EpS en personas con COVID-19. Los resultados de las características sociodemográficas de la población revelan que predominó el género femenino, la media de edad fue de 35,4 años, la mayoría refiere estar casado, tiene un nivel de escolaridad de licenciatura y padece alguna enfermedad crónica; resultados que difieren con Medina et al. (16) (2020), quienes estudiaron las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes positivos con COVID-19, reportaron una media de edad de 61 años y la comorbilidad con mayor incidencia fue la hipertensión arterial.

La intervención e-continuidad de cuidados se implementó mediante plataformas digitales como un entorno para el intercambio de la información, estrategia consistente con lo que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la creación de espacios de interacción que faciliten la telemonitorización y la evaluación clínica de los pacientes con COVID-19 que están en aislamiento domiciliario (17).

En lo que respecta a las características clínicas de la población, el mayor porcentaje se realizó la prueba de COVID-19, presentaron disnea al caminar, falta de apetito, tristeza, dudas sobre la enfermedad y el 82,6% deseó incrementar sus conocimientos para un mejor cuidado en el hogar, datos que coinciden con lo que reporta Moreno et al. (18) (2021), quienes estudiaron variables clínicas relacionadas con la infección.

En el pretest se obtuvo que solo el 56,5% tenía un nivel bueno de conocimientos acerca de la COVID-19, datos que concuerdan con lo que reporta el estudio de Díaz, et al. (19) (2020), quienes evaluaron el impacto de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de la COVID-19, reportaron un nivel de conocimiento general inadecuado antes de la intervención. Los hallazgos en el retest mostraron un incremento del nivel de conocimientos del 91,3%, y un efecto positivo y estadísticamente significativo (p= ,05) como lo evidencia Tejeda et al. (20) (2020), quienes refieren un impacto positivo posterior a la intervención.

Originales. Efecto de un programa educativo: e-continuidad de cuidados domiciliarios a pacientes con COVID-19

Tal como lo describe la literatura las personas que padecen alguna enfermedad de larga evolución son más vulnerables al padecer la enfermedad por COVID-19 y desarrollar complicaciones, por ello las intervenciones de seguimiento otorgan un cuidado integral individualizado que contribuye a la recuperación de su salud.

La experiencia de los autores en este estudio permite valorar la importancia de la atención oportuna de las manifestaciones clínicas respiratorias y de la EpS, como una intervención para orientar al paciente y la familia en el cuidado domiciliario para evitar secuelas y disminuir la propagación del virus.

La realización de intervenciones educativas en enfermería dirigidas a pacientes con COVID-19 permitió el incremento de los conocimientos y las habilidades para la toma de decisiones en su autocuidado; de tal forma que la participación de enfermería dentro de la prevención y promoción de la salud es fundamental para el desarrollo de la ciencia de la profesión.

Limitaciones del estudio: no se contó con un grupo control; sin embargo, los mismos participantes se comportaron como su propio control para llevar a cabo las contrastaciones estadísticas.

Conclusiones

El resultado obtenido reporta eficacia estadísticamente significativa de las sesiones que conformaron el programa educativo. La e-continuidad de cuidados domiciliarios es una estrategia eficaz que permite identificar y atender las necesidades de información, relación y gestión sobre COVID-19 para prevenir complicaciones y disminuir el reingreso hospitalario. Desde el punto de vista clínico los datos sugieren que la IE es clínicamente útil y segura, dado que permite una monitorización efectiva, reduce las visitas espontáneas a urgencias y disminuye la sobrecarga de los sistemas sanitarios.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Sánchez JA, Arce LR, Rodríguez AJ. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. J. APrim 2020; 52(6):369-72. Doi: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001
- [2] Cuero C. La Pandemia del COVID-19 [The COVID-19 Pandemic]. IM. Journal 2020; 40(1):1-2. Doi: https://doi.org/10.37980/im.journal.rmdp.2020872
- [3] Ornelas JM. El nuevo coronavirus que llegó de Oriente: análisis de la epidemia inicial en México. GMM 2020; 156(3):1-9. Doi: https://doi.org/10.24875/gmm.20000165
- [4] Aquino CR, Quispe RC, Huaman KM. COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. Rev Habanera de Ciencias médicas [internet] 2020 [citado 31 mar 2022] 19(Suplemento):1-18. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3341
- [5] Ribeiro M, Tonin L, Hermann AP, de Godoi NT. Recomendaciones en Tiempos de COVID-19: Una Mirada al Cuidado en casa. Rev Bras Enferm. [internet] 2020 [citado 31 mar 2022], 73(Suppl 2):e20200310. Disponible en: http://inursingn.com/wp-content/uploads/2020/04/domicilar1es.pdf
- [6] Domingos CS, Boscarol GT, Brinati LM, Dias AC, Souza CCD, Salgado PDO. La aplicación del proceso informático de enfermería: revisión integradora. E Global 2017; 16(48):603-52. http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.278061
- [7] Vialart N. La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital. Rev Cubana Enferm [internet] 2019 [citado 31 mar 2022]; 35(4). Disponible en: http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3059
- [8] Corrales D, Palomo L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. J. Enf Cli 2014; 24(1): 51–8. Doi: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.08.006
- [9] Polit DP, Beck CT. Investigación en enfermería. 9ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.

- [10] Green L, Kreuter M. The precede–proceed model. Health promotion planning: an educational approach. (1999). 3rd ed. Mountain View: Mayfield Publishing Company, p. 32-43.
- [11] Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, Li Y. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia el COVID-19 entre los residentes chinos durante el periodo de rápido aumento del brote de COVID-19: Encuesta transversal en línea. Int J Biol Sci 2020; 16(10):1745-52. Doi: http://doi.org/10.7150 / ijbs.45221
- [12] Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Guía de Manejo y Seguimiento en Atención Primaria de la Infección Aguda y Postaguda por COVID-19. Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad [internet] 2020 [citado 31 mar 2022]. Disponible en: https://www.sa-ludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria.ficheros/1860002-20210408%20Gu%C3%ADa%20Manejo%20y%20Seguimiento%20COVID%20en%20AP.pdf
- [13] Sampieri H, Torres CPM. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018.
- [14] Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Secretaría de Salud [internet] [citado 31 mar 2022]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html
- [15] Organización Panamericana de Salud (OPS). Guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos de salud. Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares 1984; 10 [citado 31 mar 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/3285
- [16] Medina G, Carbajales EB, Figueredo Y, Carbajales AI, Silva I. Características clínico-epidemiológicas de pacientes positivos a la COVID-19 pertenecientes al policlínico "Joaquín de Agüero y Agüero", Camagüey. ZMV 2020 [citado 31 mar 2022]; 45(4). Disponible en: http://revzoi-lomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2352
- [17] Mitchell C. Países de las Américas aprovechan los beneficios de la salud electrónica, pero persisten desafíos. Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. [citado 31 mar 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=9719:americas-benefit-from-ehealth-but-challenges-persist&tltemid=204&tlang=es
- [18] Moreno Borraz LA, Giménez López M, Carrera Lasfuentes P, González Pérez E, Ortiz Domingo C, Bonafonte Marteles JL, et al. Prevalencia de infección por coronavirus SARS-CoV-2 en pacientes y profesionales de un hospital de media y larga estancia en España. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2021; 56(2):75-80. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.10.005
- [19] Díaz-Rodríguez YL, de Los Ángeles Vargas-Fernández M, Quintana-López LA. Efectividad de una Intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de la COVID-19 en adultos mayores. Universidad Médica Pinareña [internet] 2020 [citado 31 mar 2022]; 16(3):570. Disponible en: http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/570
- [20] Tejeda JJG, Guach RAD, Abreu MRP, Velázquez OT, Tamayo AEI. Evaluación del nivel de conocimiento sobre COVID-19 durante la pesquisa en la población de un consultorio. Revista estudiantil 16 de Abril. [internet] 2020 [citado 31 mar 2022]; 59(277):925. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/925/pdf_256

Originales

Resiliencia y apoyo social en adultos mayores de municipios del Estado de Hidalgo, México

- 1 Araceli Cano Estrada
- ¹ Ana Cristina Castañeda Márguez
- ¹ José Ángel Hernández Mariano
- ² Gabriela Jatziry Malo Martínez
- ² Margarita Pérez López
- ² María Fernanda Esquivel González

- ¹ Profesor/a titular de tiempo completo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.
- ² Licenciada en enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.

Cómo citar este artículo:

Cano Estrada A, Castañeda Márquez AC, Hernández Mariano JA, Malo Martínez GJ, Pérez López M, Esquivel González MF. Resiliencia y apoyo social en adultos mayores de municipios del Estado de Hidalgo, México. RIdEC 2022; 15(Supl. 1):40-7.

Dirección de contacto: edith_cano@uaeh.edu.mx

Fecha de recepción: 31 de marzo de 2022. Aceptada su publicación: 17 de abril de 2022.

Resumen

Objetivo: analizar la asociación entre el apoyo social y la resiliencia en adultos mayores de diferentes municipios del Valle de Mezquital, en el estado de Hidalgo, México.

Método: estudio observacional, cuantitativo y transversal. La muestra fue de 200 adultos mayores de siete diferentes municipios del Valle del Mezquital en el estado de Hidalgo, México. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se utilizó la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y el instrumento *Medical Outcomes Study-Social Support Survey* (MOS-SSS) para medir el apoyo social. El análisis de datos se llevó a cabo mediante la prueba exacta de Fisher y regresión logística.

Resultados: los adultos mayores que perciben un apoyo social máximo tuvieron mayor posibilidad de presentar un nivel de resiliencia alta [RM 7,03 (IC95% 2,76–17,94)]. Se obtuvieron diferencias significativas (p< 0,05) al comparar el estado civil y el tipo de vivienda con el grado de resiliencia de los participantes.

Conclusiones: el apoyo social que reciben los adultos mayores pertenecientes al Valle del Mezquital en Hidalgo es un factor que se asocia a su grado de resiliencia.

Palabras clave: apoyo social; resiliencia psicológica; envejecimiento; emociones.

Abstract

Resilience and social support in older adults from towns in the State of Hidalgo, Mexico

Objective: to analyse the association between social support and resilience in older adults from different towns of the Mezquital Valley, in the state of Hidalgo, Mexico.

Method: an observational, quantitative and cross-sectional study. The sample consisted of 200 older adults from seven different towns of the Mezquital Valley in the state of Hidalgo, Mexico. There was non-probability convenience sampling. Social support was measured with the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and the Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) instrument. Data analysis was conducted through Fisher's Exact Test and logistic regression.

Results: older adults who perceived maximum social support had a higher likelihood to present a high level of resilience [MR 7.03 (Cl95% 2.76–17.94)]. Significant differences (p< 0,05) were obtained when comparing the marital status and type of housing with the level of resilience of the participants.

Conclusions: the social support received by the older adults from the Mezquital Valley in Hidalgo was a factor associated with their level of resilience.

Key words: social support; psychological resilience; ageing; emotions.

Introducción

La población mayor de 65 años presenta mayores probabilidades de presentar algún problema físico o mental. Determinadas investigaciones afirman que el desempeño de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores puede verse afectado total o parcialmente debido al deterioro propio de la edad (1-3). Adicionalmente, a medida que se envejece, se presentan un mayor número de eventos estresantes como son la jubilación, las enfermedades, la muerte del cónyuge o familiares cercanos, así como cambios en las condiciones de vida (4,5). Por estas razones, es común que las personas de la tercera edad presenten trastornos emocionales, tales como la depresión.

A pesar de las adversidades que se presentan en la vejez, los adultos mayores pueden tener una integración positiva, alcanzando una satisfacción personal y un bienestar emocional, llegando al final de la vida siendo conscientes de sí mismos (6). A esa capacidad que tiene el ser humano para enfrentar las adversidades de la vida es considerada resiliencia.

Diferentes autores han definido el término de resiliencia como "la capacidad universal que permite a una persona recuperarse, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad e incluso salir fortalecidos de la situación" (7,8). Recientemente se aborda un concepto más complejo de resiliencia, definiéndola como "un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad" (9-11). Cuando las personas alcanzan y van más allá de sus capacidades para enfrentar eventos adversos se observa un cambio en los niveles de cognición, afecto y comportamiento.

Las emociones sostenidas y persistentes experimentadas por el adulto mayor juegan un papel principal en la satisfacción personal y en el estado de salud, incluso en los procesos de adaptación a los cambios físicos y las emocionales durante esta etapa de la vida. Se ha demostrado que el estrés psicosocial y otros factores de riesgo para la salud tienen un efecto negativo moderado o nulo a medida que se presenta un mayor apoyo social (4). Por lo tanto, es importante considerar las necesidades de afecto, de pertenencia y de independencia durante la vejez.

El aislamiento social, la exclusión y el rechazo afectan considerablemente la calidad de vida en la vejez. La resiliencia permite identificar y potenciar las capacidades individuales y las destrezas sociales para hacer frente a los diferentes tipos de

situaciones y proteger el desarrollo personal, aun durante su envejecimiento (12,13); es decir, las personas con un patrón resiliente harán uso de sus recursos para involucrarse en los aspectos y las actividades más importantes para ellos y evitarán estados afectivos negativos como la autocompasión, la ira y la depresión (14).

Las emociones positivas son muy importantes en el proceso de resiliencia e intervienen de manera especial a medida que se envejece. Es sumamente importante que el profesional de la salud refuerce el estado afectivo y las redes sociales del adulto mayor. El desarrollo e implementación de la resiliencia por los profesionales resulta vital e imprescindible para poder lograr un envejecimiento activo y saludable.

A pesar de la importancia que puede conllevar la resiliencia para los adultos mayores, gran parte de la literatura previa se ha enfocado especialmente en niños y adolescentes (15), por lo que aún se conoce poco sobre los factores que están involucrados en el desarrollo de la resiliencia en otras etapas de la vida como la vejez. La presente investigación tuvo como objetivo analizar la asociación entre apoyo social y resiliencia en adultos mayores de diferentes municipios del Valle del Mezquital en el estado de Hidalgo (México).

Método

Diseño del estudio y muestra

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 200 adultos mayores residentes en siete municipios diferentes del Valle del Mezquital en el Estado de Hidalgo, México. Como criterios de inclusión se consideraron a los adultos mayores que tuvieran más de 10 años viviendo en el Valle del Mezquital y con independencia ambulatoria. Se excluyeron del estudio adultos mayores que no hablaran el idioma español y aquellos con deterioro cognitivo grave o con demencia.

Variables de investigación

Las variables se dividieron en sociodemográficas y de estudio. Entre las sociodemográficas se incluyeron la edad, el género, el lugar de residencia, la religión, la ocupación, la presencia de enfermedades, el ingreso mensual y la vivienda. Por otra parte, las variables de estudio fueron la resiliencia y el apoyo social.

Recogida de datos

A todos los participantes en el estudio se les aplicó el instrumento *Medical Outcomes Study- Social Support Survey* (MOS-SSS) diseñado por Sherbourne y Stewart (16) en 1991, adaptado al castellano por Revilla et al. (17) en 2005. Evalúa el apoyo social percibido a través de 19 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta (desde 1= Nunca hasta 5= Siempre) y un ítem adicional que evalúa la extensión de la red social del paciente ("Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud?"). El cuestionario se divide en cuatro dimensiones del apoyo social funcional (apoyo emocional/informacional, apoyo instrumental, apoyo afectivo e interacción social positiva). La fiabilidad de este cuestionario es de un alfa de Cronbach que oscila entre ,85 y ,9418.

Además, se les aplicó la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). Esta es una escala que consta de 25 ítems que se responden en una escala desde 0= en absoluto hasta 4= siempre. El constructo se compone de cinco factores: persistenciatenacidad-autoeficacia (ítems: 10-12, 16, 17, 23-25); control bajo presión (ítems: 6, 7, 14, 15, 18, 19, 20); adaptabilidad y redes de apoyo (ítems: 1, 2, 4, 5, 8); control y propósito (ítems: 13, 21, 22) y espiritualidad (ítems: 3, 9). Las puntuaciones de cada ítem se suman y se interpreta que a mayor puntuación en cada dimensión, más indicadores de resiliencia muestra el individuo. La fiabilidad de este cuestionario es de un alfa de Cronbach ,9019.

Análisis de datos

Las variables son reportadas como medias y desviaciones estándar; así como porcentajes, para variables continuas y categóricas, respectivamente. Para la comparación de las características generales de acuerdo con el nivel de resiliencia se utilizó la prueba exacta de Fisher para variables categóricas y la prueba U de Mann-Whitney para variables continuas. Para el análisis de asociación entre la resiliencia y el apoyo social se realizó un modelo de regresión logística. Las variables de ajuste se determinaron mediante la evaluación del cambio del estimador ocasionada al introducir cada una de las covariables al modelo, en el modelo final solo se incluyeron aquellas que tuvieran un impacto mayor al 10% sobre el estimador.

Finalmente, el modelo se ajustó por edad, sexo, religión, estado civil, ingreso mensual, diagnóstico de enfermedades crónicas y estatus de institucionalización.

Los resultados se consideraron estadísticamente significativos con un valor p< 0,05. Todos los análisis se llevaron a cabo empleando el *software* paquete estadístico STATA versión 15 (Stata Corp LP, College Station, Tex., USA).

Aspectos éticos

Al total de la muestra se le proporcionó un consentimiento informado en el que ellos aceptarían o no participar en la investigación y con la finalidad de que los adultos mayores estuvieran conscientes de la investigación y conocer la capacidad de ejercer los derechos de acceso, ratificación, cancelación u oposición. Para el desarrollo de este estudio se tuvieron en cuenta lineamientos nacionales e internacionales, para la investigación con seres humanos, apoyándose de la Ley General de Salud de México (20) y la declaración de Helsinki (21).

Resultados

Para el presente estudio se incluyeron un total de 200 adultos mayores. La mediana de edad de la población estudiada fue de 71 años, con un rango intercuartil de 12,5 años. La mayoría de los participantes era residente de los municipios de Mixquiahuala y Progreso de Obregón (Gráfico 1).

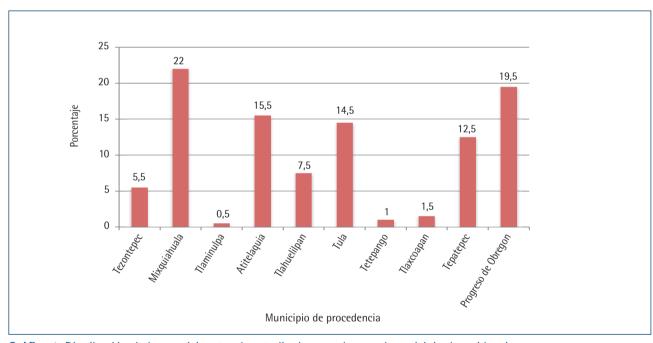


Gráfico 1. Distribución de los participantes de estudio de acuerdo con el municipio de residencia

Al comparar las características generales de la población de acuerdo con el nivel de resiliencia se encontraron diferencias significativas, observándose que el 43,2% de los participantes con resiliencia baja tenía un estado civil de viudo, mientras que el 59,6% de quienes presentaron una resiliencia alta estaba casado. Por otra parte, el 27,3% de los individuos con un nivel de resiliencia bajo refirió rentar una vivienda, mientras que el 86,5% de quienes reportaron una resiliencia alta tenía una vivienda propia. Con respecto al apoyo social percibido por los participantes, el 38,6% de quienes se encontraban en la categoría de resiliencia baja reportó un apoyo social medio/bajo, y el 92,3% de quienes refirieron resiliencia alta presentó un nivel de apoyo social máximo (Tabla 1).

Cuando se efectúa el modelo de asociación entre el apoyo social y la resiliencia, ajustado por potenciales confusores, se observa que quienes reportaron un nivel de apoyo social máximo tuvieron más posibilidades de tener un nivel de resiliencia alta, en comparación con aquellos que reportaron un apoyo social medio/bajo [RM 7,03 (IC95% 2,76 -17,94)] (Tabla 2).

 Tabla 1. Características generales de la población de acuerdo con el grado de resiliencia que presenta la población
 de estudio (n= 200)

Características	Resiliencia						
	Total (n= 200)	Bajo (22%)	Alto (78%)	Valor			
Edad mediana (RIC)	71 (12,5)	73 (16)	71 (12)	0,52			
Sexo n (%)							
Hombre	56 (28)	107 (68,6)	37 (84,1)	0,05			
Mujer	144 (72)	49 (31,4)	7 (15,9)				
Religión n (%)							
Católica	154 (77)	36 (81,8)	118 (75,6)	0,17			
Mormona	6 (3)	3 (6,8)	3 (1,9)				
Cristiana	22 (11)	3 (6,8)	19 (12,2)				
Otra	18 (9)	2 (4,5)	16 (10,2)				
Ocupación n (%)							
Hogar	116 (58)	29 (65,9)	87 (55,7)	0,33			
Otra	54 (27)	46 (29,5)	46 (29,5)				
Ninguna	30 (15)	23 (14,7)	23 (14,7)				
Estado civil n (%)							
Soltero	34 (17)	12 (27,3)	22 (14,1)	0,002			
Casado	106 (53)	13 (29,5)	93 (59,6)				
Unión libre	2 (1)	0 (0)	2 (1,3)				
Viudo	58 (29)	19 (43,2)	39 (25)				
Ingreso mensual n (%)							
Recibe (%)	164 (82)	32 (72,7)	132 (84,6)	0,07			
No recibe (%)	36 (18)	12 (27,3)	24 (15,4)				
Enfermedades crónicas n (%)							
Diabetes	40 (20)	9 (20,4)	31 (19,9)	0,71			
Hipertensión	52 (26)	14 (31,8)	38 (24,3)				
Diabetes e hipertensión	19 (9,5)	5 (11,3)	14 (9)				
Ninguna	61 (30,5)	12 (27,3)	49 (31,4)				
Otra	28 (14)	4 (9,1)	24 (15,4)				
Apoyo social n (%)	,						
Máximo	171 (85,5)	27 (61,4)	144 (92,3)	<0,001			
Medio/bajo	29 (14,5)	17 (38,6)	12 (7,7)				
Vivienda n (%)	,						
Propia	167 (83,5)	32 (72,7)	135 (86,5)	0,03			
Rentada	33 (16,5)	12 (27,3)	21 (13,5)				
Estatus de institucionalización n (%)							
Sí	100 (50)	21 (47,7)	79 (50,6)	0,86			
No	100 (50)	23 (52,3)	77 (49,4)				

negrita significan p < 0,05

Tabla 2. Asociación entre el apoyo social percibido y el grado de resiliencia (n= 200)						
Apoyo social	RM (IC 95%)	Valor p				
Medio/bajo	1					
Máximo	7,03 (2,76 – 17,94)	< 0,001				

RM: razón de momios; IC: intervalo de confianza al 95%; Regresión logística ajustada por edad, sexo, religión, estado civil, ingreso mensual, diagnóstico de enfermedades crónicas, estatus de institucionalización

Discusión

Los resultados sugieren que el apoyo social percibido se asocia positivamente con la resiliencia de los adultos mayores. Hasta donde se conoce, este es el primer estudio publicado en México que ha evaluado el posible rol del apoyo social sobre el estado resiliencia en este grupo poblacional. En la presente muestra de estudio se observa una pequeña proporción de adultos mayores que percibieron un bajo apoyo social, lo cual es consistente con un estudio previo realizado en adultos mayores de la ciudad de México, en el que se reportó que menos del 12% percibió un nivel bajo de apoyo social (22). Esto muy probablemente se deba a que, por un lado, los adultos mayores de México suelen vivir normalmente con familiares, quienes son una importante fuente de apoyo (23); y por otro, a los programas sociales de protección a este grupo de edad (24).

Por otra parte, el 78% de los participantes presentó una resiliencia alta. Estudios llevados a cabo en adultos mayores han encontrado un rango de resilencia alta entre 46% y 15%. Este valor depende de las características socioculturales y demográficas de la muestra de estudio, así como del instrumento empleado. Se han observado niveles más altos de resilencia con los intrumentos Connor-Davison, así como del cuestionario CAPS-19, mientras que un porcentaje más bajo se ha encontrado utilizando el cuestionario General de Salud, GHQ-12.25

Se ha descrito que a menor edad los adultos suelen ser menos resilientes (26). Sin embargo, no es concluyente que la edad sea un factor relacionado. En esta investigación no se encontraron diferencias estadisticamente significativas entre la edad y el grado de resiliencia. Se ha sugerido que entre los factores que pueden asociarse fuertemente con una alta resiliencia se encuentran la adaptación, el optimismo y la esperanza, las emociones positivas, el apoyo social y la participación en la comunidad, así como la independencia en las actividades de la vida diaria y la actividad física (27,28). Diferencias estadisticamente significativas entre el grado de resiliencia con el estado civil con el tipo de vivienda y el apoyo social fueron encontradas en este estudio, observando que aquellos adultos mayores que mostraban una resilencia alta eran aquellos que se encontraban casados y quienes poseían una vivienda propia, posiblemente el contar con una pareja aumenta el afecto y el apoyo percibido para hacer frente a situaciones adversas. Se encontró que los adultos mayores que reciben un mayor apoyo social se asociacia a una resiliencia alta. Este resultado es congruente con estudios previos donde se observa que aquellos adultos mayores que poseen redes sociales fuertes antes o durante una adversidad tendrán un mayor grado de resiliencia (29).

Para la adecuada interpretación de los resultados es necesario tomar en cuenta algunas consideraciones. El enfoque transversal de este análisis no permite establecer una secuencia de temporalidad entre el apoyo social percibido y el estado de resiliencia de los adultos mayores, por lo que los hallazgos deben ser interpretados con cautela. Por otra parte, el intervalo de confianza de la estimación de la RM fue relativamente amplio, muy probablemente por el tamaño muestral del estudio; no obstante, dicho tamaño de muestra fue suficiente como para detectar la asociación buscada entre las variables de interés tras el ajuste por confusores.

A pesar de las limitaciones mencionadas, el presente estudio tiene importantes fortalezas. El análisis estadístico se basó en un modelo de regresión logística para estimar la RM entre las variables de interés, por lo que, a diferencia de estudios previos, se pudo estimar la magnitud y fuerza de la asociación entre el nivel de apoyo social y la resiliencia de los adultos mayores. Además, se recuperaron datos de los sujetos de estudio que permitieron hacer el ajuste por potenciales confusores en el modelo de regresión logística, por lo que es muy poco probable que estos hallazgos se vean afectados por un sesgo de confusión. Para la determinación del nivel de apoyo social y el estado de resiliencia se emplearon instrumentos validados y con un nivel relativamente alto de confiabilidad, los cuales fueron aplicados por personal capacitado, de tal modo que no se espera que estos resultados se hayan visto afectados por un error de la mala clasificación.

Se han demostrado que los adultos mayores con problemas fisiológicos o de salud mental logran tener un alto grado de resiliencia si presentan un máximo apoyo social (30). Sin embargo, existe también evidencia que muestra que los adultos mayores suelen tener una menor interacción social que las personas más jóvenes; por lo tanto, es necesario crear una red social sólida alrededor del adulto mayor. Para lograr esto es necesario incluirlos en actividades sociales, así como tener el soporte de su familia y lo más importante es que el adulto mayor se sienta satisfecho con el apoyo social recibido (29), de esta manera se podrá ser más resiliente a los cambios asociados al envejecimiento.

La resiliencia muestra la capacidad de hacer frente a situaciones difíciles como puede ser una enfermedad, un accidente o un trauma; mientras se restablece la condición normal o saludable; por lo tanto, en términos de salud, la resiliencia desempeña un papel muy importante (31). Cuanto mayor sea la resiliencia menor será el riesgo de sufrir enfermedades o comorbilidades.

Conclusión

Los adultos mayores pertenecientes a siete municipios del Valle del Mezquital en Hidalgo, México, presentaron un grado de resiliencia el cual se asocia al apoyo social que reciben en un momento específico. Por lo tanto, en la etapa del envejecimiento, donde se llevan a cabo un gran número de cambios, puede resultar estresante, por lo que es necesario fortalecer las redes de apoyo de los adultos mayores, para así aumentar su grado de resiliencia y por ende mejorar su calidad de vida.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Ochoa-Vázquez J, Cruz Ortiz M, Pérez Rodríguez MC, Cuevas-Guerrero CE. El envejecimiento una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. Rev Enferm. Inst. Seguro Soc. [internet] 2018 [citado 17 abr 2022]; 26(4):273–80. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184g.pdf
- [2] Lord SR, Delbaere K, Sturnieks DL. Aging. Handb Clin Neurol. 2018; 159:157-71. Doi: http://doi.org/10.1016/B978-0-444-63916-5.00010-0
- [3] De Jaeger, C. Fisiología del envejecimiento. EMC-Kinesiterapia-Medicina Física. 2018; 39(2):1-12. Doi: http://doi.org/10.1016/s1293-2965(18)89822-x
- [4] Cosco TD, Howse K, Brayne C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. Epidemiol Psychiatr Sci. 2017; 26(6):579-83. Doi: http://doi.org/10.1017/S2045796017000324
- [5] Fontes AP, Neri AL. Estrategias de enfrentamento como indicadores de resiliencia em idosos: um estudo metodologico. Cien Saude Colet. 2019; 24:1265-76.
- [6] Peña Méndez A. Sentido de coherencia y resiliencia en adultos mayores en el municipio de Villahermosa, Tabasco. Tlamati sabiduría. [internet] 2016 [citado 17 abr 2022]; 7(2): Disponible en: http://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/853
- [7] Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. Medicina (Kaunas). 2019; 55(11):745. Doi: http://doi.org/10.3390/medicina55110745
- [8] Cosco TD, Kok A, Wister A, Howse K. Conceptualising and operationalising resilience in older adults. Health Psychol Behav Med. 2019; 7(1):90-104. Doi: http://doi.org/10.1080/21642850.2019.1593845
- [9] Cooper AL, Brown JA, Rees CS, Leslie GD. Nurse resilience: A concept analysis. Int J Ment Health Nurs. 2020; 29(4):553-75. Doi: http://doi.org/10.1111/inm.12721
- [10] Barrero Plazas AM, Riaño Ospina KT, Rincón Rojas LP. Construyendo el concepto de la resiliencia: una revisión de la literatura. Poiésis, 2018; 35:121-7. Doi: https://doi.org/10.21501/16920945.2966
- [11] Páez Cala ML. La salud desde la perspectiva de la resiliencia. Arch. Med. 2020; 20(1):203-16.

- [12] Vázquez Resino R. El desarrollo de la resiliencia en las personas mayores. Asociación Española de psicogerontología [internet] 2019 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2019/02/El-desarrollo-de-la-resiliencia-en-las-personas-mayores.pdf.
- [13] Madsen W, Ambrens M, Ohl M. Enhancing Resilience in Community-Dwelling Older Adults: A Rapid Review of the Evidence and Implications for Public Health Practitioners. Front Public Health. 2019; 7:14. Doi: http://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00014
- [14] Morales Jinez A, Fajardo Ramos E, López Rincón FG, Ugarte Esquivel A, Trujillo León YI, Rodríguez Mejia LE. Percepción de las relaciones familiares y nivel de resiliencia en el adulto mayor. Gerokomos. 2021; 32(2):96-100.
- [15] Mesman E, Vreeker A, Hillegers M. Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions. Curr Opin Psychiatry. 2021; 34(6):586–92. Doi: http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000741
- [16] Sherbourn CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Social Science and Medicine 1991; 32:705–12. Doi: http://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b
- [17] Revilla 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 17 abr 2022]; 10(6):10-8. Disponible en: https://comunidad.semfyc.es/el-cuestionario-medical-outcomes-study-mos/
- [18] Herrera NB, Galindo VO, Bobadilla AR, Penedo FJ, Lerma A. Propiedades psicométricas del Cuestionario MOSde Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. Psicología y Salud. 2021; 31(2):225-35. Doi: https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691
- [19] Serrano Parra MD, Garrido-Abejar M, Notario-Pacheco B, Bartolomé-Gutiérrez R, Solera-Martínez M, Martínez-Vizcaino V. Validez de la escala de resiliencia de Connor- Davidson (CD RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. International Journal of Psychological Research. [internet] 2012 [citado 17 abr 2022]; 5(2):49-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-20842012000200006
- [20] Ley General de Salud. [internet] México; 2018 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf
- [21] Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet]. 2017 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/
- [22] Soria-Trujano R, Flores-Sosa M, Lara de Jesús N, Mayen-Aguilar A. Apoyo social en población de adultos mayores. Alternativas en psicología. [internet] 2016 [citado 17 abr 2022]; 41:146-59. Disponible en: https://www.alternativas.me/numeros/30-numero-41-febrero-julio-2019/199-apoyo-social-en-poblacion-de-adultos-mayores
- [23] Pelcastre-Villafuerte B, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México Cad. Saúde Pública. [internet] 2011 [citado 17 abr 2022]; 27(3):460-70. Disponible en https://www.scie-lo.br/j/csp/a/SRrHjnMRMhV7gCzSPyrZvVc/abstract/?lang=es
- [24] Fuentes-R, Valdés-Sampedro G. La universalización de los programas sociales. Análisis de la pensión para adultos mayores, 2012-2018. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. [internet] 2018 [citado 17 abr 2022]; XIII (26):116-39. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211059782014
- [25] MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. Geriatr Nurs. 2016; 37(4):266-72.
- [26] Jeste DV, Savla GN, Thompson WK. Older age is associated with more successful aging: role of resilience and depression. Am J Psychiatry. 2013; 170(2):188e196. Doi: http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386
- [27] Ferreira SG, Souto QR, Aparecida de Alameida S, Da Silva Ribeiro G, Nascimento de Araujo GK, Da Costa Santos R. Assessment of resilience profile and associated factors in community elderly. Rev enferm UERJ. [internet] 2020 [citado 18 abr 2022]; 28:e51659. Disponible en: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/51659/35921
- [28] Rodrigues FR, Tavares DMDS. Resilience in elderly people: factors associated with sociodemographic and health conditions. Rev Bras Enferm. 2021 Jun 11; 74(suppl 2):e20200171. Doi: http://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0171
- [29] Kemperman A, van den Berg P, Weijs-Perrée M, Uijtdewillegen K. Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment. Int J Environ Res Public Health. 2019; 16(3):406. Doi: http://doi.org/10.3390/ijerph16030406
- [30] Netuveli G, Wiggins RD, Montgomery SM, Hildon Z, Blane D. Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. J Epidemiol Community Health. 2008; 62:987e991. Doi: http://doi.org/10.1136/jech.2007.069138
- [31] Babić R, Babić M, Rastović P, Ćurlin M, Šimić J, Mandić K, et al. Resilience in Health and Illness. Psychiatr Danub. [internet] 2020 [citado 17 abr 2022]; 32(Suppl 2):226-32. Disponible en: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_noSuppl%202/dnb_vol32_noSuppl%202_226.pdf





¡Lanzamos nuevo Máster en **Enfermería 100% online!**



Programa desarrollado por expertos profesionales



Acceso exclusivo a la biblioteca digital Enferteca



Tutor personalizado durante todo el máster



Manual impreso del temario completo



Formación online, flexible y de calidad



Videoteca con más de 60 contenidos audiovisuales

Descuento suscriptores METAS 35%



www.daeformacion.com

- ¹ Mireya Velázquez Hernández
- ¹ Cinthya Patricia Ibarra González
- ¹ Rosa Elvia Montoya García
- ¹ Laura Roxana de los Reyes Nieto
- ¹ Artemisa Sánchez Leo
- ² Ricardo M. Cerda Flores

Evaluación del nivel de autogestión y resultados de salud en adultos mayores con diabetes en pandemia COVID-19

¹ Profesor de carrera, Facultad de Enfermería Victoria, Universidad Autónoma de Tamaulipas. México.

Dirección de contacto: mivelazquez@docentes.uat.edu.mx

² Profesor de carrera, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

Cómo citar este artículo:

Velázquez Hernández M, Ibarra González CP, Montoya García RE, De los Reyes Nieto LR, Sánchez Leo A, Cerda Flores RM. Evaluación del nivel de autogestión y resultados de salud en adultos mayores con diabetes en pandemia COVID-19. RIdEC 2022; 15(Supl. 1):49-56.

Fecha de recepción: 2 de abril de 2022.

Aceptada su publicación: 17 de abril de 2022.

Resumen

Objetivo: el objetivo del presente estudio fue identificar el nivel de autogestión y los resultados de salud de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) residentes de Ciudad Victoria, Tamaulipas (México) durante la pandemia por COVID-19.

Método: se realizó un estudio descriptivo transversal, con una población de 144 adultos mayores que pertenecen a un grupo público de apoyo llamado Adultos Mayores 65 y más, este grupo se encuentra en redes sociales como Facebook. Por medio de un muestreo por conveniencia se aplicó el instrumento SMP-T2D PAG- DT2 vía web a través de forms.

Resultados: se encontró que la media total de autogestión fue de 48,30 (DE= 13,44), lo que representa una autogestión regular en los adultos mayores con diabetes, la adherencia al tratamiento (alimentación, actividad física y toma de medicamentos) fue el dominio más bajo con una media de 23,42 (DE= 14,57). La autogestión se observó más baja en el género masculino, en quien se administra insulina inyectada, tiene dos o más comorbilidades y presenta descontrol en los niveles de hb1ac, colesterol total y triglicéridos.

Conclusiones: la falta de actividad física, una alimentación inadecuada y una atención médica nula o esporádica, por el confinamiento por COVID-19, pudieron repercutir en el descontrol bioquímico de los adultos mayores.

Palabras clave: autogestión; adulto mayor; diabetes; resultados de salud; COVID-19.

Abstract

Evaluation of the level of self-management and health results in older adults with diabetes during the COVID-19 pandemic

Objective: the objective of this study was to identify the level of self-management and the health results in older adults with T2DM living in Ciudad Victoria, Tamaulipas (Mexico) during the COVID-19 pandemic.

Methodology: a cross-sectional descriptive study was conducted, on a population of 144 older adults belonging to the public support group Adultos Mayores 65 y más (Older adults Over 65), which appears in Facebook social networks. The SMP-T2D PAG- DT2 instrument was applied through web forms using convenience sampling.

Results: it was found that the total mean level of self-management was 48.30 (SD= 13.44), which represents a regular self-management in older adults with diabetes. Adherence to treatment (diet, physical activity and medication intake) was the lowest domain with a mean 23.42 (SD= 14,57). There was lower self-management in the male gender, those who received injected insulin, those with two or more comorbidities and who presented uncontrolled levels of Hb1ac, total cholesterol and triglycerides.

Conclusions: lack of physical activity, inadequate diet and null or sporadic medical care due to COVID-19 lockdown could have an impact on the lack of biochemical control in older adults.

Key words: self-management; older adult; diabetes; health results; COVID-19.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una de las patologías crónicas degenerativas más predominantes en el adulto mayor de 60 años, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (1). En México, poco más de una cuarta parte de población de 60 a 69 años declaró contar con un diagnóstico previo de diabetes, lo que representa 2,3 millones de personas y una tasa de mortalidad por complicaciones de esta enfermedad en el año 2020 de 11,95 personas por cada 10.000 habitantes, siendo la cifra más alta en los últimos 10 años (2).

La mortalidad por DMT2 en el adulto mayor se relaciona con el hecho de padecer una o más comorbilidades, entre las principales se encuentra la hipertensión arterial, las dislipidemias y el deterioro cognitivo (3). Además, estas comorbilidades se vinculan con un aceleramiento del deterioro físico en el individuo y, por ende, esto provoca mayor utilización de los servicios de salud en comparación con los que solo tienen DMT2 (4). Así mismo, los costos relacionados con el descontrol y las complicaciones de las personas con esta enfermedad equivalen a un total de \$1.163.028.00 pesos al año entre material médico, revisiones médicas, cirugías y estudios clínicos (5).

En el adulto mayor resulta complejo llevar un control adecuado, puesto que multifactores hacen que experimenten cambios en las funciones fisiológicas, cognitivas, mentales, psicológicas, familiares, económicas y sociales, lo que puede influir directamente en la adherencia terapéutica efectiva (6). El control se mide a través de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), puesto que es una de las principales pruebas disponibles que muestra el control glucémico del paciente con DMT2 (7). Así bien, es importante considerar los valores bioquímicos de perfil lipídico (PL), los individuos con DMT2 y con un pobre control glucémico exhiben incrementos en la glicosilación de las lipoproteínas y de otras proteínas séricas (8). Además, se ha demostrado que si las personas con DMT2 tienen buen control de la presión arterial pueden prevenir complicaciones principalmente microvasculares (9).

Sumándole a esto, la actual pandemia, que por su homología genética con el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo es identificada como COVID-19, aparecida en diciembre de 2019 y presente hasta el día de hoy, hace difícil el acceso a la atención y control de la salud del adulto mayor con DMT2 en las instituciones de salud, y que además dicho virus se asocia con edades más avanzadas y tener enfermedades crónico-degenerativas, lo que implica un riesgo alto de presentación clínicamente grave en este grupo poblacional (10).

En los Estados Unidos de Norteamérica, con la intención de mejorar el control de la DMT2 en los individuos, han incluido intervenciones en función de la autogestión en los sistemas de salud, para promover en las personas la responsabilidad de su control y ofrecer herramientas que permitan mejorar su cuidado y fomentar la adherencia a los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos. En el paciente con DMT2, la autogestión es un proceso activo, continuo y flexible, en que el individuo lleva el control de su enfermedad a través de la relación de una amplia gama de dimensiones, en las que se incluyen: actividad física, alimentación saludable, toma de medicamentos, control de glucosa en sangre, resolución de problemas, reducción de riesgos y adaptación psicosocial (11).

En México, la mayoría de los estudios de la DMT2 en adultos mayores están dirigidos hacia el autocuidado. Existen programas destinados a prevenir y controlar la DMT2, como el Programa de atención al paciente con Diabetes (DiabetlMSS) del IMSS implementado en el 2013, este pretende prevenir las consecuencias que genera esta enfermedad mediante atención multidisciplinaria a quienes lo padecen (12); sin embargo, poco se ha identificado sobre cómo es la autogestión en sus siete dimensiones de los adultos mayores con DMT2 (11) aunado a que no se sabe si durante la pandemia se mantuvieron activos muchos de estos programas y cuál ha sido su efectividad. Se considera que explorar el nivel de autogestión y los resultados de salud del adulto mayor permitirá comprender la situación actual de los individuos con la enfermedad y sustentar prácticas innovadoras de autogestión en el quehacer de Enfermería. Todo ello con el fin de ayudar al individuo a lograr un control de la enfermedad y disminuir la carga hospitalaria por complicaciones, la mortalidad y los altos costos en salud.

Los resultados de salud que se obtengan se compararán con los recogidos en otros países y quizás se lleguen a considerar en los planes de salud que ayuden a mejorar el control de la DMT2 de los adultos mayores. Por tanto, este estudio en los adultos mayores con DMT2 residentes de Ciudad Victoria, Tamaulipas, durante la pandemia por COVID-19 tiene como objetivos: 1) Evaluar el nivel de autogestión y 2) Evaluar los resultados de salud.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante los meses de septiembre de 2021 a febrero de 2022. La población de interés estuvo conformada por adultos mayores con diagnóstico de DMT2 residentes en Ciudad Victoria, Tamaulipas, que pertenecen a un grupo público de apoyo llamado Adultos Mayores 65 y más, este grupo se encuentra en redes sociales como Facebook. El muestreo fue por conveniencia, se les invitó a participar por medio de un anuncio en el grupo de la red social. Un total de 144 adultos mayores completó la muestra. Los criterios de inclusión fueron: adultos mayores de 60 años, con diagnóstico de DMT2 de mayor o igual a un año de evolución, que usaran WhatsApp o correo electrónico, tuvieran por escrito resultados de salud de Hb1Ac, GC, PL, y PA no mayor a tres meses.

Los criterios de exclusión fueron: sujetos con tratamiento para cáncer, enfermedades renales, en silla de ruedas, dependientes totalmente de un cuidador o que no pudieran enviar sus resultados de salud por Whatsapp o correo electrónico. Se diseñó una cédula para obtener los datos personales de los participantes. Para mediar la autogestión se aplicó el cuestionario de Evaluación de la Autogestión de la Diabetes Tipo 2 (SMP-T2D PAG- DT2) adaptado culturalmente del instrumento original SMP-T2D (Perfil de Autogestión de para la Diabetes Tipo 2) (13). El SMP-T2D PAG-DT2+HTA es un cuestionario breve (19 ítems) que contiene siete dominios: monitoreo de glucosa en sangre, toma de medicamentos, alimentación saludable, actividad física (adherencia al tratamiento), resolución de problemas (afrontamiento de la enfermedad), reducción de riesgos (confianza o autoefectividad) y adaptación psicosocial (consecuencias del afrontamiento).

Para dicha investigación no se consideraron las preguntas relacionadas con la hipertensión arterial. Los niveles de respuestas para las primeras cuatro preguntas son de una escala de 0 a 7 días, donde 0 corresponde a ningún día y 7 a todos los días de la semana. Para este estudio las respuestas se transformaron a una escala de tipo Likert, quedando las categorías de la siguiente manera: 1 (0 días), 2 (1–2 días), 3 (3–4 días), 4 (5–6 días) y 5 (7 días). La pregunta tres y cuatro debe ser invertida para su análisis. La pregunta cinco y seis se midió con una escala de respuesta de tipo Likert que va de 1 (No tuve dificultad) a 5 (Demasiada dificultad). Para las preguntas de la siete a la nueve la escala de respuesta es de tipo Likert que va de 1 (Nada) a 5 (Demasiado), donde "Nada" representa menor autogestión y "Demasiado" mayor autogestión.

Para su interpretación, la suma de las respuestas de cada subescala y total se trasformaron en índices de 0-100, de modo que los puntajes más altos indican una buena autogestión (67-100), los puntajes medios indican una regular autogestión (33-66) y los puntajes más bajos indican una baja autogestión (0-32). Este cuestionario ha reportado una consistencia interna de ,70 por alpha de Cronbach, en población adulta mayor mexicana (14).

Para conocer los resultados de salud se tomaron como referencia los archivos de laboratorio enviados por los pacientes (hemoglobina glicosilada, glucosa capilar y perfil lipídico). Se consideró el control de los resultados con base en los criterios que señala la guía de la práctica clínica *Diagnóstico de Diabetes Mellitus en el adulto mayor vulnerable* (15). Para la realización del estudio se tuvieron en cuenta los criterios éticos para la conservación de la integridad física, psíquica y confidencialidad de los participantes. Para la selección de los participantes se realizó una base de datos de los interesados que registraron un mensaje en la red social, se les contactó vía telefónica y se les hizo una entrevista para cotejar criterios de inclusión.

Una vez reconocidos los individuos a participar, el investigador se detalló a explicar los objetivos y el procedimiento a ejecutar, se envió por Whatsapp o correo electrónico, el consentimiento informado según lo solicitó el participante. Cumplido con lo anterior, se le solicitó el envío del archivo de resultados de laboratorio y se mandó la liga de acceso al instrumento.

Resultados

Se obtuvo un total de 144 adultos mayores, la edad promedio fue de 68,44 años (D= 4,32), respecto a la educación, el promedio de años de escolaridad fue de 12,61 (D= 4,65). El 58,33% fue del sexo femenino. En cuanto a la trayectoria de la DMT2 fue de 8,21 (D= 6,41). El 70,83% tenía cuatro hijos o más, el 31,94% se administra insulina y el resto su tratamiento es a través de la medicación vía oral. El 48,62% padece dos o más comorbilidades, el 31,94% una comorbilidad y el 19,44% se encuentra sin comorbilidades.

En cuanto a la autogestión en la Tabla 1 se observa que la media más baja fue para el dominio de adherencia al tratamiento, la cual corresponde a las dimensiones de alimentación, toma de medicamentos y actividad física. Para la escala total se obtuvo una media de 48,30 (DE= 13,44), lo que indica una regular autogestión en los adultos mayores.

Para establecer el grado de control de la DMT2, considerando los resultados bioquímicos de laboratorio de Hb1Ac, glucosa capilar y perfil lipídico, se tomaron los puntos de corte establecidos por la Guía de la práctica clínica: *Diagnóstico de Diabetes Mellitus en la persona adulta mayor*, 2021 (15), se identificó que poco menos de la mitad de los adultos mayores se encuentra controlado en sus valores bioquímicos (Tabla 2).

En cuanto al comportamiento de la autogestión según el género, se observó baja en los dos géneros, los resultados arrojan diferencias significativas entre los valores comparados (Tabla 3).

El comportamiento de autogestión según el régimen de la enfermedad se pudo observar bueno en 24 adultos mayores con medicación vía oral y 10 adultos mayores con régimen de insulina inyectada (Tabla 4).

En cuanto a la autogestión según la severidad de la condición se encontró baja en las tres condiciones de comorbilidad, y predominó la categoría con dos o más comorbilidades (Tabla 5).

Según los resultados de salud se encontró buena autogestión en quien estaba controlado en los niveles de Hb1Ac, glucosa capilar, colesterol total y triglicéridos (Tabla 6).

Tabla 1. Autogestión del adulto mayor con DMT2						
Dominios	Media	DE				
Adherencia al tratamiento	23,42	14,57				
Afrontamiento de la enfermedad	75,08	21,29				
Confianza o auto-efectividad	74,09	21,29				
Consecuencias del afrontamiento	44,02	29,00				
Total de autogestión	48,30	13,44				

Bioquímicos	Cor	ntrol	No control	
	f	0/0	f	%
Hb1Ac (%) (n= 144)	55	38,19	89	61,81
Glucosa capilar (mg/dL) (n= 144)	91	63,19	53	36,81
Perfil lipídico (mg/dL) (n= 100)				
Colesterol total	37	37,0	63	63,0
LDL	62	62,0	38	38,0
HDL	66	66,0	34	34,0
Triglicéridos	32	32,0	68	68,0

Tabla 3. Comportamiento de autogestión según el género							
Autogestión	Femenino		Masculino		Total		
n= 144	f	%	f	%	f	%	
Buena	20	23,81*	16	26,67*	36	25,0*	
Regular	26	30,95**	12	20,0**	38	26,9**	
Baja	38	45,24*	32	53,33*	70	48,6*	
f= frecuencias; %= porcentaje							

Tabla 4. Comportamiento de autogestión según el régimen de enfermedad							
Autogestión	Medicacio	Medicación vía oral		Insulina inyectada		Total	
n= 144	f	%	f	%	f	0/0	
Buena	24	24,49*	10	21,74**	34	23,61*	
Regular	31	31,63**	14	30,43*	45	31,25*	
Baja	43	43,88**	22	47,83*	65	45,14**	
f= frecuencias; %= porcentaje							

Tabla 5. Comportamiento de autogestión según la severidad de la condición								
Autogestión	Sin com	Sin comorbilidad		norbilidad	dad Con 2 o más comorbilidades			tal
n= 144	f	%	f	0/0	f	%	f	%
Buena	5	17,86*	12	26,09**	13	18,57*	30	20,83*
Regular	11	39,29*	9	19,57*	25	35,71**	45	31,25*
Baja	12	42,86*	25	54,35*	32	45,71**	69	47,92*
f= frecuencias; %= porcentaje								

Autogestión	Ві	uena	Re	gular	Baja	
n= 144	f	%	f	%	f	0/0
Hb1Ac (%) (n= 144)		-				-
Control	21	38,18*	18	32,73*	16	29,09*
No control	24	26,97**	29	32,58*	36	40,45**
Glucosa capilar (n= 144)						
Control	38	41,76*	29	31,87*	24	26,37**
No control	11	20,75**	21	39,62*	21	39,62*
Colesterol total (n=100)		·				
Control	14	34,84**	11	29,73*	12	32,43**
No control	13	20,63*	19	30,16**	31	49,21*
LDL (n=100)						
Control	29	46,77*	22	35,48*	11	17,74*
No control	8	21,05*	12	31,58*	18	47,37*
HDL (n=100)						-
Control	36	54,55**	16	24,24**	24	36,36*
No control	6	17,65*	12	35,29**	16	47,06**
Triglicéridos (n=100)						
Control	18	56,25*	9	28,13**	5	15,63*
No control	11	16,18*	23	33,82*	34	50,0*

Discusión

La muestra del estudio se caracterizó por tener una mayor proporción de mujeres que de hombres, el promedio de edad fue de 68,44 años y una escolaridad que los ubicaba en el nivel medio. Los datos anteriores coinciden con las características de adultos mayores de los datos nacionales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía del año 2020 (16) de acuerdo con la clasificación geoestadística urbana. En relación con el tiempo de padecer la DMT2, fue en promedio 8,21 años, el 68,06% llevaba únicamente tratamiento vía oral, casi la mitad de esta población padecía dos o más comorbilidades asociadas a la DMT2. Estos resultados coinciden con los realizados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2020 en su último informe sobre diabetes en México (17).

Con respecto a la autogestión de la DMT2 por parte de los adultos mayores, se encontró una regular autogestión en general. Los dominios que reportaron promedios más altos fueron: afrontamiento de la enfermedad y confianza o autoefectividad; por otro lado, la más baja fue adherencia al tratamiento (alimentación, toma de medicamentos y actividad física). Estos resultados coinciden con lo reportado por Theodoropoulou et al. (18) en el año 2020, donde señalan que la autogestión en general de pacientes con diabetes fue baja y los dominios más afectados fueron la toma de medicamentos y angustia. Adu et al. (19), en el año 2019, reportaron de igual manera una baja autogestión predominando estrés, alimentación y actividad física.

Se encontró que más de la mitad de los adultos mayores con DMT2 tenía un monitoreo inadecuado de sus resultados de salud bioquímicos (Hb1Ac, glucosa capilar, colesterol total, y triglicéridos), los cuales coinciden con Oliveros (20) en el 2021,

Originales. Evaluación del nivel de autogestión y resultados de salud en adultos mayores con diabetes en pandemia COVID-19

donde los niveles de Hb1Ac eran elevados. En comparación con lo reportado por Feil et al. (21) en el 2012, donde reportan que los adultos mayores con DMT2 registraron cifras normales de Hb1Ac.

Posiblemente los resultados de este estudio sobre el bajo control de valores bioquímicos pudieron deberse a que la población estudiada proviene del confinamiento por COVID-19, donde se hicieron presentes limitantes como poca o nula atención de seguimiento en la consulta de medicina familiar, falta de medicamentos, baja economía, desempleo, restricción de espacios públicos para realizar actividad física, etc. Estos resultados coinciden con Ballesteros et al. (22) en el 2021, quienes encontraron altos niveles de Hb1ac y colesterol en su población y mencionan que se debe a una mala alimentación e inactividad física.

Con respecto a la autogestión, se encontró que los que se medican con insulina inyectada mostraron más baja autogestión. Esta situación puede deberse a lo planteado por Aghilia et al. (23) en el 2017, quienes mencionan en su estudio que un tratamiento requerido de insulina inyectada es causa de un mal control de la enfermedad. Además, se encontró que quien tenían dos o más comorbilidades tenían menor autogestión lo cual concuerda con los hallazgos de Ortega et al. (24) en el 2018 donde mencionan que probablemente este hecho se deba a que, al tener un mayor número de fármacos para tratar las comorbilidades asociadas, los pacientes pueden llegar a tener dificultad para la adherencia terapéutica efectiva y quizá podrían tender a ser menos estrictos en los objetivos de la enfermedad.

Los hallazgos del presente estudio coinciden con lo reportado por los diferentes autores; sin embargo, es importante señalar que es la primera vez que se documenta la autogestión en sus siete dimensiones en la población tamaulipeca adulto mayor con DMT2, y se debe resaltar que la autogestión en estos individuos con enfermedad crónica degenerativa, como es la DMT2, es un proceso muy importante para el control de su enfermedad, hallazgo que debe seguir analizándose en sus diferentes contextos y poblaciones. En cuanto a las limitaciones que se presentaron destaca que no se logró obtener el total de muestra de los resultados de perfil lipídico debido a que los pacientes carecían de esa información.

Conclusiones y recomendaciones

En la evaluación de la autogestión se encontró regular y esto se vinculó como consecuencia de tener parámetros no controlados de Hb1Ac, colesterol total y triglicéridos, tener dos o más comorbilidades y tener medicación por insulina inyectada. En este sentido, la falta de actividad física, una alimentación inadecuada y una atención médica nula o esporádica a causa del confinamiento por COVID-19 pudo repercutir en el buen control bioquímico de los adultos mayores. Es valioso continuar con la investigación en otros grupos con características más específicas como derechohabientes de instituciones de salud para comparar los resultados encontrados, así como estudiar la autogestión en relación con el apoyo de los proveedores de salud.

Bibliografía

- [1] Federación Internacional de Diabetes (IDF). Promoviendo cuidado de la diabetes, prevención y cura en todo el mundo [internet]. Bruselas: IDF; 2021 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: https://www.idf.org/
- [2] Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes [internet]. México: INEGI; 2021 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: https://www.ineqi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf
- [3] Liu, T, Lee JE, Wang, J, Ge S, Li C. Disfunción cognitiva en personas con diabetes mellitus tipo 2: análisis de un concepto. Rev. Inv. de Enf. Clínica 2020; 29(5):339-51. Doi: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1054773819862973
- [4] Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles (OMENT). Tablero de Control de Enfermedades Crónicas [internet]. México: OMENT; 2020 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: https://fundacioncarlosslim.org/tablero-control-enfermedades-cronicas-innovacion-en-pro-lasalud/
- [5] Federación Mexicana de Diabetes (FMD). Los costos de la diabetes [internet]. México: FMD; 2019 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: https://fmdiabetes.org/los-costos-la-diabetes/
- [6] Guamán-Montero NA, Mesa-Cano IC, Peña-Cordero SJ, Ramírez-Coronel AA. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. Rev. Arch Venezolanos de Farma y Terapéutica [internet] 2021 [citado 17 abr 2022]; 40(3):282-9. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/ revistas/2021/avft_3_2021/10_factores_influyen_adherencia.pdf
- [7] Poveda KA, García KJ, Subía DL, Choez CA. Utilidad de hemoglobina glicosilada en diabetes tipo 2. Rev. RECIAMUC [internet] 2020 [citado 17 abr 2022]; 4(3):118-26. Disponible en: https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/505

Originales. Evaluación del nivel de autogestión y resultados de salud en adultos mayores con diabetes en pandemia COVID-19

- [8] Lucero MT, Aquino AC, López TL, Milla YC, Aliaga DJ, y Saintila J. Hábitos alimentarios, estado nutricional y perfil lipídico en un grupo de pacientes con diabetes tipo 2. Rev. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria [internet] 2020 [citado 17 abr 2022]; 40(2):135-42. Disponible en: https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/18
- [9] García-Ocaña P, Cobos-Palacios L, Caballero-Martínez LF. Complicaciones microvasculares de la diabetes. Rev. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [internet] 2020 [citado 17 abr 2022]; 13(16):900-10. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220302134
- [10] Plasencia-Urizarri T, Aguilera-Rodríguez M, Almaguer-Mederos LE. Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y meta-análisis. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [internet] 2020 [citado 17 abr 2022]; 19(1):1-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400002&lng=es&tlng=es.
- [11] Torabizadeh C, Jalali K, Moattari M, Moravej H. Efectos de la técnica de resolución de problemas en pacientes diabéticos tipo 2 con deterioro cognitivo: un ensayo clínico aleatorizado. Rev. Internacional de enfermería y obstetricia basadas en la comunidad [internet] 2018 [citado 17 abr 2022]; 6(3):197. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6048003/
- [12] Carrillo-Medrano JG, Villegas-Saldívar KL, Martínez-Caldera E. Control metabólico posterior al egreso del programa DiabetIMSS. Rev. Médica del IMSS [internet] 2021 [citado 17 abr 2022]; 59(4):264-73. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/4577/457769668002/457769668002.pdf
- [13] Galván FG, Carrillo KG, Piñon SP, García SS, Moreno JC, Olivares MM, et al. Adaptación y validación al español del cuestionario SMP-T2D para evaluar la autogestión de la hipertensión arterial más diabetes tipo 2: PAG-DT2+ HTA. Rev. Hipertensión y riesgo vascular. 2017; 34(4):165-75. Doi: https://doi.org/10.1016/j.hipert.2017.06.003
- [14] Velázquez HM. Autogestión, factores protectores de riesgo y resultados de salud del adulto mayor con diabetes tipo 2 [internet]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2019 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: http://eprints.uanl.mx/17924/1/1080288685.pdf
- [15] Centro Nacional de Excelencia y Tecnología (CENETEC). Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2 en la Persona Adulta Mayor. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones [internet]. México: CENETEC; 2021 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxytxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxytxde_dm_en_a dultovulnerableger.pdf.
- [16] Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2020. [internet]. México: INEGI; 2020 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html
- [17] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19. Resultados nacionales. [internet]. México: ENSANUT; 2020 [citado 17 abr 2022]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf
- [18] Theodoropoulou KT, Dimitriadis GD, Tentolouris N, Darviri C, Chrousos GP. La angustia por diabetes se asocia con el control glucémico individualizado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Hormonas. [internet] 2020 [citado 17 abr 2022]; 19(4):515-21. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s42000-020-00237-3
- [19] Adu MD, Malabu UH, Malau-Aduli AE, Malau-Aduli BS. Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. Rev. PloS one. [internet] 2019 [citado 17 abr 2022]; 14(6). Disponible en: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0217771
- [20] Oliveros LA. Control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos por telemedicina durante el estado de emergencia por COVID-19 en un hospital de Lima-Perú [internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9532
- [21] Feil DG, Zhu CW, Sultzer DL. The relationship between cognitive impairment and diabetes self-management in a population-based community sample of older adults with Type 2 diabetes. Rev. Journal of Behavioral Medicine. [internet] 2012 [citado 17 abr 2022]; 35(2):190-9. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-011-9344-6
- [22] Ballesteros Retuerto S. Impacto de la pandemia en el control glucémico de los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 [internet]. Universidad de Valladolid. [citado 17 abr 2022] 2021. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47343
- [23] Aghilia R, Ridderstråle M, Farshchi A, Valojerdi AE, Banazadeh Z, Malek M, et al. Psychosocial factors and glycemic control in insulin-naïve and insulin-experienced people with type 2 diabetes: a path analysis model. Rev. International Journal of Diabetes in Developing Countries. [internet] 2017 [citado 17 abr 2022]; 1-9. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s13410-017-0581-2
- [24] Ortega JJ, Sánchez HD, Rodríguez M, Ortega LJ. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Rev. Acta médica Grupo Ángeles [internet] 2018 [citado 17 abr 2022]; 16(3):226-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

- ¹ Yesenia de la Cruz Hernández
- ¹ Patricia Cruz Bello
- ¹ Miriam Verónica Flores Merino
- ¹ Diana Jiménez Vargas
- Dora María Cleotilde Martínez Albarrán
- ¹ Alejandra de la Cruz Martínez

Intervención educativa de enfermería para la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes

¹ Facultad de Enfermería y Obstetricia. Uaeméx. México.

Dirección de contacto: yesenia.dlcruz@gmail.com

Cómo citar este artículo:

De la Cruz Hernández Y, Cruz Bello P, Flores Merino MV, Jiménez Vargas D, Martínez Albarrán DMC, de la Cruz Martínez A. Intervención educativa de enfermería para la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes. RIdEC 2022; 15(Supl. 1):57-64.

Fecha de recepción: 2 de abril de 2022. Aceptada su publicación: 20 de abril de 2022.

Resumen

Objetivo: evaluar la aplicación del programa de intervención de enfermería en adolescentes mexiquenses de primer año de preparatoria del ciclo escolar 2020-2021, como fomento a la prevención de conductas sexuales de riesgo.

Método: estudio cuantitativo, cuasi-experimental de pretest y postest con intervención educativa en 73 estudiantes de 15 a 17 años. Se determinaron características sociodemográficas y conductas sexuales de riesgo mediante el cuestionario Estilos de vida, aplicado antes y dos meses después de la ejecución del programa. El análisis de datos se efectuó con IBM SPSS 25, se establecieron frecuencias, porcentajes y correlaciones con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, se consideraron diferencias estadísticamente significativas los valores de p< 0,05.

Resultados: predominó la edad de 15 años tanto en el sexo femenino como el masculino con un 46,5% y 39,7% respectivamente. El 74% vive en una familia nuclear siendo su principal ocupación el ser estudiantes. Previo a la intervención, únicamente el 32,9% consideraba conductas sexuales de riesgo: mantener relaciones coitales sin protección o con desconocidos y tener varias parejas sexuales; posterior a la aplicación del programa hubo un incremento al 94,4% para su consideración (p 0,002).

Conclusiones: las intervenciones educativas otorgadas por el profesional de enfermería representan un impacto significativo en los adolescentes, ya que, realizándolas oportunamente, se pueden prevenir conductas sexuales que generen riesgos a su salud.

Palabras clave: adolescente; conducta sexual; salud sexual; Educación en Salud; enfermería.

Originales. Intervención educativa de enfermería para la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes

Abstract

Educational nursing intervention for the prevention of sexual risk behaviours in adolescents

Objective: to evaluate the application of the nursing intervention program in Mexiquense adolescents at their first year of high school in the academic year 2020–2021, in order to promote the prevention of sexual risk behaviours.

Method: a qualitative quasi-experimental pre-test and post-test study with educational intervention in 73 students between 15 and 17 years old. Sociodemographic characteristics and sexual risk behaviours were determined through the Lifestyles questionnaire, applied before and two months after the program was implemented. Data analysis was conducted with IBM SPSS 25; frequencies, percentages and correlations were determined through the Wilcoxon signed-rank test, and p< 0.05 values were considered statistically significant differences.

Results: the predominant age was 15 years, both in the female and male genders, with 46.5% and 39.7% respectively; 74% were living with their nuclear family and their main occupation was being students. Before the intervention, only 32.9% considered engaging in sexual activity without protection or with strangers and having many sexual partners as sexual risk behaviours; after the application of the program there was a 94.4% increase in their consideration (p 0.002).

Conclusions: the educational interventions applied by Nursing professionals will cause a significant impact on adolescents; when conveniently conducted, sexual behaviours that will generate health risks can be prevented.

Key words: adolescent; sexual behaviour; sexual health; Health Education; nursing.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano comprendido desde los 10 a 19 años, es considerada una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano.

La adolescencia (2) inicia desde la pubertad, cuando el individuo comienza a experimentar una serie de transformaciones intensas que repercutirán en su esfera biológica, psicológica y social; el cese de este periodo será el indicio de avanzar a la etapa adulta.

En esta etapa aparecen los caracteres sexuales secundarios, en un periodo de turbulencia con gran ambivalencia afectiva, aumenta la experimentación sexual, cambios impredecibles de conducta y carácter que pueden estar determinados por influencias sociales y educativas (3). Los cambios representan una amplia variación dentro de la normalidad; sin embargo, su conocimiento resulta útil para diferenciarlos respecto de las anomalías en el desarrollo físico y psicosocial (4).

Por ende, una conducta sexual de riesgo (5) se considera como la exposición de una persona a situaciones que pueda ocasionar daños a su salud o a la de otra, a través de la posibilidad de: contagio por enfermedades de trasmisión sexual; inicio no elegido, involuntario y desprotegido de vida sexual; exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones inadecuadas (6).

En el ámbito global, antes de cumplir 20 años, los adolescentes ya son sexualmente activos; en México, el inicio de vida sexual oscila entre los 15 y los 19 años (7). Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) señala que el 68,6% de las y los adolescentes de 12 a 19 años utilizó de manera consistente algún método anticonceptivo entre el 2018-2019; el condón fue el método más empleado y el 80% de los hombres tuvo mayor prevalencia de uso (8).

Un estudio realizado en la Ciudad de México (9) identificó alta frecuencia de conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes, se observó que el 29,7% inició su vida sexual entre los 14 y 15 años; asimismo, el 24,4 % ya había tenido más de tres parejas sexuales y 48,2% no utilizaba condón.

El abordaje hacia las conductas sexuales de riesgo en adolescentes plantea cada vez grandes desafíos, debido a que el diseño e implementación de programas debe ir enfocado hacia la prevención de estas conductas y con la finalidad de proporcionar información oportuna acerca de los riesgos y las consecuencias de iniciar tempranamente la vida sexual (10).

La prevención consiste en educar, potenciar el desarrollo integral de la persona, fomentar la adquisición de las habilidades para saber afrontar y resolver aquellas situaciones que pongan en riesgo su salud; al potenciar la educación sexual se genera autonomía que permitirá al adolescente convertirse en un adulto sexualmente saludable, con la capacidad para evitar los riesgos a través de una correcta toma de decisiones (11).

La evidencia demuestra que la intervención de enfermería debe seguir fomentándose en este ámbito (12), ya que el conocimiento por sí solo no basta para prevenir conductas de riesgo, ejemplo de lo anterior es el programa educativo preventivo "Dilo por Dos", que posterior a la intervención mostró un aumento significativo en el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes para prevenir conductas de riesgo (13).

El objetivo del estudio radicó en evaluar la aplicación del programa de intervención diseñado y aplicado por el personal de enfermería a los adolescentes de la preparatoria de San Cristóbal Tecolit, Zinacantepec, México, para prevenir las conductas sexuales de riesgo.

Método

Diseño del estudio: cuantitativo, cuasi-experimental en el cual se aplicó un programa de intervención educativa de enfermería, durante enero de 2020 a marzo de 2021.

Población y muestra: la población estuvo conformada por 120 alumnos de primer año de preparatoria ubicada en San Cristóbal Tecolit, Zinacantepec, México. El tipo de muestreo fue de conveniencia a criterio del investigador, tomando como referente la postura de la institución educativa al ser alumnos de primer año con factores predisponentes hacia conductas sexuales de riesgo y con la intención de continuar con intervenciones de enfermería en el segundo y tercer año; por tanto, la muestra estuvo constituida por 73 adolescentes.

Variables de investigación: la intervención educativa (pretest y postest) es la variable independiente. Las dependientes son las conductas sexuales de riesgo (mantener relaciones coitales sin protección o con desconocidos y tener varias parejas sexuales); así como las respuestas del cuestionario: actitudes y prácticas de salud, necesidades de salud sexual y capacidad de autocuidado.

Recogida de datos: se utilizó un cuestionario de Estilos de vida, que ha sido validado por expertos que acreditaron experiencia en el área, y valor de 0,8 de confiabilidad con alfa de Cronbach. El cuestionario tiene dos secciones, la primera se refiere a datos sociodemográficos, y la segunda sobre la salud sexual del adolescente con 50 preguntas de opción múltiple, subdivida en tres dimensiones: Actitudes y prácticas de salud, necesidades de salud sexual y capacidad de autocuidado.

Procedimiento: se realizó la gestión correspondiente con las autoridades, orientadores escolares y padres de familia de la institución educativa, a quienes se les dio a conocer el objetivo, el procedimiento y los beneficios de la investigación. Una vez que se obtuvo el permiso, se invitó a los adolescentes a participar en la investigación, se les explicaron las actividades a realizar y previo asentimiento informado se les pidió contestar el cuestionario (pretest) el día 4 de febrero de 2020 en las aulas de clase.

Los resultados del pretest se procesaron mediante el programa IBM SPSS Statistics en su versión 25 y se obtuvieron porcentajes preliminares; estos permitieron generar el diseño del programa para la intervención educativa, el enfoque fue hacía las conductas sexuales de mayor riesgo y manteniendo el énfasis hacia la prevención oportuna de las mismas.

De igual manera, los temas que se seleccionaron para las sesiones correspondientes se derivan de las necesidades de información que se identificaron en los adolescentes en cada dimensión del cuestionario (actitudes y prácticas de salud, necesidades de salud sexual y capacidad de autocuidado).

Para la intervención se conformaron tres grupos, inició el 13 de octubre de 2020 y constó de cinco sesiones, impartidas semanalmente en 60 minutos a través de la plataforma Google Meet y Zoom. La temática fue: Sesión I: Conociendo mi cuerpo, Sesión II: Salud sexual y responsable, Sesión III: Conductas sexuales de riesgo, Sesión IV: Embarazo en la adolescencia y Sesión V: Métodos anticonceptivos; en cada una se emplearon actividades didácticas y lúdicas virtuales para atraer la atención del adolescente y favorecer el aprendizaje.

La participación de los alumnos fue significativa, y mediante las plataformas elegidas se brindó atención a las inquietudes y comentarios de los alumnos que lo hicieron a través del chat. Las principales fueron: uso del condón femenino, uso de la pastilla de emergencia y sus efectos, violencia sexual, eficacia de los métodos anticonceptivos y elección del método ideal.

El 10 febrero de 2021 se evaluó la intervención aplicando el mismo procedimiento del cuestionario inicial (postest).

Análisis de datos: los datos obtenidos fueron analizados con el programa IBM SPSS Statistics en su versión 25, se establecieron correlaciones y comparación de los resultados pretest y postest de la intervención empleando frecuencias y porcentajes en tablas.

Para el análisis de los datos en cada dimensión del cuestionario se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras pareadas y, en general, se consideraron diferencias estadísticamente significativas los valores de p inferiores a 0,05.

Aspectos éticos: la investigación deriva del Macroproyecto "Salud del adolescente" con registro 2019/03 del Comité de Ética e Investigación del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Los procedimientos realizados en el estudio se sustentaron en los principios básicos de la Declaración de Helsinki (14), los artículos 13, 16 y 17 (investigación con riesgo mínimo) de la Ley General de Salud en Materia de investigación (15); y finalmente, con los consentimientos y asentimientos informados de los padres y adolescentes respectivamente.

Resultados

En el estudio participaron adolescentes en su mayoría de 15 años, del sexo femenino en un 46,58%. El 74% vive en familias nucleares, siendo su principal ocupación el ser estudiantes, el resto pertenece a hogares monoparentales donde la jefa de familia es la madre.

En la primera dimensión referente a las actitudes y prácticas de salud se evaluaron los conocimientos generales de los adolescentes respecto a la temática de sexualidad antes y después de la intervención (Gráfico 1); cabe destacar que para algunas preguntas no se consideraron respuestas correctas, ya que estas consistieron en la identificación de cambios físicos, psicológicos y sociales en torno a su vivencia.

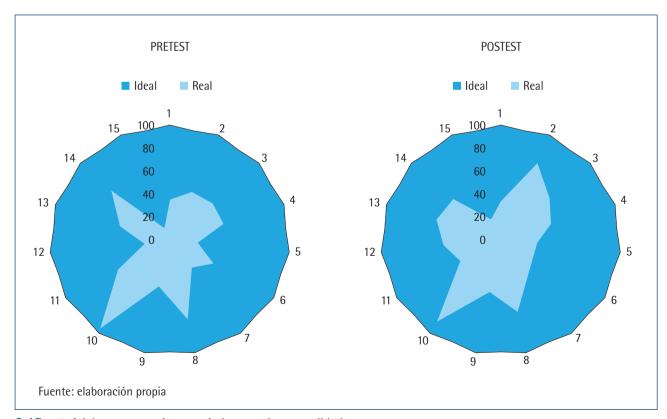


Gráfico 1. Adolescentes según conocimientos sobre sexualidad pretest y postest

Al momento de la intervención, el 21,9% de los adolescentes ya había iniciado su vida sexual activa, resaltando que la primera relación coital fue en su relación de noviazgo de ese momento y el rango de edad: 14 a 15 años.

Por otra parte, el 16,4% ha tenido una pareja sexual y el 8,2% lo representaron aquellos con más de dos. El resto de los adolescentes aún no inicia su vida sexual.

En relación con el uso de métodos anticonceptivos para quienes ya son activos, el 88,8% utiliza condón masculino. En este sentido, se destacó el incremento de adolescentes que identificaron el procedimiento idóneo para su colocación que fue de 34,2% a 79,5%.

Respecto a las conductas sexuales de riesgo que se incluyeron fueron mantener relaciones coitales sin protección o con desconocidos y tener varias parejas sexuales (Tabla 1); los resultados después de la intervención representaron una mejora para la prevención de conductas sexuales de riesgo y fue significativa (p 0,002).

Conducta	Pretest N (%)	Postest N (%)
Tener relaciones sin protección	32 (43,7%)	1 (1,4%)
Masturbación	1 (1,4%)	0
Salir a bailar	1 (1,4%)	0
Leer e informarme	1 (1,4%)	1 (1,4%)
Tener varias parejas sexuales	7 (9,6%)	1 (1,4%)
Tener relaciones con un desconocido	7 (9,6%)	1 (1,4%)
Tener relaciones sin protección o con un desconocido y tener varias parejas sexuales	24 (32,9%)	69 (94,4%)
Total	73 (100%)	73 (100%)

Para la dimensión de necesidades de salud sexual, respecto a la resolución de dudas o inquietudes acerca de temas que no se atreven a abordar con sus padres, el 53,4% de adolescentes indaga en internet, a diferencia del 39,7% que prefiere hacerlo con personal de salud.

El 75,3% de los adolescentes considera que una de las actividades primordiales para alcanzar y gozar de una sexualidad responsable es mantenerse informados adecuadamente y el 23,3% la asocia al inicio de una vida sexual activa donde se esté consciente de las implicaciones y se adquiera esa responsabilidad para cuidar su salud.

Para la última dimensión en la capacidad de autocuidado, el 20,5% consideraba que una de las ventajas de usar métodos anticonceptivos únicamente consistía en la prevención de embarazos; no obstante, se pudo observar que posteriormente, el 71,2% amplió su panorama hacia la prevención de embarazos, planificación familiar y evitar enfermedades de transmisión sexual.

En el ámbito de enfermedades de trasmisión sexual, el 69,9% de los adolescentes logró identificar las particularidades que comparten estos padecimientos: secreción verdosa o amarillenta, lesiones en el área genital, dolor al orinar y fiebre. El procedimiento para actuar ante un padecimiento de esta índole se abordó en una sesión del programa con enfoque a tratamiento y procedimientos para solicitar atención médica inmediata.

El 83,6% de los adolescentes traduce sexualidad responsable como tomar la mejor decisión acerca de su sexualidad sin riesgos para a la salud, mientras que el 12,3% considera el uso de métodos anticonceptivos.

En las tres dimensiones se observaron diferencias significativas (p< 0,05) al finalizar con las intervenciones orientadas a la prevención de las conductas sexuales de riesgo (Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones según Prueba de rangos con signo de Wilcoxon pretest y postest							
	Actitudes y prácticas de salud	Necesidades de salud sexual	Capacidad de autocuidado				
Z	-3,150*	-2,415**	-2,601*				
Sig. asintótica (bilateral)	0,002	0,016	0,009				

Fuente: elaboración propia

Discusión

Durante la etapa de la adolescencia es fundamental la educación y promoción de la salud sexual, con la finalidad de promover conductas saludables a través de información sólida para contribuir al desarrollo de una sexualidad plena (16).

La falta de educación sexual dirigida a los adolescentes desencadena conductas que pueden perjudicar su salud, ya que estos desconocen las consecuencias a las que podrían enfrentarse debido al inicio de una vida sexual precoz y además sin protección (17).

Un estudio realizado en México (18), en el que se ejecutó una intervención educativa enfocada a aumentar el conocimiento de los métodos anticonceptivos en este grupo etario, logró un avance significativo; al igual que otro enfocado a la educación sexual en adolescentes cubanos, concluyó que hubo una reducción en las conductas de riesgo que ya mantenían los adolescentes (19).

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) más reciente (2018-2019) constatan que adolescentes mexicanos de 12 a 19 años ya iniciaron vida sexual (20). Por ende, en similitud a la edad de inicio de este estudio que fue de los 14 a 15 años, se infiere que estos son a edades tempranas cuando aún no se ha alcanzado la madurez requerida y algunos no han recibido la información adecuada para afrontar dicha responsabilidad.

Para algunos autores, las conductas sexuales de riesgo se identifican como el inicio de vida sexual a temprana edad, tener relaciones sexuales sin preservativo, tener relaciones bajo los efectos del alcohol o alguna droga, tener múltiples parejas sexuales secuenciales o al mismo tiempo (21); en este estudio se consideraron: las relaciones coitales sin protección o con desconocidos y tener varias parejas sexuales; sin embargo, el programa de intervención, que fue diseñado acorde a las necesidades mostradas, permitió englobar en las sesiones las consecuencias de estas conductas traducidas a un embarazo adolescente o contagio por enfermedades de transmisión sexual principalmente.

En este sentido se ha demostrado mejoría frente a los conocimientos y las actitudes deficientes respecto a las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes que inician a temprana edad con relaciones coitales a través de intervenciones oportunas y de igual manera fortaleciendo la información para aquellos que deciden no hacerlo aún (22).

No obstante, el interés por disminuir estas conductas que colocan en peligro la salud de un grupo vulnerable también debe orientarse a conocer las creencias, prácticas religiosas, el tipo de familia, la influencia del grupo de iguales, el estilo de vida, el consumo de alcohol, entre otros (23). En este estudio los adolescentes buscan información sobre sus dudas en otras fuentes como internet, de las cuales se desconoce su veracidad, por lo que, en la intervención de enfermería se consideró pertinente orientar sobre las redes sociales donde pueden acceder a informarse acerca de su sexualidad.

Los hallazgos de este estudio fundamentan la intervención en este grupo etario, surgiendo la necesidad de ampliar el alcance hacia su familia, docentes y círculo social para potencializar las intervenciones y fortalecer las redes de apoyo, considerando que en este estudio prevalecen las familias nucleares y pese a ello, los adolescentes ya presentaban conductas de riesgo.

Por otra parte, en estudios futuros se podrían emplear como referente modelos y teorías específicos de promoción de la salud; por consiguiente, se daría solidez a líneas de investigación relacionadas con intervenciones de enfermería con enfoque en la salud escolar para la prevención de factores de riesgo.

^{*} Se basa en rangos positivos

^{**} Se basa en rangos negativos

Originales. Intervención educativa de enfermería para la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes

Conclusiones

El programa de intervención educativa de enfermería mostró resultados significativos, traduciéndose en beneficio para este grupo etario; se resalta la importancia que continúa adquiriendo el profesional de enfermería al intervenir oportunamente en el fortalecimiento de la salud sexual y la prevención de riesgos para los adolescentes.

Por consiguiente, es prioridad seguir innovando en el ámbito de la Educación para la Salud y diseñar intervenciones a largo plazo, con evaluaciones continuas que permitan empoderar a los adolescentes en la toma de decisiones respecto a su sexualidad y puedan disfrutarla plenamente sin complicaciones futuras.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud del adolescente [internet]. Ginebra: OMS; 2022. [citado 20 abr 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- [2] Valencia Valencia A de J, Mena Mena MC. Sexualidad en adolescentes escolarizados: un análisis comparativo de género. CCD [internet] 2021 [citado 20 abr 2022]; 4(4.1):50-6. Disponible en: https://www.cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/ConcienciaDigital/article/view/1924
- [3] Flores Palacios F, Leyva Flores R. Representación social del VIH/sida en estudiantes de Ciudad México. Salud Publica Mex [internet] 2003 [citado 20 abr 2022]; 45 supl 5: S624-S631. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sals035g.pdf
- [4] Hidalgo Vicario MI, Ceñal González-Fierro MJ. Hablemos de... Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. An Pediatr Contin. 2014; 12(1):42–6. Doi: http://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70167-2
- [5] Valle-Solís MO, Benavides-Torres RA, Álvarez-Aguirre A, Peña-Esquivel JN. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. Rev Enferm IMSS [internet]. 2011 [citado 20 abr 2022]; 19(3):133-6. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim2011/eim113d.pdf
- [6] United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. [internet]; 2022. [citado 20 abr 2020]. Disponible en: https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes-y-j%C3%B3venes
- [7] Dirección General de Comunicación Social (DGCS). Boletín UNAM-DGCS-348: en México, una de cada 10 adolescentes ha tenido un hijo [internet]; 2019 [citado 20 abr 2020]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_348.html
- [8] Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Hernández-Serrato MI, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. Salud Publica Mex. 2020; 62:648-60. Doi: https://doi.org/10.21149/11519
- [9] Lavielle-Sotomayor P, Jiménez-Valdez F, Vázquez-Rodríguez A, Aguirre-García, MC, Castillo-Trejo M, Vega-Mendoza S. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [internet]. 2014 [citado 20 abr 2022]; 52(1):38-43. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745480010
- [10] Alfonso L, Figueroa L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. [internet] 2017 [citado 20 abr 2020]; 21(2)193-201. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr20217.pdf
- [11] Alvarado Thimeos J. Educación sexual preventiva en adolescentes. Contextos [internet] 2013 [citado 20 abr 2022]; 29:25-42. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=51271
- [12] Alfonso L, Figueroa L, García L, Soto D. Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas [internet]. 2019 [citado 20 abr 2022]; 23(6):954-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600954

- [13] Cuellar Janampa JA. Efectividad del programa educativo preventivo "Dilo por Dos" para las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de una Institución Educativa Privada Huánuco, 2019. [Tesis licenciatura]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan, Facultad de Medicina; 2021. [citado 20 abr 2022]. Disponible en: https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/6388
- [14] Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [internet]. Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA); 2019 [citado 20 abr 2022]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- [15] Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas [internet]. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); 2019 [citado 20 abr 2022]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
- [16] Gil Hernández A, Rodríguez García Y, Rivero Sánchez M. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. AMC [internet] 2012 [citado 20 abr 2022]; 16(1):45-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000100006&lng=es.
- [17] García-Vega E, Menéndez Robledo E, Fernández García P, Cuesta Izquierdo M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research [internet] 2012 [citado 20 abr 2022]; 5(1):79-87. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539010
- [18] Lazcano M, Barrios A, Chávez A, Jiménez L, Omaña M, Sánchez M. Intervención Educativa sobre los Métodos Anticonceptivos en Adolescentes. Publicación semestral, Educación y Salud Boletín Científico [internet]. Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo 2020 [citado 20 abr 2022]; 8(16):116-22. Disponible en: https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/5519/7208
- [19] Hernández Millán ZL, Bravo Polanco E, López Hernández PC, Águila Rodríguez N, Cepero Águila L. Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y salud reproductiva. Revista Cubana de Enfermería [internet] 2015 [citado 20 abr 2022]; 31(1):3–18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v31n1/enf02115.pdf
- [20] Mejía Paillés G, Ramírez Fragoso M, Villalobos A, Muradas Troitiño M, Hubert C. Embarazo en la adolescencia, uso de métodos anticonceptivos y retos ante la pandemia por COVID-19. Gaceta INSP [internet] 2020 [citado 20 abr 2022]; 4(3). Disponible en: https://www.insp.mx/vol-12/vinculacion-sociedad
- [21] Bahamón Muñetón MJ, Vianchá Pinzón MA, Tobos Vergara AR. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. Psicología desde el Caribe. 2014; 31(2):327-53.
- [22] Lorenzo B, Mirabal G, Rodas A, González M, Botín L. Intervención de enfermería sobre educación sexual en adolescentes. Enferm Inv. [internet] 2018 [citado 20 abr 2022]; 3(3):136-41. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6602840.pdf
- [23] López Sánchez F. La sexualidad en la adolescencia. Pediatría Integral [internet] 2017 [citado 20 abr 2022]; XXI (4):278-85. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/la-sexualidad-en-la-adolescencia/

CARTA a la DIRECCIÓN

Importancia del estudiante de Enfermería en la Práctica Comunitaria

- ¹ Juan Daniel Suárez Máximo
- ² Carolina Tejeda González
- ³ Inving Alexander May May
- ³ Juan Daniel Robles Padilla
- ¹ Coordinador de la Asociación de Enfermería Comunitaria Vocalía México. Miembro de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería. Licenciado en Enfermería.
- ² Estudiante de la Licenciatura en Enfermería por la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP); Miembro de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería.
- ³ Miembro de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería. Licenciado en Enfermería.

Mail: juan.suarezma@alumno.buap.mx

Fecha de recepción: 27 de febrero de 2022. Aceptada su publicación: 04 de marzo de 2022.

Estimado editor:

La práctica de la enfermería comunitaria tiene su origen en los años 50 del siglo XX, cuando comenzó con la finalidad de poder generar promoción a la salud, teniendo como propósito poder mejorar la calidad de vida de la persona y la familia, y a su paso de la comunidad en general. Posteriormente se fue disminuyendo su impacto hasta la actualidad, es por ello que se debe retomar la práctica comunitaria como un eje del cuidado integral, y así poder empoderar a la persona para que sea parte de su proceso salud-enfermedad. El profesional de enfermería tiene su primer contacto con la comunidad desde que se encuentra en formación, siendo ahí el primer momento donde puede generar un impacto significativo en la persona y poder demostrar que la enfermera no solo se encuentra laborando en un centro sanitario, sino que a través de la promoción a la salud se pueden generar cambios significativos en la salud de la población (1).

Es por ello que es de suma importancia que la futura enfermera conozca el concepto, según la Organización Mundial de Salud (OMS), de que la enfermería comunitaria "es parte de la enfermería que desarrolla y aplica de forma integral, en el marco de la Salud Pública, los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en la salud y enfermedad" (2). Asimismo, el estudiante durante la práctica comunitaria presentará una autonomía para poder generar un cuidado integral directo e indirecto dirigido hacia la persona, familia y comunidad, es ahí donde él puede hacer uso de los conocimientos teóricos y las habilidades adquiridas en el aula y así poder llevarlos a la práctica con la finalidad de promover y mantener la salud en la población (1,3).

El estudiante de enfermería, a través de la práctica comunitaria, podrá promover y restaurar la salud de los individuos de la comunidad por medio de acciones individuales y/o colectivas, que permitirán la adaptación de un nuevo modo de estilo de vida saludable que potencie un nivel óptimo de bienestar, por ende, autocuidado en el individuo y en su ámbito familiar y comunitario. La promoción de la salud llevada a cabo mediante la práctica comunitaria de enfermería reconocerá los medios de práctica comunitaria para mejorar su salud y en el caso de presentar un proceso de enfermedad ejercer un control adecuado de la misma. Dicha práctica debe tener como finalidad un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, logrando que ellos sean capaces de tener una autonomía sobre su salud (3,4).

CARTA a la DIRECCIÓN

Se debe enfatizar al estudiante de enfermería que en la práctica comunitaria es donde se puede generar una mayor autonomía profesional, ya que se trabaja de manera directa con el individuo y la familia para así poder llevar a cabo una atención en el cuidado de la salud comunitaria por medio de los cuidados integrales y lograr estilos de vida saludables, haciendo que se genere un aumento en los estándares en la calidad de vida la persona, familia y comunidad. Hoy en día debemos darle una mayor importancia, durante la preparación profesional, a la práctica comunitaria por todos los beneficios que esta puede tener en la población en función de la prevención de enfermedades; así como la educación de las enfermedades ya latentes en la comunidad y, por ende, una disminución de las complicaciones de las mismas (4,5).

Bibliografía

- [1] Pisano G, González P, Abad B. Enfermera comunitaria y familiar: Claves presentes, desafíos futuros. Enferm Clin 2019; 29(6):364-8. Doi: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.005
- [2] World Health Organization (WHO). Year of the Nurse and the Midwife 2020 [internet]. Geneva: WHO; 2020. [citado 15 abr 2020]. Disponible en: https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020
- [3] Rodríguez Gómez R. Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. Rev. Univ. Ind. Santader Salud. 2017; 48(3):490-7. Doi: http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n3-2017007
- [4] García Guzmán LF. Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. RIdEC 2016; 9(1):54-67.
- [5] Bennasar Veny M. La Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y la importancia de una formación basada en evidencia. Evidentia. [internet] 2010 jul-sep [citado 15 abr 2022]; 7(31). Disponible en: www.index-f.com/evidentia/n31/ev3111.php

}

Próximas convocatorias de Posgrados con Acreditación ECTS



Máster en Urgencias y Emergencias para Enfermería

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas





Máster en Enfermería Quirúrgica

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas





Máster en Administración y Gestión

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas





Fechas de inicio desde el 16/05/22