

RIdEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



SUMARIO

Editorial

Espacio AEC

Iniciativa Marco de Cuidados del Sistema Nacional de Salud (SNS)

Artículo Especial

Una Salud, vivimos en un mundo interconectado

Originales

- Picnic-mapeo: una nueva técnica de mapeo de activos y emociones
- Descripción de las intervenciones de salud comunitarias realizadas en el Centro de Salud Pla Vinalopó Elche: Semana de la Salud

Revisiones

- La celiacía: una enfermedad biopsicosocial. Revisión sistemática

- Efectos de la bailoterapia sobre variables cognitivas en mujeres: una revisión sistemática

- El Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) como instrumento de medida del conocimiento de la diabetes: una revisión narrativa

Carta a la dirección

Implicaciones de Enfermería en el tratamiento de profilaxis posterior a la exposición

Relatos

- Reunión de equipo
- Nuestra estrella de esperanza
- Más allá de las fronteras en la enfermería comunitaria

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

DAE
EDITORIAL

RIdEC

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

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

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

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

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

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

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

Esta publicación es miembro de:



Esta publicación está incluida en:



Dirección editorial, redacción y administración: Difusión Avances de Enfermería (DAE). C/ Bernardino Obregón, 30. 28012 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 e	54 e
Instituciones	54 e	67 e
Estudiantes	29 e	36 e

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

EDITORES ASOCIADOS

Dr. José Ramón Martínez Riera
 Dra. Ana Magdalena Vargas Martínez
 Dr. Pablo Alberto Sáinz-Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza	Dra. Begoña Pellicer García	Dra. Patricia Moreno Marín
Dra. Edurne Zabaleta del Olmo	Dr. Jorge Mínguez Arias	Dr. Gonzalo Duarte Climents
Luis Carlos Redondo Castán	Dr. Enrique Castro Sánchez	Dra. María Pilar López Sánchez
Dra. Maribel Mármol Lopez	Dr. Juan José Suárez Sánchez	Dra. Ruth Angélica Landa Rivera
Dra. M ^a José Cabañero Martínez	Dra. Marta Lima Serrano	Dra. María de Jesús Jiménez González
Miguel Ángel Díaz Herrera	Dra. Begoña Sánchez Gómez	Dra. Gabriela Maldonado Muñoz
Mireia Ladios Martín	Dra. María Ángeles de Juan Pardo	Dr. José Luis Mendoza García
Dr. Raúl Juárez Vela	Dr. Enrique Oltra Rodríguez	Dra. Natalia Ramírez Girón
Dr. Jorge Casaña Mohedo	Dr. Ramón Antonio Oliveira	Francisco Javier Pastor Gallardo
Dr. Antonio Ruíz Hontangas	Antonio García Iriarte	Dra. Beatriz Sánchez Hernando
Dr. Pablo Martínez Cánovas		

CONSEJO ASESOR

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

RIdeC

Sumario • Summary

Vol. 17 - nº 1 junio-noviembre 2024

Editorial

- Intervenciones comunitarias: participación comunitaria y medida del impacto 4
Dr. Vicente Gea Caballero

Espacio AEC

- Iniciativa Marco de Cuidados del Sistema Nacional de Salud (SNS) 6
Dra. Maribel Mármol López

Artículo especial

- Una Salud, vivimos en un mundo interconectado..... 8
Eduardo Galante

Originales

- Picnic-mapeo: una nueva técnica de mapeo de activos y emociones 12
Pedro Prieto Zambrano, Elena Hernández Ortega, Javier Chicote Platero, Ana María Del Olmo Tornero, Paula Villarreal Granda, Leticia Sierra Martínez, Guillermo Miguel Sacristán
- Descripción de las intervenciones de salud comunitarias realizadas en el Centro de Salud Plà Vinalopó Elche:
Semana de la Salud 18
Pablo Santiago Serna Berná

Revisiones

- La celiaquía: una enfermedad biopsicosocial. Revisión sistemática..... 29
Alicia Montes Orts, Elena García Cuevas, María Isabel Mármol López
- Efectos de la bailoterapia sobre variables cognitivas en mujeres: una revisión sistemática..... 42
Karen Daniela Neira-Fernández, Erick Landeros-Olvera, Lizbeth Morales-Castillejos, Sonia Carreño-Moreno, Karla Guadalupe Cholula-Cordero, Octavio Jiménez-Garza
- El Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) como instrumento de medida del conocimiento
de la diabetes: una revisión narrativa..... 53
Pedro Jorge Araujo, Dara Quevedo Elvira, Azahara García García, Rita Nieves Montesdeoca Gutiérrez, Dácil Santana Ruiz, M^a Desirée Rodríguez Díaz

Carta a la dirección

- Implicaciones de Enfermería en el tratamiento de profilaxis posterior a la exposición..... 71
Juan Daniel Suárez Máximo, Juan Yovani Telumbre Terrero

Relatos

- Reunión de equipo..... 73
Cristina Hernández Pérez
- Nuestra estrella de esperanza..... 77
Leire Labiano Macías
- Más allá de las fronteras en la enfermería comunitaria 84
Teresa Pozo Rico

Editorial

INTERVENCIONES COMUNITARIAS: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y MEDIDA DEL IMPACTO

Tradicionalmente, las enfermeras de Atención Primaria prestamos atención clínica e integral a personas, sanas o enfermas, además de atención menos clínica a familias, grupos y comunidades. Desde una visión un tanto más global y acorde con la filosofía y los principios y fundamentos de la Atención Primaria de Salud (APS), esta debe ser más sólida y consolidar una atención que priorice no solo a las personas en la individualidad, sino al trabajo grupal y comunitario. En ese sentido, son ingentes los esfuerzos de las enfermeras comunitarias para superar las barreras organizativas y operativas que encuentran en el propio sistema, y lograr diseñar, planificar e implementar intervenciones grupales y comunitarias orientadas a la promoción de la salud (con intervenciones generales o concretas que estimulan además el desarrollo comunitario), y a la prevención de enfermedades y riesgos (sobre colectivos más concretos, además de sobre el medio ambiente y los entornos de vida). El trabajo realizado con colectivos en entornos laborales, escolares o sociales, como el asociacionismo comunitario o la administración local, son grandes ejemplos de ello. El esfuerzo para dicho desempeño no es menor, las manos y las profesionales dedicadas a ello no siempre son muy numerosas, y el tiempo disponible para hacerlo no siempre es ni el deseado, ni siquiera el aconsejable.

En el caso de aquellos proyectos que se han podido implementar y se han considerado exitosos (frecuentemente educativos), muchos incluso han consolidado y son de naturaleza continuada (y no espontánea o transversal), con buenas dosis de participación comunitaria en niveles de participación aceptables y no testimoniales. Convendría, sin embargo, hacer una reflexión al respecto: ¿Cómo se mide el éxito o fracaso de una intervención comunitaria o de un proyecto comunitario? ¿Cómo diseñamos y nos aseguramos de que la participación de la comunidad en el mismo es adecuada? (1).

Estas preguntas ni son menores, ni conviene menospreciar los resultados ni la confianza en ellos. Tampoco lo es la responsabilidad que tenemos de que, en un ideal de participación, el objetivo superior debe ser siempre que la propia comunidad sea capaz de gestionar autónomamente los proyectos y que los/las profesionales del sistema de salud seamos actores de la misma relevancia que la comunidad, nunca más, cediendo ese liderazgo a una comunidad que, si alcanza esos niveles, consideraremos que es más madura y desarrollada (1). Y es bien conocido que las comunidades más desarrolladas son las que más recursos suelen tener, pero también las más empoderadas, equitativas e igualitarias; y esto se traduce en un menor impacto de los determinantes sociales de la salud sobre la población (en especial sobre población vulnerable), reduciendo la brecha existente entre estratos sociales y, por ello, ayudando a reducir las desigualdades injustas y evitables que hacen que la variabilidad en salud no sea generada por el azar.

Por ello, es necesario que cuando hagamos el esfuerzo de planificar y desarrollar proyectos comunitarios, tengamos en mente desde el inicio estos dos puntos clave: por un lado, tener presente la necesidad de que la población sea protagonista desde el inicio, desde el diseño. Y, por otro lado, destacar que es necesario medir el resultado de las propias intervenciones comunitarias. Ni una ni otra consideración son sencillas. Contemplar la participación de la comunidad como iguales, no es habitualmente una costumbre profesional, como tampoco lo es contemplar que otros sectores participen (técnicos de administración local u otros sectores como el educativo, por ejemplo). Y más complejo aún, medir el resultado de las intervenciones no siempre está al alcance de todos/as, o no siempre sabemos o podemos hacerlo.

En cuanto a la participación comunitaria, me permito compartir el resultado de alguna investigación que podrían ayudar a quienes pongan en marcha proyectos y quieran contemplar que el nivel de participación de la comunidad sea, como mínimo, aceptable. Los esfuerzos de Casseti et al. (2) al respecto son de sumo interés para entender y mejorar la participación:

han desarrollado una herramienta, Evalguía, que próximamente se compartirá con toda la sociedad y que ayudará a los equipos desde el inicio del proyecto a mejorar la participación (<https://evaluagps.com/>).

Por otro lado, nos queda abordar el hecho de medir el impacto de las intervenciones comunitarias, otro complejo objetivo que ayudará a conocer el resultado y a mejorar la sostenibilidad de dichos proyectos, reduciendo la desigualdad (3). Como he dicho, cuestiones complejas, metodológicamente dificultosas y multidimensionales, pero que es necesario incluir como objetivo para no solo conocer si han sido válidas o no y compartirlo en publicaciones científicas; sino también para convertir en costumbre este tipo de mediciones, y contribuir a fortalecer la evidencia de acciones desarrolladas en el ámbito grupal y comunitario, en la salud comunitaria. Ayudará, además, a dejar claro los proyectos de valor e identificar proyectos que, aunque sean social y sanitariamente de interés, en su forma actual no aportan resultados en forma de cambio. Esto supondrá pues mayor investigación experimental, en detrimento de estudios de corte más transversal u observacional, en el camino de madurar la investigación en enfermería comunitaria, estudios de los cuales *RIdEC* ya cuenta con algunos publicados y tiene sumo interés en difundir (4).

Dr. Vicente Gea Caballero

Editor Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC, AEC

Bibliografía

1. Cassetti V, López-Ruiz MV, Gallego-Royo A, Egea-Ronda A, Gea-Caballero V, Aviñó Juan Ulpiano D, et al.; EvalUA GPS Research Group. Asistir, consultar, involucrar: ¿es necesario redefinir el concepto de participación comunitaria? *Gac Sanit.* 2023; 37:102344. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023>
2. López-Ruiz MV, Pola M, Enríquez Martín N, Cassetti V, Iriarte de los Santos T, Benedé Azagra CB. ¿Cómo mejoramos la participación comunitaria en salud? Análisis de las acciones propuestas tras la aplicación de una herramienta de evaluación. *Aten Primaria.* 2024; 56(5):102847 doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102847>
3. Suárez Álvarez O, Fernández-Feito A, Vallina Crespo H, Aldasoro Unamuno E, Cofiño R. Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad. *Gac Sanit.*; 32(6):579-81. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.008>
4. Navarro del Río L. Proyecto de intervención de enfermería en Atención Primaria en el cuidador informal del enfermo con alzhéimer. *RIdEC* 2017; 10(2):40-54.

ESPACIO AEC

Iniciativa Marco de Cuidados del Sistema Nacional de Salud (SNS)



Dra. Maribel Mármol López
Presidenta de la Asociación de
Enfermería Comunitaria (AEC)

IMACU

Tras la constitución en el año 2023 del Grupo Coordinador, el Comité Institucional y el Comité Científico-Técnico para la Iniciativa Marco de Cuidados del SNS (IMACU), el pasado mes de abril desde la Dirección General de Sanidad, se presentó en el Ministerio de Sanidad el resultado del trabajo realizado hasta ahora por los comités y otros grupos de trabajo, cuya finalidad es mejorar la salud de la población, a través de un marco de cuidados que dé respuesta a las necesidades en salud de la población, avanzando hacia la excelencia en cuidados, la sostenibilidad del SNS, redefiniendo la competencia en cuidados, el liderazgo y el avance y la innovación en estos.

Los ejes en los que se fundamenta la estrategia pretenden definir un modelo de cuidados enfermeros, darle visibilidad y liderazgo, a la vez que fortalecer la investigación en cuidados, priorizando la necesidad de desarrollo profesional y la adecuada ordenación de la profesión enfermera a través del fortalecimiento de las Especialidades antes de la creación de otras figuras emergentes como la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), que se abordará según las necesidades identificadas y la evidencia en resultados en salud.

La iniciativa y las cinco líneas estratégicas, lideradas por cinco enfermeras, que marcan la hoja de ruta de los cuidados, fueron presentadas en el Ministerio el pasado 7 de mayo de 2024, en el acto de celebración del Día Internacional de la Enfermera, en el cual participaron representantes de Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes y Ciudadanos, así como el Consejo profesional de Enfermería y Sindicatos.

La primera de las líneas estratégicas que aborda IMACU es la *Situación de necesidades en salud*, identificando las necesidades en salud de la población en función de la planificación de intervenciones, definiendo la proyección de dichas necesidades y analizando la situación de las necesidades profesionales (enfermeras generalistas, especialistas, otras figuras y TCAE). Identificar las necesidades en salud de la población.

El desarrollo de un nuevo *Modelo de cuidados*, como segunda línea estratégica, pretende definir un modelo de cuidados enfermeros que cubra las necesidades reales y sentidas de cuidados de la población para el entorno nacional, teniendo en cuenta la definición de perfiles necesarios de enfermeras generalistas, especialistas y otras figuras con posibles acreditaciones y acreditaciones avanzadas en áreas específicas de cuidados y TCAE, a través de la identificación de modelos de cuidados integrales (Atención Primaria, Hospitalaria y Sociosanitaria).

En el nuevo modelo de cuidados la promoción del autocuidado, la alfabetización en salud, la participación ciudadana, la salud pública, la sostenibilidad de los cuidados en el SNS y la coordinación sociosanitaria, son fundamentales.

La tercera de las líneas estratégicas, *Reorientación competencial en cuidados*, prioriza el desarrollo profesional mediante la definición de un itinerario de desarrollo competencial en cuidados con un marco normativo que permita un mayor avance en estos.

La *Visibilización y liderazgo enfermero*, cuarta línea estratégica, proyecta posicionar a las enfermeras en la toma de decisiones, estableciendo estrategias de visibilización, aumentando la colaboración y el desarrollo en el ámbito internacional,

creando y concretando puestos de responsabilidad y toma de decisión real en el organigrama del Ministerio y de todas las Consejerías Autonómicas. La modificación de la normativa y legislación, que actualmente impide el desarrollo de las enfermeras, es otro de los compromisos del Ministerio.

Finalmente, la quinta línea estratégica, *Investigación e innovación en cuidados*, promueve el desarrollo de la investigación en cuidados y la cultura de prácticas innovadoras en cuidados basadas en la evidencia, a través del desarrollo de un sistema de indicadores en cuidados para todas las CC.AA. que evalúe el impacto y la efectividad de las intervenciones y apoyando, facilitando, y reconociendo la importancia de la investigación en cuidados por parte de las organizaciones sanitarias y administraciones públicas.

Desde AEC, esperamos que la Iniciativa Marco de Cuidados del Sistema Nacional de Salud (IMACU), pase a ser una realidad lo antes posible para poder dar respuesta eficaz y eficiente a las necesidades de cuidados de las personas, las familias y la comunidad.



Dra. Maribel Mármol López
Presidenta
Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

UNA SALUD, VIVIMOS EN UN MUNDO INTERCONECTADO

Eduardo Galante. Profesor Emérito. Director del Museo de la Biodiversidad de la Universidad de Alicante. Instituto de investigación CIBIO (Centro Iberoamericano de la Biodiversidad). Universidad de Alicante. España.

Dirección de contacto: galante@ua.es

Cómo citar este artículo:

Galante E. Una Salud, vivimos en un mundo interconectado. RIdEC 2024; 17(1):8-11.

Fecha de recepción: 5 de febrero de 2024.

Fecha de aceptación: 23 de marzo de 2024.

Resumen

Abordamos la visión reduccionista de la salud, que gran parte de la población restringe a la inversión en infraestructura sanitaria, profesionales y medicamentos, sin considerar la interconexión con el medioambiente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que un alto porcentaje de enfermedades son consecuencia del cambio climático, la contaminación y la destrucción del entorno natural (entre otros), que supondrían más de 250.000 muertes adicionales anuales.

A pesar de esta alarmante situación, la sociedad permanece en gran medida inconsciente. Científicos y profesionales de la salud han alertado durante décadas sobre las consecuencias de la degradación ambiental para la salud humana: por ejemplo, muchos medicamentos provienen principalmente de plantas y animales que habitan en ecosistemas amenazados.

El concepto de One Health destaca la interconexión entre la salud humana, animal y ambiental. La pandemia de covid-19 ejemplifica esta conexión. La crisis mostró la necesidad de un cambio de rumbo, pero la reacción fue temporal y se ha vuelto a priorizar la tecnología sobre el respeto por la naturaleza.

El texto concluye que la responsabilidad de cambiar este enfoque recae tanto en los dirigentes políticos como en la propia sociedad. Se han de adoptar modelos de desarrollo respetuosos con el medioambiente para evitar el colapso y garantizar un futuro saludable. La adopción del concepto de One Health es esencial para este cambio.

Palabras clave: cambio climático; salud ambiental; pandemias; One Health.

Abstract

One Health, we are living in an interconnected world

We address the reductionist view of health: that a major part of the population restricts to the investment in healthcare infrastructure, professionals and medications, without taking into account the interconnection with the environment. The World Health Organization (WHO) is warning that a high proportion of diseases are a consequence of the global climate change, the contamination, and the destruction of the natural environment (among others), which would represent over 250,000 additional deaths per year.

Despite this alarming scenario, society remains unaware to a high extent. Scientists and health professionals have been warning for decades about the consequences of environmental degradation for human health; for example, many medications are primarily based on plants and animals living in threatened ecosystems.

The One Health concept highlights the interconnection between human, animal and environmental health. The COVID-19 pandemic is an example of this connection. The crisis showed the need for a change in direction, but this reaction was temporary, and technology has been prioritized again over respect for nature.

The conclusion of this text is that the responsibility for this change of approach lies both in political leaders as in the society itself. Models of development that respect the environment must be adopted, to prevent collapse and guarantee a healthy future. The adoption of the One Health concept is essential for this change.

Key words: global climate change; environmental health; pandemics; One Health.

Tenemos una visión muy parcial de lo que es la salud y de los factores de que depende. Para gran parte de la sociedad se trata tan solo de invertir en centros de salud, profesionales de la medicina y medicamentos. Nos hemos alejado de la naturaleza y se nos olvida que de ella formamos parte y que, en gran parte, nuestro estado de bienestar depende de la salud del medioambiente en el que estamos inmersos.

Quizás sea duro reconocer, como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1,2), que un alto porcentaje de las enfermedades que padece la población humana se debe a efectos del cambio climático, contaminación del entorno y destrucción del mundo natural. Esta organización señala que actualmente más de 3.600 millones de personas ven deteriorado su estado de bienestar por el cambio climático, calculando que en los próximos treinta años se producirán más de 250.000 muertes anuales adicionales debido al deterioro ambiental a que estamos sometiendo al planeta. Ante esta creciente destrucción de la naturaleza, sin embargo, gran parte de la población permanece impasible e inconsciente sobre lo que esta situación supone para nuestra salud. Paradójicamente, no se es consciente de que los medicamentos que utilizamos cotidianamente proceden, en su mayoría, de plantas y animales (3-6) que habitan en lugares muchas veces sometidos a procesos de destrucción irreversible que eliminan biodiversidad. Sin embargo, desde hace décadas los científicos y profesionales de la salud nos alertan de que son millones de vidas de seres humanos las que cada año se apagan como consecuencia de las agresiones a que hemos sometido a nuestro planeta. Somos una especie más en este entramado de la vida que, a pesar de nuestra supuesta inteligencia, se comporta de manera irracional, invirtiendo recursos en destruir una naturaleza que nos provee de grandes beneficios para nuestra salud para después volver a invertir otros muchos recursos con el fin de compensar los daños ambientales ocasionados y que están afectando a nuestro estado de bienestar. Es este un tema que cada vez preocupa más a distintos sectores sociales que, sin embargo, no logran que sea asumido con seriedad, ni por los que rigen nuestros destinos, ni por gran parte de nuestros conciudadanos. Quizás la percepción que nuestras cortas vidas nos proporciona no permita ver mucho más allá de unos cuantos años, eliminando la perspectiva histórica de donde venimos y hacia dónde se dirige la humanidad.

La historia nos habla de ejemplos de colapso de grandes civilizaciones que desaparecieron por problemas de degradación ambiental (7,8), y es responsabilidad de las generaciones actuales dejar un mundo en el que vivir no dependa solo de desarrollos tecnológicos sino de tener un entorno saludable. Me preocupa la deriva que nuestro mundo está teniendo, por eso, cuando mi buen amigo José Ramón Martínez Riera me invitó a escribir esas líneas, más por amistad que por conocimiento, acepté superando el temor a escribir sobre un tema en el que hay muchos profesionales mucho más preparados.

Hablar de *Una Salud* es remover los sentimientos con que hace poco más de tres años nos despertábamos incrédulos ante las noticias que nos llegaban, ya que estábamos siendo afectados por una pandemia de origen zoonótico que llenaba hospitales y provocaba diariamente un elevado número de fallecidos. La bautizamos como la covid-19, y aprendimos que se trataba de un coronavirus cuyo reservorio era un animal desde donde había pasado a los humanos (9). Nos cogió desprevenidos, las autoridades de los distintos países estaban desconcertadas, no se había previsto una pandemia como aquella y, sin embargo, en esa primavera de 2020, realizando un rápido examen de la bibliografía científica existente en Web of Science database, podíamos encontrar más de 8.000 publicaciones en los últimos diez años en las que los científicos alertaban de la posibilidad de que se produjesen graves epidemias en humanos transmitidas por coronavirus procedentes de una maltrecha naturaleza. El problema no era nuevo, se venía anunciando desde el año 2000, cuando se introdujo por primera vez el concepto de *Una Salud* (10), un concepto conocido en el mundo científico y conservacionista, que reconoce que vivimos en un mundo interconectado, donde nuestra especie no es más que una pieza del gran rompecabezas que es la vida que nos rodea y nos mantiene vivos. Un inmenso rompecabezas con millones de piezas conformadas por cada uno de los seres vivos que, desde las bacterias y los virus hasta nosotros, los humanos, forman el entramado de la vida. *Una Sola Salud*, un concepto que entonces recuperamos para difundirlo de nuevo a la sociedad con más facilidad, e intensidad si cabe, bajo la afortunada expresión en inglés *One Health* (11).

Deberíamos entender, e interiorizar, que el mundo es un maravilloso mosaico de formas de vida, constituido por más de 1.800.000 especies conocidas (12) que interactúan, comparten espacio y tiempo, se desarrollan en áreas a veces muy particulares y específicas, y que en muchos lugares del mundo están amenazados. Los hábitats donde vive el resto de seres vivos que nos acompañan en esta gran aventura de la vida, donde tratan de desarrollarse y a veces simplemente de sobrevivir, están siendo reducidos y destruidos por la simple acción de una especie singular, la especie humana, que, a pesar de su capacidad de raciocinio, parece ignorar lo que es la Naturaleza y los beneficios que nos aporta.

Vivimos en un mundo globalizado, donde el modelo social predominante, impulsado por las nuevas corrientes políticas y sociales, busca resultados macroeconómicos a corto plazo basado en un desarrollo tecnológico que dé solución a nuestras carencias y necesidades vitales del día a día. Un modelo de vida que es reflejo de una sociedad cada vez más alejada de

la naturaleza, que nos lleva a un crecimiento desordenado y de espaldas a los otros seres vivos de cuyo conjunto formamos parte y dependemos. El crecimiento exponencial de nuestra especie ha sobrepasado todos los límites inimaginables, superando en más de 100 veces el nivel de población que correspondería a cualquier otro animal de nuestra talla y peso medio. Un crecimiento que fue relativamente paulatino desde los albores del Neolítico hasta iniciado el siglo XX, a donde llegamos con una población cercana a mil millones de personas, pero que en tan solo unos cien años hemos multiplicado por ocho. Un crecimiento poblacional, que unido al desarrollo de tecnologías que han facilitado el acceso a la explotación de nuevos recursos y espacios naturales, ha tenido consecuencias dramáticas para el resto de los seres vivos (13). Hemos invadido cada rincón de la Tierra, transformado y simplificado sus ecosistemas, considerado un derecho el uso y tráfico de multitud de especies que incluso en muchas ocasiones hemos eliminado, y hemos hecho prevalecer nuestros intereses económicos o personales.

Vivimos en el Antropoceno (14), una nueva era cuyos orígenes podemos situarla en el periodo industrial de finales del siglo XVIII, y en la que por primera vez desde que aparecieron las primeras formas de vida hace más de 4.500 millones de años, no son los procesos naturales quienes rigen el destino de los seres vivos, sino la acción de una sola especie, la especie humana, que altera, destruye y elimina biodiversidad (15). En las últimas décadas hemos quebrado las barreras naturales destruyendo y reduciendo bosques y selvas, invadiendo ecosistemas donde la presencia humana había sido hasta entonces reducida y limitada a pequeñas poblaciones adaptadas a esos medios. Nuestra actividad ha desplazado y eliminado a miles de especies de fauna y flora y alterado profundamente el territorio. El resultado de la destrucción de estas barreras naturales ha sido el contacto directo con especies silvestres, que en ocasiones han sido objeto de explotación como nuevos recursos o simplemente han sido eliminadas cuando su presencia se ha considerado incompatible con los intereses de nuestra especie. Nuestra acción indiscriminada e irracional ha conllevado la simplificación de la naturaleza, permitiendo el contacto con grupos animales que desde hace millones de años vivían en lugares recónditos, sin apenas contacto con asentamientos humanos. Nuestra forma de actuar en muchos lugares del mundo ha provocado que numerosas especies animales abandonen los lugares de origen y emprendan la dispersión en busca de nuevos hábitats donde poder vivir, y en su camino se han encontrado con poblaciones humanas y sus animales domésticos, provocando zoonosis que en muchos casos derivan en pandemias (16).

Es más que probable que a lo largo de la historia de la humanidad se hayan dado casos locales de zoonosis, y de hecho en la literatura científica encontramos algunos ejemplos, pero estos casos no traspasaban las fronteras locales en épocas en que la globalización de mercados no existía, y la movilidad de personas a nivel mundial era muy reducida. El problema ha venido de la mano de la profunda destrucción de la naturaleza que hemos ejercido en los últimos cien años, unido todo ello al crecimiento exponencial de la población humana, su creciente ocupación de territorios destruyendo hábitats naturales y el mal uso del desarrollo tecnológico (17).

La transmisión de enfermedades desde la naturaleza silvestre a los humanos debemos verla como un nuevo fracaso de nuestra civilización que pone de manifiesto incultura, desprecio al conocimiento científico y adopción de un modelo de vida a espaldas de la Naturaleza, creyendo que podemos usar indiscriminadamente sus recursos y destruirlos a nuestro antojo (18). En nuestra visión antropocéntrica, hemos creído que a la Naturaleza la podíamos dominar, y que este proceder no nos pasaría factura, pero la última pandemia y la pérdida del estado del bienestar provocado por la reducción de servicios y recursos que nos proporciona el mundo natural, deberían hacernos reflexionar sobre qué mundo queremos dejar a las generaciones venideras, y cómo queremos afrontar los años que nos queden de vida.

Hace poco más de tres años, en plena pandemia de la covid-19, surgían voces afirmando que esa situación adversa debería representar una oportunidad para dar un cambio de rumbo a nuestro modelo de vida y al orden de valores (19). Fue probablemente un momento de lucidez a consecuencia de la debilidad de nuestro pensamiento humano colectivo consecuencia de la fragilidad emocional que el momento nos provocaba. Han pasado casi cuatro años y ya no parece ser una prioridad la búsqueda de ese cambio de vida, de ese respeto por la Naturaleza. Todo ha vuelto a la cotidianidad, a la búsqueda del estado de bienestar artificial y exclusivamente personal basado en tecnología y no priorizando el cuidado del mundo natural. Tal como ya ocurriera en crisis precedentes, los buenos propósitos se fueron quedando por el camino para retomar el modelo de vida y desarrollo del que habíamos adjurado. No veo que los dirigentes políticos insistan en el concepto de *Una Salud*, quizás porque cuidar la Naturaleza, y proveernos de sus beneficios, es menos rentable políticamente que invertir en nuevas tecnologías que destruyen el mundo natural para después invertir en intentar repararlo a nuestro antojo, y no siempre acertado entendimiento, construyendo un mundo cada vez más alejado de la biodiversidad que nos rodea. Pero también es responsabilidad de la sociedad en general, y de cada uno de nosotros en particular, ya que deberíamos ser capaces de poner en marcha nuevos modelos de desarrollo respetuosos con el medio ambiente y la biodiversidad (20). Grandes

logros de la humanidad han sido empeños colectivos apoyados por dirigentes honestos con una clara visión de futuro, y si no queremos sucumbir como civilización engullidos por un mundo natural que agoniza, tenemos que lograr cambiar el rumbo y visión de un mundo del que hemos excluido al resto de los seres vivos.

Somos muchos los científicos, profesionales de la salud y grupos sociales preocupados por nuestro mundo natural y el estado de bienestar que gratuitamente nos proporciona la naturaleza, por ello debemos exigir acciones decididas para lograr un medio ambiente sano. El concepto de *Una Salud* debiera unirnos a todos, y espero que surjan nuevos movimientos sociales comprometidos con el necesario cambio de rumbo que la Naturaleza, y nuestro estado de bienestar reclaman.

Bibliografía

- Romanelli C, Cooper D, Campbell-Lendrum D, Maiero M, Karesh WB, Hunter D, et al. (coords.). Connecting global priorities: biodiversity and human health. A state of knowledge review. World Health Organization and Secretariat of the Convention on Biological Diversity [internet]. 2015 [citado 8 may 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/connecting-global-priorities-biodiversity-and-human-health>
- World Health Organization (WHO). Cambio Climático [internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 8 may 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
- Ambríz Pérez DL, Santos Ballardo DU. Plantas: Biofábrica de medicamentos. Saber Más. Revista De Divulgación de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo [internet] 2022 [citado 8 may 2024]; 55:56-60. Disponible en: <https://www.sabermas.umich.mx/archivo/articulos/489-numero-55/950-plantas-biofabricas-de-medicamentos.html>
- Farnsworth NR, Akerele O, Bingel AS, Soejarto DD, Guo Z. Medicinal plants in therapy. Bulletin World Health Organization 1985; 63:965-81.
- Che CT, Zhang H. Plant Natural Products for Human Health. International Journal of Molecular Sciences 2019; 20:830-3.
- Gómez-Serranillos Cuadrado MP. La ciencia de los productos naturales en el descubrimiento de fármacos. Discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Farmacia, 29 de septiembre de 2020.
- Penuelas J, Nogué S. Catastrophic climate change and the collapse of human societies. National Science Review 2023. doi: <https://doi.org/10.1093/nsr/nwad082>
- Stein D. Plague, Climate Change, and the End of Ancient Civilizations. DISCENTES Penn's Classical Studies Publication. University of Pennsylvania 2023.
- Rubal S, Mishra A, Rupa J, Jha S, Sharma ARS, Upadhyay S, et al. Human animal interface of SARS-CoV-2 (COVID-19) transmission: a critical appraisal of scientific evidence. Veterinary Research Communications 2020; 44:119-30. doi: <https://doi.org/10.1007/s11259-020-09781-0>
- Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, Boissier J, Darriet F, Duboz P, et al. The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead. Frontiers in Veterinary Science 2018; 12(5):14. doi: <https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00014>
- One Health Initiative will unite human and veterinary medicine. Archive One Health Initiative [internet]. [citado 8 may 2024]. Disponible en: www.archive.onehealthinitiative.com/index.php
- Costello MJ, May RM, Stork NE. Can we name Earth's Species before they do extinct? Science 2013; 339:413-6.
- Crist E, Mora C, Engelman R. The interaction of human population, food production, and biodiversity protection. Science 2017; 356:260-4. doi: <https://doi.org/10.1126/science.aal2011>
- Crutzen PJ. The "Anthropocene". In: Ehlers E, Krafft T. (eds.). Earth System Science in the Anthropocene. Springer, Berlin, Heidelberg 2006. doi: https://doi.org/10.1007/3-540-26590-2_3
- Malhi Y. The Concept of the Anthropocene. Annual Review of Environment and Resources 2017; 42(1):77-104.
- Sánchez A, Contreras A, Corrales JA, De la Fe C. En el principio fue la zoonosis: One Health para combatir esta y futuras pandemias. Informe SESPAS 2022. Gaceta Sanitaria 2022; 36(1):S61-S67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.012>
- Gortazar C, Reperant LA, Kuiken T, de la Fuente J, Boadella M, Martínez-López B, et al. Crossing the Interspecies Barrier: Opening the Door to Zoonotic Pathogens. PLoS Pathogens 2014; 10(6):e1004129. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1004129>
- Mishra J, Mishra P, Arora NK. Linkages between environmental issues and zoonotic diseases: with reference to COVID-19 pandemic. Environmental Sustainability 2021; 4(3):455-67. doi: <https://doi.org/10.1007/s42398-021-00165-x>
- Renieri A. COVID-19: a challenge and an opportunity. European Journal Human Genetics 2022; 3:870-1. doi: <https://doi.org/10.1038/s41431-022-01142-6>
- Oliveira RF, Bellón B, Guerra A, Valente-Neto F, Santos CC, Melo I, et al. Incorporating biodiversity responses to land use change scenarios for preventing emerging zoonotic diseases in areas of unknown host-pathogen interactions. Frontiers in Veterinary Science 2023; 10. doi: <https://doi.org/10.3389/fvets.2023.1229676>

Picnic-mapeo: una nueva técnica de mapeo de activos y emociones

¹ Pedro Prieto Zambrano
² Elena Hernández Ortega
³ Javier Chicote Platero
⁴ Ana María Del Olmo Tornero
⁵ Paula Villarreal Granda
⁶ Leticia Sierra Martínez
⁷ Guillermo Miguel Sacristán

¹ Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Circunvalación. Valladolid (España)

⁵ Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Circunvalación. Valladolid (España)

² Directora de Enfermería GAPVAE. Valladolid (España)

⁶ Coordinadora de Calidad e Investigación GAPVAE. Valladolid (España)

³ Jefe de Unidad de Coordinación de Equipos de Enfermería GAPVAE. Valladolid (España)

⁷ Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Barrio España. Valladolid (España)

⁴ Jefa de Unidad de Coordinación de Equipos de Medicina GAPVAE. Valladolid (España)

E-mail: pprieto@saludcastillayleon.es

Cómo citar este artículo:

Prieto Zambrano P, Hernández Ortega E, Chicote Platero J, Del Olmo Tornero AM, Villarreal Granda P, Sierra Martínez L, et al. Picnic-mapeo: una nueva técnica de mapeo de activos y emociones. *RIdEC* 2024; 17(1):12-7.

Fecha de recepción: 5 de enero de 2024.

Fecha de aceptación: 11 de abril de 2024.

Resumen

Objetivo: dinamizar redes y fomentar el sentido de pertenencia y cooperación a través del mapeo de activos-emociones en población adolescente, así como describir la técnica de Picnic-mapeo.

Método: el proyecto se inició en marzo de 2023 con la creación de un grupo motor comunitario. La población diana, en este pilotaje del mapeo de activos-emociones, fueron adolescentes de entre 10 y 14 años de un colegio y un instituto. Se utilizó la técnica del mapa mudo, con un algoritmo de colores para relacionar recursos y emociones. Además, se diseñaron tablas de recogida de información, para su posterior análisis cualitativo.

Resultados: participaron dos clases de 5º y 6º de Primaria, cinco clases de 1º ESO y tres clases de 2º ESO. Tras la recogida de información, se destacó que la "Alegria" se relaciona con las calles y casas del barrio, parques y campos deportivos; "Amistad" con zonas verdes y deporte; "Tristeza" con centros de salud y centros educativos; y "Rabia o ira" con zonas vulnerables. En una de las intervenciones se descubrió una nueva técnica de mapeo, nunca descrita en la literatura, la cual recibió el nombre de *Picnic-mapeo*, que consiste en un picnic saludable y, a la vez, trabajar el conocimiento del barrio y la identificación de los activos y las emociones.

Conclusiones: la técnica de Picnic-mapeo permite trabajar los hábitos saludables a la vez que se identifican los activos del barrio. El mapeo de activos-emociones es una herramienta muy útil para fomentar el sentido de pertenencia y cooperación.

Palabras clave: promoción de la salud; enfermería en salud comunitaria; sentido de coherencia; redes comunitarias.

Abstract

PICNIC-MAPPING: A new technique for mapping assets and emotions

Objective: to boost networks and encourage the sense of belonging and cooperation through mapping of assets-emotions in the adolescent population, as well as to describe the "PICNIC-MAPPING" technique.

Method: the project was started on March 2023, with the creation of a community motor group. The target population in this pilot stage for mapping of assets and emotions were 10-to-14-year old adolescents from a school and a high school. "Mute mapping" technique was used, with an algorithm of colours for the association of resources and emotions. Besides, tables were designed for data collection, for a subsequent qualitative analysis.

Results: there was participation by two 5th and 6th year classes of primary education, five 1st year classes of ESO and three 2nd year classes of ESO (Compulsory Secondary Education). After data collection, it was highlighted that "Happiness" was associated with the neighbourhood streets and houses, parks and sports fields, "Friendship" with green areas and sports; "Sadness" with health centres and educational centres; and "Rage or Anger" with vulnerable areas. In one of the interventions, a new mapping technique was discovered, never before described in literature, which received the name of "PICNIC-MAPPING": it consists in a healthy picnic and, at the same time, to work on awareness of the neighbourhood and the detection of assets and emotions. .

Conclusions: The PICNIC-MAPPING technique allows to work on healthy habits at the same time as the neighbourhood assets are identified. Mapping of assets-emotions is a very useful tool for encouraging the sense of belonging and cooperation.

Key words: health promotion; community health nursing; sense of coherence; community networks.

Introducción

Históricamente, se han desarrollado diferentes Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud, diez hasta la actualidad. En la primera de ellas, la Carta de Ottawa, llevada a cabo el 21 de noviembre de 1986 cuyo lema fue "Salud para todos en el año 2000", se definió por primera vez la Promoción de la Salud. Según la Carta de Ottawa, con la Promoción de la Salud se proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, estableciendo políticas que favorezcan elecciones saludables y permitiendo al individuo, familia y/o comunidad tener control sobre las actividades que generan o promueven la salud (1).

Además, resulta crucial hacer mención al modelo salutogénico de Aaron Antonovsky, que significa *génesis de la salud*, el cual conllevó un cambio de paradigma alejado del *modelo patogénico*, ya que se focaliza en cómo mantenernos sanos y qué factores están implicados en la salud humana y el bienestar, en los que centra su principal línea de intervención (2). Para ello, la persona debe disponer de la capacidad para utilizar los recursos con los que cuenta, considerados Recursos Generales de Resistencia. Esta capacidad se define como *sentido de coherencia*, es decir, es la capacidad para usar los recursos en función de tres factores (3): comprensibilidad (entender qué nos pasa), manejabilidad (de los recursos disponibles) y significatividad (sentir que la vida tiene sentido).

Subrayando las anteriores líneas, y continuando con la metodología de activos, según la *Guía de Acción Comunitaria para Ganar Salud* (3), se define *Mapa de activos* como el "Inventario de activos o riquezas de las que dispone una comunidad para un asunto determinado que es de interés para la salud o el bienestar de las personas implicadas, antes de intervenir, desarrollado con un proceso participativo entre las personas, asociaciones e instituciones de una comunidad". Es importante, preguntar por qué un activo es identificado como tal y para qué puede ser útil, siendo necesaria su evaluación posterior.

Otros dos conceptos importantes son los de *recurso* y *activo* teniendo en cuenta las diferencias entre ambos (3,4) (Cuadro 1):

Cuadro 1. Definición de recurso y activo	
Recurso	Activo
Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población, desde una mirada objetiva	Recurso reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas, desde una mirada subjetiva

Por otro lado, el mapeo de activos no es un fin en sí mismo, sino que, a través de las diferentes técnicas de mapeo, se debe favorecer la cooperación, integración, participación, cohesión y la investigación participada basada en la comunidad, para establecer redes entre los diferentes grupos sociales y grupos etarios, primando la convivencia y el bienestar del barrio de Pajarillos-San Isidro, en este caso. Este mapeo busca, además, la identificación y visibilización de los activos, reforzando el trabajo comunitario que se lleva desarrollando durante muchos años en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) (5); poniendo en valor el patrimonio, las riquezas y los recursos, fomentando la mejora en la salud y el bienestar, cumpliendo con el principio de equidad.

Los mapas de activos deben estar vivos y mantenerse actualizados. Así, podrán ser utilizados por la población y por los profesionales sanitarios en la consulta de Atención Primaria y en otros dispositivos sociosanitarios para realizar la recomendación de activos a la población que acuda a los mismos (6).

A través de las emociones positivas se pueden identificar aquellos lugares asociados a los activos para la salud (5).

Existen diferentes técnicas de mapeo de activos, que deben ser adaptadas a la población diana que va a identificar los mismos, consiguiendo la mayor efectividad posible. Entre ellas, se encuentran las técnicas de mapas mudos, *mapping party*, *gymkhana-mapeo*, *world café*, grupos focales, entre otras (7). Además, en este artículo se va a presentar una técnica que no ha sido descrita con anterioridad y que ha sido descubierta fruto del trabajo comunitario que se está llevando a cabo. Esta técnica ha sido denominada *Picnic-mapeo*.

Por último, el objetivo principal es dinamizar y establecer redes, fomentando el sentido de pertenencia y cooperación de las ZBS de Pajarillos-San Isidro y Circunvalación y describir una nueva técnica de mapeo, el Picnic-mapeo.

Método

En marzo de 2023 se inicia el proyecto "La transformación social a través de la salud y el bienestar en distritos vulnerables de Castilla y León" en Valladolid, con el objetivo anteriormente planteado, centrando gran parte de la atención en las familias en riesgo de o en situación de vulnerabilidad.

De metodología mixta, ya que engloba la investigación cualitativa y la cuantitativa, con perspectiva comunitaria, incluye al personal técnico (de educación, medio ambiente, servicios sociales, familia, sanidad) que conforman el grupo motor comunitario, en el ámbito político (Ayuntamiento y Consejerías) y a la ciudadanía (asociaciones vecinales, organizaciones comunitarias, etc.). Con ello, se consigue la representación de los tres protagonistas en toda participación comunitaria (PC).

El grupo motor se crea con el objetivo de establecer líneas paralelas de actuación para favorecer el dinamismo y prevenir duplicidades, así como dar una respuesta unánime ante las mismas necesidades y problemas de la población y, por supuesto, ensalzar las fortalezas y potencialidades de la comunidad.

Las ZBS de Circunvalación y San Isidro-Pajarillos tienen una población de 15.226 y 13.620 habitantes, respectivamente. En la ZBS Circunvalación se ha producido un aumento de la población en 2.700 personas, aproximadamente, donde el 49,96% son mujeres y la media de edad es de 41,68 años. Este aumento puede estar justificado por la creación de urbanizaciones residenciales y la llegada de nuevas familias. En la ZBS de Pajarillos-San Isidro, la población ha disminuido en 3.500 personas, aproximadamente, donde el 50,65% son mujeres y la edad media es de 48,05 años. Este hecho puede deberse a lo que comentaron informantes clave en entrevistas semiestructuradas como, por ejemplo, "La emancipación se produce fuera del barrio, cada vez vamos quedando menos y la población joven hace vida fuera del mismo". Además, la población cada vez está más envejecida. Esta variación en la población de ambas ZBS se ha producido en los últimos 17 años, según datos del Departamento de Estadística de la Consejería de Sanidad.

La población diana incluye a toda la población de las dos ZBS seleccionadas (Circunvalación y San Isidro-Pajarillos). El tipo de muestreo utilizado fue intencional. Para el pilotaje del mapeo de activos-emociones, la población diana seleccionada fueron adolescentes de entre 10 y 14 años del Colegio de Educación Infantil y Primaria (CEIP) Cristobal Colón y del Instituto de Educación Secundaria (IES) Galileo de Valladolid, incluidos en las ZBS. En este inicio, fueron diez clases las que participaron: dos clases de 5º y 6º de Primaria, cinco clases de 1º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y tres clases de 2º ESO. En total, 170 alumnos/as de ambos centros educativos intervinieron en el mapeo de activos-emociones.

Dentro del proyecto, se ha incluido la realización de un mapa de activos-emociones. En su inicio, se utilizó la técnica del mapa mudo, con un algoritmo de colores para relacionar recursos y emociones. Cada color hacía referencia a una emoción de la siguiente manera: Alegría (verde), Amistad (amarillo), Tristeza (azul), Ira (naranja) y Miedo (morado) (Imagen 1). Se consensó que las emociones positivas, como la alegría y la amistad, identificarían a los activos de salud, ya que producen un beneficio en la salud y el bienestar de forma subjetiva. El resto de información se utilizará como aspectos de mejora de las ZBS. Los participantes debían explicar por qué identificaban ese recurso y por qué lo asociaban a esa emoción. Todo esto fue recogido en tablas de información para su posterior análisis cualitativo. En una de las intervenciones, se descubrió la técnica del Picnic-mapeo, técnica no descrita hasta el momento.

Se realizó un análisis cualitativo de la información obtenida en las diferentes intervenciones, quedando recogida en nubes de palabras, para favorecer su comprensión y accesibilidad por todos los grupos étnicos y etarios.



Imagen 1. Mapeo de activos-emociones a través de la técnica mapa mudo

Por último, el estudio cumple con los criterios éticos y las normas éticas según la Declaración de Helsinki, siendo aprobado por el Comité de Ética del Área de Salud de Valladolid con el código PI 23-3221 AP.

Resultados

Durante la realización del mapeo de activos-emociones se descubrió una nueva técnica de mapeo, nunca reportada por la bibliografía y que supone un crecimiento de la literatura científica en el ámbito de la Salud y Bienestar comunitario. Esta técnica se ha denominado *Picnic-mapeo* y consiste en identificar activos y relacionarlos con las emociones generadas a través de la gama de colores, mientras se disfruta de un picnic con alimentación saludable (basada en la Dieta Mediterránea), en el cual se reflexiona sobre la importancia de los hábitos saludables en la etapa adolescente (o en cualquier otra) para que, con mayor facilidad, se puedan mantener en la etapa adulta. Se elige un espacio adecuado para ello, como puede ser el patio del colegio o un parque cercano. Cambiar de contexto para abordar temas como este, supone un éxito asegurado, ya que la población se muestra relajada, abierta y permeable a la información que se quiere transmitir y fomenta un espacio más participativo, distendido y cohesionado.

Teniendo en cuenta los primeros resultados, se han identificado un total de 67 activos de salud, a través de las emociones de "Alegria" y "Amistad".

Los lugares identificados con las emociones de "Tristeza", "Rabia" y/o "Miedo" no son considerados activos para la salud, debido a que no producen una mejora subjetiva en el bienestar personal.

Cuando se terminen todas las fases del mapeo de activos, podrá ser utilizado por la comunidad y por los profesionales sanitarios, con el objetivo de realizar la recomendación de activos o prescripción social.

A continuación, se muestran los siguientes resultados obtenidos, analizando toda la información en función de las emociones seleccionadas:

- **Alegria:** se relaciona con diferentes calles del barrio y sus propias casas ya que se encuentran felices al vivir con sus familias o sus amigos; con activos físicos como parques y campos deportivos; con activos culturales como biblioteca, centro cívico y el culto; con activos de las organizaciones como colegios e institutos; con activos económicos como supermercados, quioscos o tiendas de bazar y activos asociacionales como la Asociación Pajarillos Educa, Fundación Juan Soñador, Casa de la Juventud Aleste, entre otros.
- **Amistad:** se relaciona con colegios, institutos, zonas verdes y zonas de deporte, así como otros lugares de reunión.
- **Tristeza:** se relaciona, principalmente, con los centros de salud y los institutos y colegios.
- **Rabia o ira:** se relacionan con zonas deportivas y lugares de especial vulnerabilidad, al igual que el miedo y zonas de mayor riesgo.
- **Otras emociones (nostalgia, pasión, asco, estrés):** tuvieron enfoques e identificaciones variables.

Es preciso resaltar el elevado impacto del inicio del mapeo en estos grupos de edad, ya que, en apenas una semana, han intervenido más de 170 alumnos/as de los dos centros educativos seleccionados, a la espera de continuar con el resto de los centros y la población de la comunidad.

Además, durante la realización del mapeo, se observó (tanto por el investigador principal como por la observadora) lo siguiente:

- **Identificación indistinta como "Centro Cívico"** del Centro de Salud Circunvalación, Parque, Plaza Biólogo Valverde, Biblioteca y Canchas. Si bien, con la justificación se terminaba de perfilar a qué se estaba haciendo referencia más concretamente.
- **Posible "efecto contagio":** IES Galileo, Don Bosco, Parque Patricia, Cristóbal Colón y, sobre todo, la Calle Tordo y el Colegio Miguel Hernández. Se incidía en no copiarse del compañero/a y hacerlo de forma individual y libre.
- Tanto el IES Galileo como el CEIP Cristóbal Colón generan muchas y diferentes emociones: desde alegría y felicidad "porque me lo paso bien" o "me gustan las clases" hasta tristeza e ira "porque no me gusta madrugar" o "porque me aburro".
- **Identificación de las Calles de las ZBS:** se asocian, generalmente, a las emociones de "Alegria" y "Amistad", ya que viven ellos/as, algún familiar y/o amigo/a "porque viven la mayoría de mis amigos". Excepto en una ocasión, en la cual se justificó el instituto como lugar de alegría y tranquilidad porque "no me obligan a hacer las tareas de casa como limpiar o cocinar".

Una vez finalice la recogida de información a través del mapeo de activos-emociones, se clasificará cada uno de los activos identificados en las siguientes categorías:

- Activos individuales.
- Activos de las asociaciones.
- Activos de las organizaciones.
- Activos físicos.
- Activos económicos.
- Activos culturales.

Discusión

Detectar activos a través de las emociones, y, lo más importante, de forma participativa, genera un sentimiento de pertenencia al barrio y acerca la realidad de este a la población que en él habita.

El análisis de la información obtenida puede realizarse desde diferentes enfoques. En el actual estudio se ha realizado a través de la categoría de las emociones, pudiéndose efectuar en futuras intervenciones por zonas, como lo hicieron Cubillo et al. (5). Aunque no se realizase ese análisis exhaustivo, se ha comprobado que hay zonas que generan más miedo, ira, incertidumbre, nerviosismo, y que se relacionan con esas zonas de mayor vulnerabilidad.

Los activos identificados podrán ser recomendados en los diferentes dispositivos de las ZBS y podrán ser empleados por la comunidad, evitando caer en la recomendación sistemática y fomentando la contextualización de estos dentro de la entrevista clínica (6); con el objetivo de no sobrecargar los recursos existentes y para tener un mayor impacto en los cambios de comportamientos y el establecimiento de hábitos saludables. Recomendación de activos que ha demostrado múltiples beneficios en la comunidad, coincidiendo con Sonke et al. (8) en que se necesitan estudios con metodología más compleja para tener en cuenta las diversas variables que influyen en la población.

En el hilo de lo anterior, la recomendación de activos no debe quedarse en las consultas de Atención Primaria, sino que hay que sacarla también de las mismas, rompiendo barreras entre el sistema sanitario y la comunidad. Con ello, aumentará la probabilidad de éxito y se continuará en el camino de fomentar la salud y el bienestar (9).

Los autores coinciden con que la investigación cualitativa debe seguir una metodología exhaustiva, metodología que se tiene que trasladar al mapeo de activos, siguiendo cada una de las fases descritas en la literatura científica, para obtener los resultados más científicos y eficaces posibles (10).

Además, el mapeo de activos con sus diferentes técnicas, en la fase número 4 de trabajo de campo con la comunidad, ha demostrado que mejora la salud y el bienestar de la población, fomenta la cooperación y el sentido de pertenencia y el conocimiento de los lugares que se habitan (5,6,11-13).

Por otro lado, se deben usar los canales adecuados para hacer la devolución de la información y la consulta de la información recogida por parte de la población y otros agentes comunitarios, adaptándolos en todo momento a las características de la comunidad. Esto es algo para tener en cuenta cuando finalice el presente estudio del mapeo de activos y que ya han incluido otros autores en sus experiencias comunitarias (14).

Es importante destacar que no se han encontrado artículos que hagan referencia a la técnica de Picnic-mapeo, con lo que se considera que es una técnica novedosa, descubierta en este proyecto de investigación y que consigue aumentar la evidencia científica en el ámbito de salud comunitaria.

Por último, entre las limitaciones del inicio del proyecto está la falta de experiencia práctica, motivo que ha podido influir a la hora de no poder prevenir ciertos acontecimientos. Hecho que queda subsanado con el amplio dominio teórico de contenidos en Enfermería Comunitaria del grupo investigador.

Además, entre las fortalezas, es preciso destacar el descubrimiento de una nueva técnica de mapeo, lo que supone el enriquecimiento de la Enfermería Comunitaria y el avance de esta.

Como líneas futuras, se continuará avanzando en el proyecto, finalizando el mapeo de activos en el primer trimestre de 2024.

Conclusiones

La técnica de Picnic-mapeo permite trabajar los hábitos saludables, a la vez que se identifican los activos de las ZBS. Además, supone un crecimiento de la bibliografía en el ámbito de la Salud y Bienestar Comunitario, ya que nunca había sido descrita hasta ahora.

Por último, el mapeo de activos-emociones es una herramienta muy útil para fomentar el sentido de pertenencia y cooperación.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Financiación

Este proyecto es financiado por la Consejería de Sanidad de Castilla y León y la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

Bibliografía

1. Alberdi-Erice MJ, Rayón-Valpuesta E, Martínez H. Promoting Health in a Rural Community in the Basque Country by Leveraging Health Assets Identified through a Community Health Diagnosis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022, 6;19(2):627.
2. Vicente M, Cofiño R, García NM, González A, González JA, et al. Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias [internet]. Asturias: Observatorio de Salud; 2017. [citado 15 abr 2024]. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [citado 15 abr 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
4. Pérez E, Cofiño R, García D, Hernán M. Orientaciones didácticas para la acción comunitaria [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. [citado 15 abr 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/OrientacionesDidacticas_AccionComunitaria.pdf
5. Cubillo J, Zamanillo Z, Campillos M, Sanz MJ. El mapa del barrio, un espacio donde expresar emociones y compartir activos para la salud. Comunidad. [internet] 2018 [citado 15 abr 2024]; 20(1). Disponible en: <https://comunidad.semfyec.es/article/el-mapa-del-barrio-un-espacio-donde-expresar-emociones-y-compartir-activos-para-la-salud>
6. Cubillo-Llanes J, Botello-Díaz B, Gea-Caballero V, March S, Segura-Benedicto A, Hernán-García M. Activos: de los mapas al territorio. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018; 32(S1):98-102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.006>
7. Cubillo J. Técnicas de identificación de activos para la salud. *Aplicable a cada centro de salud*. FMC. 2019; 26 (Extraordin 2):18-26.
8. Sonke J, Manhas N, Belden C, Morgan-Daniel J, Akram S, et al. Social prescribing outcomes: a mapping review of the evidence from 13 countries to identify key common outcomes. *Front Med (Lausanne)*. 2023; 10:1266429. doi: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1266429>
9. Thomson LJ, Camic PM, Chatterjee HJ. Social prescribing: a review of community referral schemes [internet]. London: University College London; 2015. [citado 15 abr 2024]. Disponible en: https://repository.canterbury.ac.uk/download/b4200c5d0d0b31dfd441b8efedffae-2865b13569e44cb4a662898a3ed20c1092/3729872/Social_Prescribing_Review_2015.pdf
10. Observatorio de Salud en Asturias. Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias [internet]. Oviedo: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2016. [citado 15 abr 2024]. Disponible en: <http://obsaludasturias.com/obsa/guia-desalud-comunitaria/>
11. Blancafort S, Artigas A, Lobera A. Mapeando activos de salud en zonas urbanas desfavorecidas: la intervención grupal "SentirnosBien" del estudio AEQUALIS. *Actas del congreso Activos para la salud comunitaria*. Granada: EASP; 2017. p. 25-6.
12. Benedé B. Mapeando Oliver un proceso activo y de activos. *Entusiasmo inconsciente* [internet] 2015 [citado 15 abr 2024]. Disponible en: <https://entusiasmoinconsciente.wordpress.com/2015/06/25/mapeando-oliver-un-proceso-activo-y-de-activos>
13. Cubillo J, Rosado N, Real MA, Sanz V. Del mapa del tesoro a la red de activos en salud. *Comunidad (Barc)*. 2022; 24(4):63-9.
14. Hernán M, Botello B, Marcos J, Toro S, Gil E. Understanding children: a qualitative study on health assets of the Internet in Spain. *Int J Public Health*. 2015; 60(2):239-47. doi: <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0648-0>

Descripción de las intervenciones de salud comunitarias realizadas en el Centro de Salud Plà Vinalopó Elche: Semana de la Salud

Pablo Santiago Serna Berná

Enfermero. Departament de Salut Elx-Crevillent. Alicante (España).

E-mail: pblserna25@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Serna Berná PS. Descripción de las intervenciones de salud comunitarias realizadas en el Centro de Salud Plà Vinalopó Elche: Semana de la Salud. *RIdEC* 2024; 17(1):18-27.

Fecha de recepción: 30 de enero de 2024.

Fecha de aceptación: 14 de mayo de 2024.

Resumen

Objetivo: describir el programa Semana de la Salud como un espacio saludable de Educación para la Salud (EpS) que genera autonomía, participación, pensamiento crítico y creatividad en el equipo de Atención Primaria. Se trata de un elemento clave para fomentar las actividades preventivas y de promoción de la salud en su población. La escuela juega un rol destacado en la salud de la comunidad, donde cabe destacar el importante papel que, como colaboradores de los docentes, tienen las enfermeras en la EpS en la escuela.

Diseño: estudio descriptivo del programa de promoción y EpS Semana de la Salud. Para la recogida de datos se utilizó un diseño mixto, cualitativo-cuantitativo, de investigación-acción y la elaboración propia de una encuesta *ad hoc* con puntuación tipo Likert que se administró a docentes.

Resultados: se han obtenido resultados que reflejan que las actividades de salud realizadas y orientadas a las necesidades expresadas han cumplido los objetivos propuestos a través del análisis de los talleres. El programa ha generado un espacio saludable que fomenta la autonomía y habilidad de generar potenciales conductas protectoras de salud.

Discusión: esta experiencia también ha demostrado al equipo interdisciplinar que la colaboración entre entorno educativo, la comunidad y el centro de Atención Primaria puede impulsar un proceso de transformación hacia hábitos de vida saludables.

Conclusión: la Semana de la Salud se encamina a dar respuesta a las necesidades expresadas de la población desde un plano interdisciplinar, capacitando a las personas para aumentar el control sobre su propia salud.

Palabras clave: salud comunitaria; activos en salud; promoción de la salud; Atención Primaria de Salud; participación comunitaria.

Abstract

Description of the community health interventions conducted at the Plà Vinalopó Elche Primary Care Center: Health Week.

Objective: to describe the Health Week program as a healthy space for Health Education (HE) which generates autonomy, participation, critical thinking and creativity in the Primary Care team. This is a key element for encouraging activities of prevention and health promotion among their population. School plays a relevant role in community health, and it is worth highlighting the major role played by school nurses regarding HE, in collaboration with teachers.

Design: a descriptive study of the promotion program and HE Health Week. A mixed, qualitative-quantitative design of research-action was used for data collection, and an *ad hoc* survey was self-prepared with Likert-type scores that was administered to teachers.

Results: the results obtained showed that the health activities conducted and oriented to the need expressed met the objectives proposed through the analysis of workshops. The program has generated a healthy space that encourages autonomy and the ability to generate potential behaviours protecting health.

Discussion: this experience has also demonstrated to the interdisciplinary team that the collaboration between the educational setting, the community and the Primary Care center can be the drivers for a process of transformation towards healthy lifestyles.

Conclusion: the Health Week aims to give answer to the needs expressed by the population from an interdisciplinary plane, enabling persons to increase control over their own health.

Key words: community health; health assets; health promotion; Primary Care; community participation.

Introducción

El desarrollo de actividades de promoción de la salud y de actuaciones preventivas es uno de los pilares sobre los que se fundamentan la organización y el trabajo de los equipos de Atención Primaria (EAP) (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera imprescindible la participación y responsabilidad de las comunidades para el desarrollo de su salud, y a la Atención Primaria orientada a la familia y la comunidad como una de las principales estrategias de actuación (2).

Se entiende por promoción de la salud el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla (3). Se trata de un proceso complejo en el que interaccionan estrategias como la Educación para la Salud (EpS), la puesta en marcha de políticas saludables y la movilización social (4). Es preciso señalar que la *intervención comunitaria* es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de esta en la transformación de sus hábitos de estilos de vida (5). Por tanto, pretende la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad, favoreciendo su autogestión para su propia transformación y la de su ambiente. Dando a la comunidad capacidad de decisión y de acción se favorece su fortalecimiento como espacio preventivo.

En España ha habido, en la última década, diversas llamadas a mejorar la colaboración entre salud pública y Atención Primaria para realizar intervenciones de promoción de la salud (6). Se han establecido alianzas específicas entre sociedades científicas, como la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y el Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), o la elaboración de redes comunes de intervenciones, como la Alianza para la Salud Comunitaria (7).

El Centro de Salud Plà Vinalopó (CSPV) del Departamento Elx-Crevillent, gestionado por el grupo Ribera Salud, utiliza el modelo de activos de salud (8) desde una perspectiva de salud que fomenta que la comunidad reoriente su mirada al contexto y se centren en aquello que mejora la salud y el bienestar, potencien la equidad en salud y fortalezcan sus decisiones sobre la raíz de las causas. El proceso de identificación y elaboración de un mapa de activos tiene sentido siempre que la persona se sitúe en el plano de la promoción de la salud o de la salud comunitaria, y se incorpore la perspectiva de la salud positiva, se vincule con la acción y la creación de capacidad, se realice de forma participativa, con perspectiva de equidad, justicia y se contemple la evaluación. Además, este método de trabajo permite establecer un gran punto de encuentro para el trabajo intersectorial, algo fundamental en la promoción de la salud (9).

Una parte esencial de la Atención Primaria, la salud comunitaria, se orienta hacia los determinantes de la salud con una perspectiva intersectorial y participativa para mejorar la salud de la población (10). El equipo de Atención Primaria es un elemento clave para fomentar las actividades preventivas y de promoción de la salud en su población de referencia (11), existiendo robusta evidencia sobre la efectividad de la educación sanitaria para fomentar la implicación de los individuos en mejorar los hábitos de estilo de vida (12).

La escuela juega un rol destacado en la salud de la comunidad, dado que es donde se identifican, abordan, enseñan y modifican muchos de los hábitos y conductas que permiten alcanzar una buena salud tanto individual como colectiva. Hay que destacar el importante rol que, como colaboradores de los docentes, tienen las enfermeras en la EpS en la escuela, conjuntamente con el resto de profesionales de los equipos de salud (13). Las actividades en salud comunitaria deben emanar de la necesidad sentida por la comunidad y el equipo tiene que actuar como un elemento esencial en la respuesta a esa necesidad en colaboración con el resto de activos comunitarios.

La EpS genera autonomía, participación, pensamiento crítico y creatividad, y brinda la posibilidad de desarrollar potenciales físicos, sociales e intelectuales por medio de la creación de condiciones adecuadas para la recreación, convivencia, seguridad y construcción del conocimiento, con la participación de la comunidad escolar y anciana, con el fin de favorecer la adopción de estilos de vida y conductas protectoras de su salud.

Desde este departamento, con el apoyo de la coordinación y dirección asistencial, se promovió la realización del programa *Semana de la Salud* dirigido a nuestra población.

Los objetivos de este trabajo son:

- **Objetivo general:** describir el programa Semana de la Salud como un conjunto de intervenciones comunitarias que buscan dar respuestas a las necesidades expresadas por los docentes a través de EpS.
- **Objetivos específicos:** favorecer la adopción de estilos de vida y conductas protectoras de su salud a través de la participación activa en la comunidad.

Metodología

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo de diseño mixto, cualitativo-cuantitativo, de investigación-acción, en el que el problema detectado será la necesidad sentida o expresada, dentro de un programa de Intervenciones Comunitarias de Promoción y Educación para la Salud denominado *Semana de la Salud*, llevado a cabo los días 1, 2 y 3 de marzo de 2023.

Población y muestra

A través del estudio poblacional del área geográfica se observa que la pirámide poblacional establece dos grupos vulnerables que suman un número total de niños/as de 1 a 14 años (2.868 personas) y población anciana >65 años (2.937 personas), actualizado en abril de 2023.

La divulgación de las actividades comunitarias se ofertó a la población adulta mayor a través de las consultas presenciales, captación activa y difusión por medios de comunicación local, por lo que la muestra resulta ser aleatoria sin intención de generar representatividad, siendo elegibles mayores de 65 años; mientras que la población infanto-juvenil se captó de manera activa y directamente con cuatro colegios y dos institutos.

Mapeo de activos

El método de trabajo con activos para la salud, en la práctica, es un punto de encuentro ideal para el trabajo interdisciplinar; es un terreno fértil donde crecen las ideas en forma de necesidad expresada de salud, siendo múltiples y diversas dependiendo de la población a la que se dirige, incluso al área geográfica donde esté localizada (Anexo 1).

Análisis de necesidades

Tras la valoración de las necesidades expresadas (Anexo 2) por la comunidad, que fueron muchas y muy diversas, se pasó a determinar la forma y el contenido del posible abordaje desde la EpS. Se descartaron aquellas necesidades expresadas que no se pudieron abarcar a través del tipo de expertos y activos de la comunidad que en ese momento formaba el mapeo de activos.

Procedimiento del trabajo

La elección de los días para la celebración de la Semana de la Salud fue el primer paso, y no por ello el menos importante, teniendo en cuenta la disponibilidad del espacio y tiempo de los profesionales del centro de salud, un punto temporal distanciado de festivos y periodos vacacionales que pudieran afectar al correcto devenir del programa. Esta fecha se estableció en diciembre de 2022 en una reunión interdisciplinar del equipo de Atención Primaria, con el fin de realizar la gestión adecuada con el tiempo suficiente para la movilización de los diferentes activos de salud, así como la burocracia y los aspectos técnicos del programa (folletos informativos, inscripciones, captación activa, etc.).

Se decidió llevarlo a cabo en los primeros días del mes de marzo, concentrando los esfuerzos en tres días, en los que la consecución de los talleres podía ser doble gracias al espacio ofertado por el Hospital de Elche Vinalopó. Las necesidades percibidas que no pudieron ser atendidas por los diferentes activos de la comunidad fueron descartadas, y fueron registradas para futuras intervenciones. A partir de este párrafo, las actividades serán denominadas como *talleres*, que se desarrollaron de múltiples maneras didácticas.

Los talleres fueron creados de manera interdisciplinar, es decir, la necesidad expresada por la entidad escolar, grupo o persona fue trasladada a los diferentes activos, los cuáles se pusieron en contacto con la población en cuestión y con el EAP y se acordaba: la edad a la que iría dirigido el taller, la duración, la dinámica didáctica (charla, mesa redonda, práctica, etc.) y el lugar donde se llevaría a cabo. Se realizaron actividades relacionadas con temas como por ejemplo: salud mental, gestión emocional, adicciones, abordaje de conductas suicidas, primeros auxilios, comedia terapéutica, alimentación, actividad física, terapia con la música y prevención cardiovascular y diabetes.

Todo el proceso (Anexo 3) ha sido gestionado por el enfermero comunitario responsable del grupo de Participación Ciudadana del Plà Vinalopó de manera flexible, pues las personas no solo pueden atender en un horario concreto, sino que es preciso adaptarse al horario de cada activo así como la vía de comunicación. La acción conjunta con la coordinadora del

centro de salud y la dirección de enfermería resultó fundamental para la gestión de lugares, personas, horarios y turnos, material para las sesiones, megafonía, etc.

Recogida de datos

La evaluación se realizó sobre si la intervención ha satisfecho o no la necesidad percibida por los participantes. Se diseñó una encuesta *ad hoc* con puntuación tipo Likert de medición estadística de autocumplimentación *online*, de preguntas abiertas y cerradas dirigida a los docentes y las personas adultas, para la evaluación del programa cuyo formato se diseñó con el fin de conocer las áreas objetivas y subjetivas de la calidad de las intervenciones comunitarias.

El momento elegido para la evaluación fue la semana inmediatamente posterior, con el objetivo de evitar la demora y el olvido de las impresiones; y de tener tiempo de reflexión junto con los/as alumnos de las intervenciones sanitarias realizadas.

Recursos estructurales

Se contaba con dos espacios fundamentales: el salón de actos con capacidad para 116 personas y las aulas 1, 2 y 3 que pueden variar de tamaño en función del número de asistentes (de 25 a 75 personas). Cabe mencionar que se utilizaron también los exteriores del hospital para desarrollar actividades relacionadas con los primeros auxilios y otros lugares del área geográfica donde diariamente ofertan actividades a la comunidad.

Análisis de datos

Se efectuó una evaluación cuantitativa a través de análisis estadístico descriptivo; de las características de las actividades comunitarias incluidas en la herramienta, empleando el programa SPSS v.25.

Resultados

Se pueden observar los datos sociodemográficos de la población participante en la Tabla 1.

	N/CN	AV	CS
Personas mayores de 65 años	32	15	47
Docentes en edad entre 18-65 años	25	29	54
Menores de edad 6-12 años			714
Menores de edad 13-17 años			234
Total de personas	1.049		

Realización de la Semana de la Salud

Se llevaron a cabo un total de 15 talleres de promoción de la salud a los que acudieron un total de 1.049 personas en la Semana de la Salud. Estos talleres fueron directos y presenciales y en ellos participaron expertos del hospital y activos de la comunidad: 14 asociaciones vinculadas a las necesidades expresadas y cuatro expertos en diversas materias. De manera indirecta se decidió contar con el trabajo de algunos activos de salud de la comunidad que quedaron fuera de las necesidades expresadas de la población. De esta forma se realizaron tres actividades indirectas junto a tres asociaciones: una exposición de pintura, una exposición de la APP del paciente y un programa de televisión.

En cada taller se designó previamente una responsable TCAE, una enfermera, una médica y un responsable administrativo del CSPV para la organización de espacio, tiempo, planificación de objetivos de salud, registros administrativos y asistencia.

Los activos de salud de la comunidad que participaron en los talleres recibieron un obsequio a modo de agradecimiento. Se preparó para cada taller una presentación que exponía el nombre de la intervención y un pequeño currículum del activo de salud.

Resultados de la encuesta

De los 54 docentes que asistieron acompañando al alumnado, solo 26 respondieron al cuestionario. Los dos primeros ítems de la escala Likert eran identificativos para conocer qué taller asistió y cuál es su profesión. Los siguientes ocho ítems hacen referencia a la evaluación cuantitativa del taller en una escala de puntuación de 1 a 5, siendo 5 la valoración máxima positiva. Los resultados de los docentes encuestados exponen la consecución o no de las necesidades expresadas (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados del cuestionario *ad hoc* Semana de la Salud

Ítems	Media	Desviación estándar
Recomendarías este tipo de actividad de Educación para la Salud en población escolar	4,35	0,871
El horario ha favorecido la asistencia al taller	4,85	0,971
Valoración global del taller de Educación para la Salud al que acudiste	4,85	0,971
Organización general de la Semana de la Salud	4,5	0,971
La edad media del grupo fue adecuada para el taller impartido	4,5	0,971
Los contenidos del taller han respondido a las necesidades formativas	4,5	0,885
La duración del taller fue adecuada	3,5	0,885
El número de alumnos del grupo ha sido adecuado para el desarrollo del taller	3,83	0,757

En relación con la parte final de la escala, estaba diseñada con dos preguntas abiertas. La primera relacionada con la preferencia de asistir a otro tipo de talleres de EpS, cuyas respuestas están vinculadas hacia la sexualidad en las aulas, la gestión de la salud mental y otros que obtuvieron menor demanda. La segunda es una pregunta de áreas de mejora entre las que cabe destacar la colaboración escuela-centro de salud, repetir con mayor frecuencia este tipo de actividades de EpS, mayor número de actividades con menor número de asistentes, realización de los talleres en el colegio y mayor desplazamiento del equipo de Atención Primaria a las aulas.

Discusión

La evaluación del programa ha tenido el propósito de conocer si los objetivos y las metas descritas inicialmente se han conseguido. Se ha utilizado un proceso diseñado de forma intencional, orientada a valorar la calidad y los logros del programa, como base para la posterior toma de decisiones de mejora.

El resultado obtenido en relación con la consideración de los encuestados de los beneficios de este programa fue previsible, pues a través de la observación y las experiencias previas se contaba con una predisposición positiva. Esta consideración es tratada como fundamental por otros autores (14) que afirman que ambos colectivos tienen distinta formación universitaria, emplean terminologías diferentes, distintos puntos de vista, en general son profesiones enfocadas a objetivos diferentes, por lo que la colaboración entre ambos es necesaria para generar estilos de vida saludables en los menores.

También durante el transcurso del programa y las semanas previas hubo interés por parte de los docentes, de los activos de salud, de los profesionales del centro de salud y de los servicios directivos. De tal manera que el trabajo previo en equipo resultó fundamental para disminuir al máximo las limitaciones educativas. En este punto cabe mencionar la tesis doctoral de Ayuso (15) donde se abordan las competencias pedagógicas, entre las que destaca el abordaje interdisciplinar de la EpS así como el reconocimiento social por parte de la escuela del papel de las enfermeras como auténticas promotoras de salud en la población escolar.

Se consideraron previsible también los resultados de valor inferior relacionados con la duración adecuada del taller y el número de asistentes apropiado; así como algunas de las consideraciones a tratar en futuros programas, de manera que se hizo una serie de talleres que cumplieran los objetivos de salud planteados, con ningún coste económico, con un tiempo

limitado, con múltiples escuelas y edades escolares que limitaron de forma sustancial la cadena multifactorial del programa. Del mismo modo, y bajo este paradigma colaborativo que ha resultado beneficioso para las intervenciones en salud, cabe mencionar que existe amplia bibliografía publicada (16,17) sobre las dificultades que se perciben para el desarrollo de la EpS en ambos colectivos, donde la falta de tiempo, falta de reconocimiento y apoyo, material y recursos, así como la implicación de las familias, se identifican como barreras para obtener resultados. En contraposición en el presente artículo, se identifican los aspectos positivos de la búsqueda de la participación entre activos de salud, los cuales se tendrán presentes de cara a futuras intervenciones y se realizarán evaluaciones desde la perspectiva de los profesionales y los activos de salud implicados.

Estas limitaciones que dificultan la puesta en marcha de programas participativos interdisciplinares han sido estudiadas por Davó-Blanes (18), donde una mala predisposición del profesorado en programas de EpS está relacionada con la falta de participación de estos en su planificación, mientras que los programas que fomentan la participación de los docentes incrementan las intervenciones de salud en las programaciones de los centros.

Herrero et al. (19) afirman que "en una intervención en un centro escolar, se ha de tener en cuenta a los docentes en su planificación, al ser los principales agentes de salud" y que de no ser así no se logrará tener un correcto seguimiento ni continuidad eficaz por parte de estos.

Este trabajo se ha considerado de alto valor cualitativo, permitiendo a las enfermeras una comprensión de las experiencias humanas y generando un programa de especial relevancia local para los profesionales de la salud que se centran en el cuidado, la comunicación y la interacción con la comunidad. Según De la Cuesta (20), este tipo de método presenta un conocimiento de gran riqueza y una profundización en la naturaleza de los seres humanos que no sustituye a los tradicionalmente utilizados, sino tiende a enriquecer el cuerpo de conocimientos de la profesión.

Esta experiencia ha demostrado al equipo interdisciplinar que la fuerza de la colaboración entre el entorno educativo, la comunidad y el centro de Atención Primaria puede impulsar un proceso de transformación hacia conductas protectoras de salud. Se hace evidente que las ventajas de este tipo de interacción son consideradas por Martínez Riera (21) como una oportunidad, donde la enfermera comunitaria tiene que intervenir de manera coordinada con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar para favorecer la toma de decisiones de todos los agentes de salud implicados.

Cabe mencionar como área de mejora la implicación directa de la familia, según Alsina (22) la familia desempeña un papel importante en la incorporación de hábitos de vida saludable durante la etapa escolar. En algunas intervenciones (23) en EpS se ha podido acceder también a las familias a través de los propios niños, y de esta manera contar con las mismas como agentes de salud. Los niños son capaces de transmitir sus conocimientos a sus familiares y conseguir incluso que modifiquen hábitos erróneos.

Es la enfermera la que debe trabajar como gestora comunitaria en los centros escolares y llevar a la práctica programas de EpS. Castro Trabanco (24) refiere también que "tiene numerosas oportunidades de practicar la educación sanitaria mientras trata a los pacientes".

La enfermera comunitaria juega el papel fundamental en la mayoría de las intervenciones educativas propias de la EpS, fomentando el autocuidado, que a su vez es la esencia de la disciplina enfermera y se constituye en el marco conceptual para desarrollar en el ámbito de la comunidad. Martínez Riera (25) describe esta atención como integral, integrada, continua y continuada por parte de la enfermera comunitaria y del resto del equipo multidisciplinar de salud y contar con la participación activa de los diferentes agentes comunitarios.

A pesar de la amplia información obtenida del programa se ha de tener en cuenta que existen dificultades metodológicas para medir el impacto de las actividades comunitarias sobre la salud en general, lo cual supone una barrera a su evaluación. Algunas autoras destacan la necesidad de evaluar las actividades comunitarias, determinando en qué medida al observar los cambios esperados tras su realización implica conocer bien a la población diana, elegir una intervención posibilista futura y exitosa, así como definir unos objetivos específicos (26).

Conclusiones

La Semana de la Salud se encamina a dar respuesta a las necesidades expresadas desde este plano interdisciplinar, aumentando la información, motivaciones, habilidades y responsabilidad de los individuos y las comunidades, a trabajar de forma

interdisciplinar por cambiar factores sociales y ambientales que culminen en comportamientos intencionales y conscientes en pro de la salud, donde la enfermera juega un rol importante como nexo de unión en la salud comunitaria.

Los programas de intervenciones en EpS del CSPV tendrán una clara incidencia en el proyecto pedagógico del centro educativo, desde un plano transdisciplinar a través de una estrecha colaboración entre enfermeras y profesorado en el proceso de planificación, así como el resto de activos de salud participantes, sin olvidar el papel de las familias.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Madrid: BOE; 1986.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
3. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
4. Regato P. Concepto, modelos y aspectos controvertidos en promoción de la salud. *Dimensión Humana*. 1998; 2:29-34. doi: <https://doi.org/10.1157/13075472>
5. Nebot-Adell C, Pasarín-Rua M, Canela-Soler J, Sala-Álvarez C, Escosa-Farga A. La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Aten Primaria* 2016; 48(10):642-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.009>
6. Clay H, Stern R. Making time in general practice. Freeing GP capacity by reducing bureaucracy and avoidable consultations, managing the interface with hospitals and exploring new ways of working. *Primary Care Foundation* 2015; 39-40.
7. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, De Peray JL, Gofin. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit* 2010; 24(1):23-7.
8. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit* 2013; 27(2):180-3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
9. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit* 2013; 15:78-86.
10. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Health Policy Plann* 2014; 29(2):98-106. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu076>
11. Harari D, Illiffe S, Kharicha K, Egger M, Gillmann G, Von Renteln-Kruse W. Promotion of health in older people: a randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice. *Age Ageing*. 2008; 37:565-71. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afn150>
12. Winslade N, Taylor L, Shi S, Schuwirth L, Van der Vleuten C, Tamblyn R. Monitoring community pharmacist's quality of care: A feasibility study of using pharmacy claims data to assess performance. *BMC Health Serv Res* 2011; 11-2. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-12>
13. Martínez Riera JR. Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. *Rev. Rol Enferm*. 2011; 42-9.
14. Talavera Ortega M, Gavidia Catalán V. Percepción de la educación para la salud en el personal docente y el sanitario. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*: 2013; 27:115-29. doi: <https://doi.org/10.7203/dces.27.2569>
15. Ayuso R. Estudio Delphi de las competencias pedagógicas del profesional de enfermería en la escuela. *Metas Enferm*. 2019; 22(5):49-58. doi: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081431>
16. Bennett AE, Cunningham C, Molloy CJ. An evaluation of factors which can affect the implementation of a health promotion programme under the Schools for Health in Europe framework. *Eval program plann*. 2016; 57:50-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.04.005>
17. Ramos P, Pasarín MI, Artazcoz L, Díez E, Juárez O, González I. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. *Gac Sanit*. 2013; 27(2):104-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.04.002>
18. Davó Blanes MC, de la Hera MG, La Parra D. Educación para la salud en la escuela primaria: opinión del profesorado de la ciudad de Alicante. *Gac Sanit*. 2016; 30(1):31-6.

19. Herrero Capel S, López Gómez J, Martínez Riera JR. Entornos saludables escolares. ¿Por qué no tiene éxito la generación de entornos saludables en la escuela? *RIdEC* 2017; 10(2):21-9.
20. Cuesta Benjumea C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Invest Educ Enferm* 1997; 15(2):13-24.
21. Martínez-Riera JR. Enfermera Comunitaria versus Enfermera Escolar. *Rev ROL Enferm* 2009; 32(7-8):526-9.
22. Alsina DA, Molina JM, Díaz MZ, Torres JD. ¿Influye la promoción de la salud escolar en los hábitos de los alumnos? *An Pediatr* 2015; 1(83):11-8.
23. Civeira Pérez V, Cedrón Santaefemia MI, Meier Cácharo K, Blanco Salgado B, Sánchez González MD, Fariñas Álvarez L. Una intervención comunitaria de enfermería para escolares basada en el juego: "Pupas, sustos y otros disgustos". *RqR Enfermería Comunitaria* 2021; 9(2):7-18.
24. Castro-Trabanco L. Educación para la salud en primeros auxilios en escuelas e institutos. *Metodología. RIdEC* 2014; 7(2):26-33.
25. Martínez-Riera JR. Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. *Rev ROL Enferm*. 2011; 34(1):42-9.
26. Pilar-Ramos M, Pasarín I, Artazcoz L, Díez E, Juárez O, González I. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. *Gac Sanit* 2013; 27(2):104-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.04.002>

Anexos

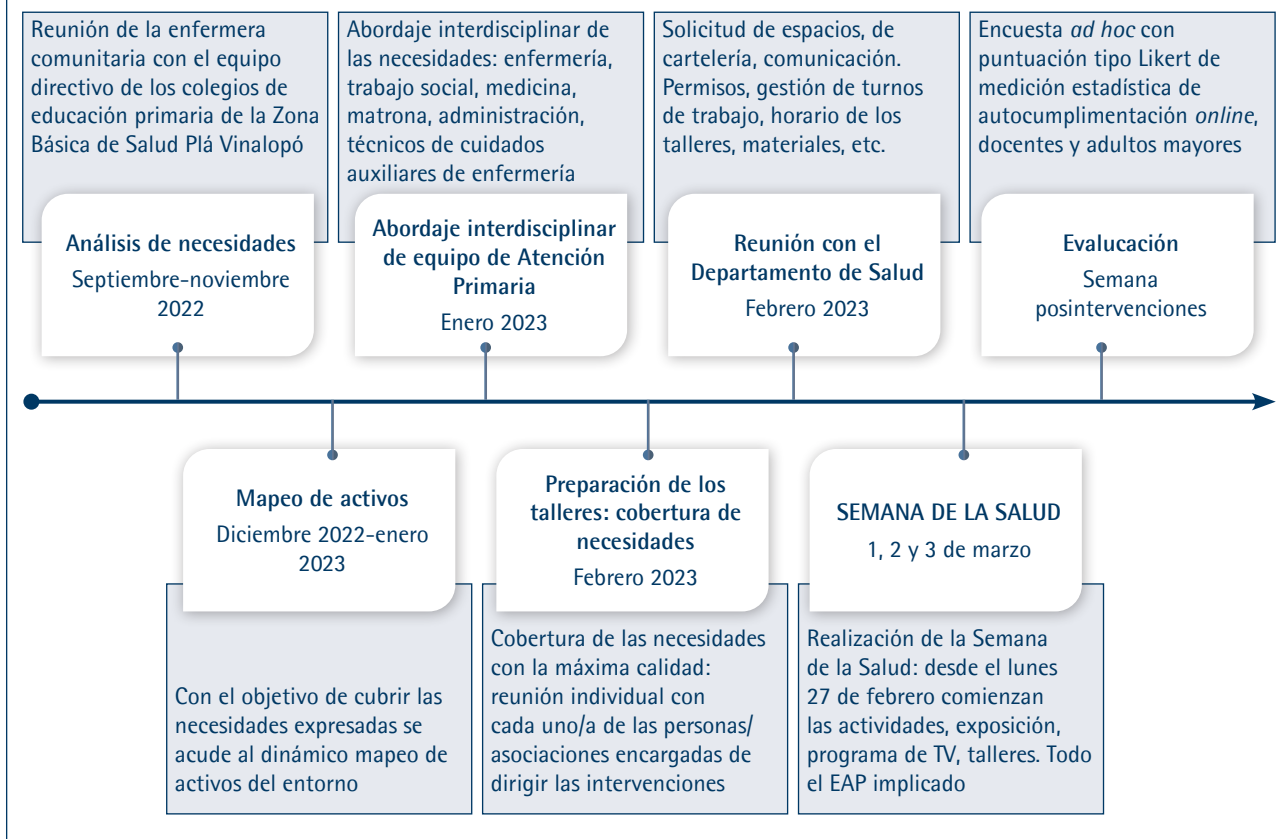
Anexo 1. Categorización de recursos y activos para la salud

Categoría	Quiénes	Detalle
Recursos de asociaciones formales	<p>SIN LÍMITES Elche La Mama d'Elx Elx Conviu Cáritas y Cáritas interparroquial ASPANIAS- Asociación a favor de las personas con discapacidad intelectual de Elche Asociación Ilicitana de Trastornos del Espectro Autista y Lenguaje (AIETAL) APAEX. Asociación Protección y Ayuda a Exalcohólicos de Elche AFAE. Asociación de Familiares de Alzheimer de Elche ADEC. Asociación de Diabéticos de Elche y Comarca ADABE. Asociación de Anorexia y Bulimia de Elche Asociación Isabela Asociación Magma Asociación AFESLX AEBHA (Asociación de Espina Bífida e Hidrocefalia)</p>	<p>Responde a cuáles son las redes formales de la comunidad</p> <p>Recursos dirigidos a las personas que forman una comunidad con el fin de crear vínculos, generar cuidados y acciones concretas relacionadas con el voluntariado y la solidaridad</p>
Recursos de las organizaciones	<p>Centro de Salud El Pla Ayuntamiento de Elche Departamento Salud Elche Crevillente Concejalía de Sanidad</p>	Recursos gubernamentales y de organización social, política y sanitaria
Recursos educativos	<p>CEIP Mariano Benlliure CEIP Alcudia CEIP Sanchís Guarner CEIP Jorge Guillén IES Vicente Verdú IES Tirant Lo Blanc</p>	Centros docentes que se encuentran en la zona básica de salud
Recursos de los individuos	<p>Asociación de Vecinos Pla de Sant Josep-Canal Asociación de Vecinos Matola-Algoda-Algorós</p>	Colectivos dirigidos a los vecinos de los diferentes barrios, con el objetivo de conectar y crear vínculos sociales e impronta de barrio
Recursos físicos	<p>Polideportivo del Plà Jardín Jacinta Gomara Mercado de San José - El Pla Centro Social y Parque Salvador Allende Centro Social el Pla de Sant Josep</p>	Lugares y actividades que promuevan el encuentro entre personas, el aprendizaje e intercambio de diversas habilidades y conocimientos
Recursos culturales	<p>Museo Escolar de Puçol Sala Tramoia "Quemarropa Teatro" <i>Tardis Teatro</i></p>	Actividades o lugares relacionados con la cultura en la zona básica de salud

Anexo 2. Análisis de necesidades

Categoría de las necesidades expresadas	Intervención para cubrir las necesidades
Necesidades relativas a la salud mental y emocional	Abordaje de conductas suicidas Prevención de baja autoestima Meditación y gestión de emociones en población infantil Comedia terapéutica para gestión emocional Abordaje de conductas adictivas Terapia con la música
Necesidades relativas a la alimentación	Alimentación saludable a través del recuento de hidratos de carbono Taller de cocina saludable Prevención cardiovascular y diabetes
Necesidades relativas al aprendizaje de primeros auxilios	Primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar
Necesidades relativas a la actividad física y tabaco	Desabituación de conductas tabáquicas Baile para mujeres embarazadas Paseo saludable

Anexo 3. Cronograma del proceso



LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

- Curso de Cuidados Enfermería en Urgencias Vitales
- Cursos de Recepción y Clasificación en Urgencias
- Curso de Actuación de Enfermería en Neurocirugía, Cirugía Pediátrica y Ginecológica. Trasplante de órganos
- Curso sobre Comunicación Terapéutica
- Cursos de Salud Laboral y Enfermería del Trabajo
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP



<https://www.auladae.com>



¹ Alicia Montes Orts
² Elena García Cuevas
³ María Isabel Mármol López

La celiacía: una enfermedad biopsicosocial. Revisión sistemática

¹ Enfermera. Home Care Nurse in Norway.

² Enfermera. "La Fe" Escuela de Enfermería. Universidad de Valencia. GREIACC Research Group. La Fe Health Research Institute. Valencia (España).

³ Enfermera. "La Fe" Escuela de Enfermería. Universidad de Valencia. GREIACC Research Group. La Fe Health Research Institute. Valencia (España). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6859-6133>

E-mail: maribelmrlp@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Montes Orts A, García Cuevas E, Mármol López MI. La celiacía: una enfermedad biopsicosocial. Revisión sistemática. RIdEC 2024; 17(1):29-41.

Fecha de recepción: 25 de febrero de 2024.

Fecha de aceptación: 18 de mayo de 2024.

Resumen

Objetivo: sintetizar la evidencia disponible sobre la asociación entre la adherencia al tratamiento de la enfermedad celiaca y la calidad de vida del adulto.

Método: revisión sistemática durante febrero y marzo de 2022 en las bases de datos Pubmed, Embase, Web of Science y Nursing & Allied Health Database. Se incluyeron los artículos publicados en español o en inglés con una antigüedad máxima de cinco años y con una muestra que tuviera enfermedad celiaca en edad adulta.

Resultados: se seleccionaron 15 estudios que mostraron como la dieta sin gluten mejoraba la sintomatología de las personas con celiacía, aunque eran frecuentes los síntomas persistentes. La dieta sin gluten provocaba problemas psicológicos y abundantes emociones negativas. El ocio, los viajes o el elevado coste de los productos sin gluten fueron algunas de las barreras que los adultos destacaban en relación con su vida cotidiana y las salidas sociales.

Conclusiones: la adherencia al tratamiento de la enfermedad celiaca no tiene un efecto normalizador en la calidad de vida de las personas, pues las dificultades asociadas a la dieta sin gluten afectan tanto al ámbito físico como psicológico y social.

Palabras clave: enfermedad celiaca; calidad de vida; cumplimiento y adherencia al tratamiento; dieta sin gluten.

Abstract

Celiac disease: a biopsychosocial condition. A systematic review.

Objective: to summarize the evidence available on the association between adherence to the treatment for celiac disease and the quality of life of the adult person.

Method: a systematic review during February and March 2022, in the following databases: Pubmed, Embase, Web of Science and Nursing & Allied Health Database. Articles published in Spanish or English were included, up to five years old, and with a sample that presented celiac disease in the adult stage.

Results: fifteen (15) studies were selected, showing that a gluten-free diet improved the symptomatology of persons with celiac disease, even though persistent symptoms were frequent. The gluten-free diet caused psychological problems and plenty of negative emotions. Leisure time, travels, or the high cost of gluten-free products, were some of the barriers highlighted by adults regarding their daily life and social outings.

Conclusions: the adherence to treatment for celiac disease does not have a normalising impact on the quality of life of persons, because the difficulties associated to a gluten-free diet affect the physical as well as the psychological and social settings.

Key words: celiac disease; quality of life; treatment compliance and adherence; gluten-free diet.

Introducción

Según la última actualización de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN), la enfermedad celiaca (EC) es una patología sistémica de base autoinmune causada por la exposición al gluten en personas genéticamente susceptibles (1).

La analogía del iceberg enmarca la situación epidemiológica de la EC de una forma muy gráfica. La línea del agua divide el escaso grupo de los pacientes diagnosticados (la parte visible) con el gran número de casos todavía sin detectar (la parte sumergida). Esto se debe principalmente a que la EC se ha relacionado durante años de forma exclusiva con su forma de presentación clásica y pediátrica, dejando a un lado otras formas atípicas de presentación (2).

Gracias a los avances en el campo de la investigación de la enfermedad y la alta sensibilidad y especificidad de nuevas pruebas diagnósticas no invasivas se está poniendo de manifiesto la verdadera prevalencia de la enfermedad en la sociedad actual, pudiéndose ya considerar una de las enfermedades crónicas más comunes en Europa (3).

Actualmente, según la guía de la Organización Mundial de Gastroenterología de la EC, el único tratamiento eficaz y disponible para las personas con celiacía es llevar a cabo una dieta sin gluten (DSG) de por vida, que se define como la exclusión estricta de alimentos, bebidas, fármacos y suplementos que contengan cereales o derivados del gluten (4).

La contaminación cruzada resulta uno de los obstáculos más complicados en la DSG. Se define como el proceso por el que los alimentos sin gluten entran en contacto con productos con gluten, por lo que dejan de ser aptos para la dieta de las personas con celiacía. Este hecho puede darse en el cocinado, en la cadena de fabricación de los alimentos procesados, al compartir utensilios de cocina, al utilizar el mismo aceite para freír, con la presencia de migas de pan cerca, etc. (5). Se hace evidente, por tanto, que el correcto seguimiento y la adherencia a la DSG es indispensable e implica un gran compromiso y responsabilidad por parte del individuo, quien se convierte en el principal eje del manejo de su enfermedad (2).

La enfermera teórica Dorothea Orem resulta útil para analizar el nivel de implicación que la dieta sin gluten supone en el individuo con EC, donde día tras día las personas han de adecuar su patrón de alimentación a las necesidades terapéuticas de su patología, demostrando así su habilidad de autocuidado y de autorregulación en el proceso de salud-enfermedad (6).

La adherencia a una DSG hace referencia a la retirada estricta, rigurosa y de por vida de los productos que contienen gluten (7). Esto afecta a la percepción que las personas con celiacía tienen respecto a su calidad de vida, destacando principalmente el ámbito físico (refiriéndonos a los síntomas gastrointestinales), psicológico o emocional y social, incluyendo los problemas que encuentran en su día a día (8).

Resulta clara la discordancia existente entre la adherencia y el cumplimiento de la dieta sin gluten con la CV de las personas con EC. Por ello, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué asociación existe entre la adherencia al tratamiento de la enfermedad celiaca y la calidad de vida del adulto?

El objetivo general planteado fue sintetizar la evidencia disponible sobre la asociación entre la adherencia al tratamiento de la EC y la calidad de vida del adulto, evaluando el efecto de la adherencia a la dieta sin gluten en la evolución de los síntomas gastrointestinales en personas con EC, enunciando los problemas psicológicos y las respuestas emocionales que provoca la adherencia al tratamiento de la EC e identificando las principales barreras cotidianas y limitaciones sociales que aparecen en la vida del adulto con EC que sigue una dieta sin gluten.

Método

El diseño empleado fue una revisión sistemática. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Pubmed, Embase, Web of Science y Nursing and Allied Health Database entre los meses de febrero y marzo de 2022.

En referencia a los criterios de inclusión, se seleccionaron aquellas publicaciones con un máximo de cinco años de antigüedad, cuyo idioma de publicación fuera español o inglés y con una muestra de edad adulta.

En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron las revisiones bibliográficas; los artículos con baja calidad metodológica; las publicaciones cuya muestra fueran personas que siguiesen una DSG, pero tuvieran una enfermedad distinta a la EC y publicaciones que no respondieran a los objetivos de la revisión.

La estrategia de búsqueda consistió en la utilización y combinación de diferentes palabras clave extraídas del tesoro Medical Subject Heading (MeSH) para todas las bases de datos seleccionadas: "Celiac disease", "Quality of Life", "Diet,

Gluten-Free, *"Treatment Adherence and Compliance"*, *"Signs and Symptoms, Digestive"* y *"Patient Reported Outcome Measures"* (9). Los descriptores se combinaron con el operador booleano "AND", llevándose a cabo tres cadenas de búsqueda (Tabla 1):

- *"Celiac Disease" AND "Quality of Life" AND "Treatment Adherence and Compliance"*
- *"Celiac Disease" AND "Diet, Gluten-Free" AND "Signs and Symptoms, Digestive"*
- *"Celiac Disease" AND "Patient Reported Outcome Measures"*

Por otra parte, con el fin de agrupar los resultados obtenidos, se establecieron las tres variables de la revisión:

- Evolución de los síntomas gastrointestinales.
- Problemas psicológicos y respuestas emocionales.
- Barreras cotidianas y limitaciones sociales.

Se les aplicaron las escalas correspondientes a todos aquellos documentos seleccionados para valorar su elegibilidad. Los estudios observacionales fueron evaluados según la declaración STROBE con una puntuación mínima de 16 puntos sobre un total de 22 aspectos a valorar; los estudios cualitativos fueron considerados mediante las 10 condiciones planteadas por CASPe, siendo 8 la cifra mínima requerida para la inclusión de este tipo de documentos y la guía planteada por PRISMA,

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Bases de datos	Cadena de búsqueda	Filtros	Resultados iniciales	Resultados seleccionados
PUBMED	<i>"Celiac Disease" [Mesh] AND "Quality of Life" [Mesh] AND "Treatment Adherence and Compliance" [Mesh]</i>	Cinco años. Muestra: adultos [<i>young adult</i>] OR [<i>adult</i>] OR [<i>middle aged</i>] OR [<i>aged</i>] OR [<i>80 and over</i>]	40	2
	<i>"Celiac Disease" [Mesh] AND "Diet, Gluten-Free" [Mesh] AND "Signs and Symptoms, Digestive" [Mesh]</i>	Cinco años. Muestra: adultos [<i>young adult</i>] OR [<i>adult</i>] OR [<i>middle aged</i>] OR [<i>aged</i>] OR [<i>80 and over</i>]	33	1
	<i>"Celiac Disease" [Mesh] AND "Patient Reported Outcome Measures" [Mesh]</i>	Cinco años. Muestra: adultos [<i>young adult</i>] OR [<i>adult</i>] OR [<i>middle aged</i>] OR [<i>aged</i>] OR [<i>80 and over</i>]	10	0
EMBASE	<i>"Celiac Disease" [Mesh] AND "Quality of life" [Mesh] AND "Patient Compliance" [Mesh]</i>	Cinco años. Muestra: adultos [<i>adult</i>] OR [<i>aged</i>] OR [<i>middle aged</i>] OR [<i>young adult</i>]	82	2
	<i>"Celiac Disease" [Mesh] AND "Gluten Free Diet" [Mesh] AND "Physical Disease by Body Function" [Mesh]</i>	Cinco años. Muestra: adultos [<i>adult</i>] OR [<i>aged</i>] OR [<i>middle aged</i>] OR [<i>young adult</i>]	2	0
	<i>"Celiac Disease" [Mesh] AND "Patient-Reported Outcome" [Mesh]</i>	Cinco años. Muestra: adultos [<i>adult</i>] OR [<i>aged</i>] OR [<i>middle aged</i>] OR [<i>young adult</i>]	36	1
WEB OF SCIENCE	<i>"Celiac Disease" [Mesh] AND "Quality of Life" [Mesh] AND "Treatment Adherence and Compliance" [Mesh]</i>	Cinco años. Muestra: adultos [manual]	33	2
	<i>"Celiac Disease" [Mesh] AND "Diet, Gluten-Free" [Mesh] AND "Signs and Symptoms, Digestive" [Mesh]</i>	Cinco años. Muestra: adultos [manual]	19	2
	<i>Celiac Disease" [Mesh] AND "Patient Reported Outcome Measures" [Mesh]</i>	Cinco años. Muestra: adultos [manual]	17	0

Tabla 1. Estrategia de búsqueda (continuación)

Bases de datos	Cadena de búsqueda	Filtros	Resultados iniciales	Resultados seleccionados
NURSING & ALLIED HEALTH DATABASE	"Celiac Disease" [Mesh] AND "Quality of life" [Mesh] AND "Treatment Adherence and Compliance" [Mesh]	Cinco años. Muestra: adultos [adulto] O [persona de mediana edad] O [tercera edad 65+] O [tercera edad 80+]	19	2
	"Celiac Disease" [Mesh] AND "Diet, Gluten-Free" [Mesh] AND "Signs and Symptoms, Digestive" [Mesh]	Cinco años. Muestra: adultos [adulto] O [persona de mediana edad] O [tercera edad 65+] O [tercera edad 80+]	10	0
	"Celiac Disease" [Mesh] AND "Patient Reported Outcome Measures" [Mesh]	Cinco años. Muestra: adultos [adulto] O [persona de mediana edad] O [tercera edad 65+] O [tercera edad 80+]	56	1
TOTAL			357	13

se utilizó para las revisiones sistemáticas y metaanálisis, donde según un total de 27 ítems, se debían de cumplir 23 de ellos para poder aceptarlo e incluirlo en los resultados de la presente revisión (10-12).

Tras aplicar las distintas estrategias de búsqueda en las bases de datos Pubmed, Embase, Web of Science y Nursing Et Allied Health Database se obtuvieron un total de 357 artículos iniciales. Tras ello, se descartaron los duplicados, reduciéndose la cifra a 321 publicaciones. Tras un cribado leyendo el título y el resumen, los registros excluidos fueron 215, quedando así 106 artículos susceptibles a ser evaluados para su elegibilidad.

Una vez realizada la lectura crítica, y tras el análisis metodológico de los mismos mediante las escalas CASPe, PRISMA y STROBE, finalmente se excluyeron un total de 93 resultados, quedando 13 artículos incluidos en la revisión. Se tuvo en cuenta el nivel de evidencia (NE) y el grado de recomendación (GR) siguiendo los criterios establecidos por Joana Bridges Institute (JBI) (13,14).

Paralelamente, se seleccionaron dos artículos a través del método de búsqueda inversa. Finalmente, se incluyeron un total de 15 publicaciones en la revisión. En la Figura 1 se observa el proceso de búsqueda de la literatura en forma de diagrama de flujo.

Resultados

De los 15 artículos seleccionados (15-29), 14 fueron escritos en inglés y uno en español. Respecto al diseño de los estudios, 10 (66,7%) son cuantitativos de diversa índole, tres (20%) cualitativos y dos (13,3%) de carácter mixto (15-29). Respecto a la procedencia de estos, uno se realizó en México, uno en Italia, tres en España, dos en Reino Unido, dos en India, dos en Noruega, uno en Brasil y dos en EE.UU. y uno en Canadá (15-29).

Por una parte, se observó un gran hallazgo común en el que se defendía la correlación positiva entre la adherencia a la dieta sin gluten y la mejora de los síntomas gastrointestinales en adultos con EC (15-21).

Por otra parte, también se detectó entre los resultados una alta coincidencia de autores que alegaban la alta persistencia de síntomas gastrointestinales en el colectivo celiaco aun siguiendo esta dieta (15-18). Uno de los argumentos más repetidos que intentaban explicar este hecho fue la falta de adherencia estricta a ella, siendo la contaminación cruzada uno de los principales motivos de ello. Pues la dificultad que implicaba evitar las trazas suponía un gran reto para las personas con EC y hacía que pudieran estar expuestas al gluten de forma no intencional (15-18).

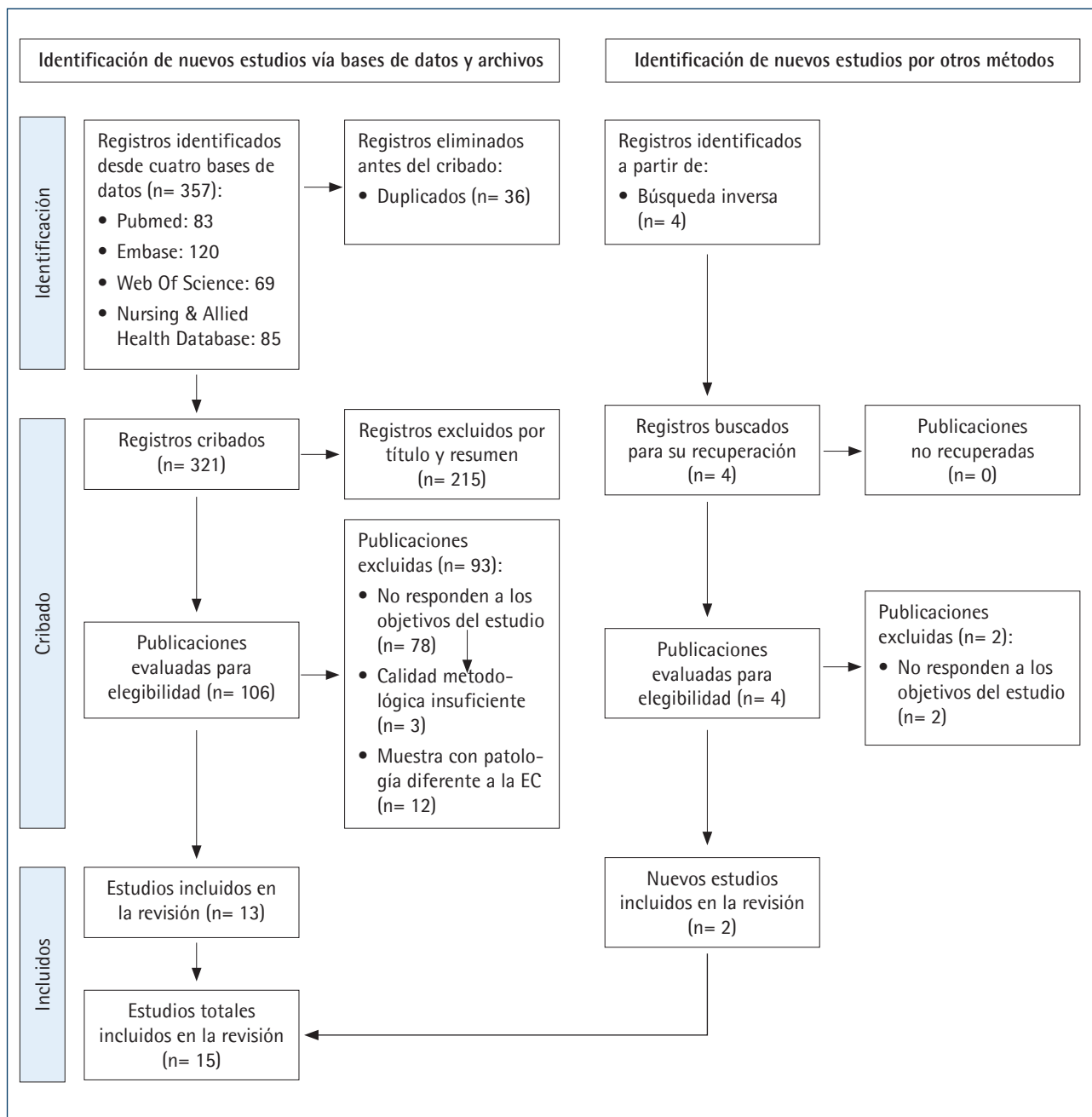


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos

A esta dificultad, se le sumaba la influencia que tiene tanto el reconocimiento tardío de la enfermedad como la baja calidad nutricional de los alimentos sin gluten, factores que se demostró que favorecían la persistencia de los síntomas entre el colectivo celiaco (16,17).

Todo ello condujo al gran consenso hallado por la necesidad de monitorizar de cerca a las personas con EC una vez iniciada la DSG. La herramienta CDAT se mostraba como el instrumento no invasivo más eficaz (15,16,20).

A los problemas físicos y sintomatológicos se le sumaban los sentimientos y las emociones negativas que causa la EC: estigma social, miedo o preocupación por la salud o a causar molestias, percepción de desigualdad, desesperación, ira,

tristeza, vergüenza, culpa y angustia eran algunas de las respuestas emocionales que más fueron nombradas entre los autores (19-23).

La suma de todos estos sentimientos negativos pudo explicar la alta prevalencia de trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión entre el colectivo celiaco, así como el aislamiento social experimentado en los eventos colectivos (21,24).

Únicamente se observó un muy pequeño porcentaje de personas con EC que desarrollaba emociones positivas al enfrentarse a los desafíos de la DSG, lo que volvía a poner de manifiesto la importancia de realizar un seguimiento profesional a las personas con EC. Las enfermeras resultarían óptimas para orientar al individuo y otorgarle las herramientas para afrontar su tratamiento y fomentar su autocuidado (20,22,24).

Asimismo, el papel de la enfermera también resultaría muy indicado para afrontar las dificultades de la vida diaria que supone la DSG (24).

Entre los obstáculos cotidianos más nombrados en los resultados se encontraron la dificultad percibida en cuanto al etiquetado de los alimentos (25,26), la mala palatabilidad o textura de los alimentos sin gluten (19,21,25), la falta de disponibilidad de productos aptos tanto en supermercados como restaurantes (27), la dificultad al viajar (19,21,25) y el elevado coste de los alimentos (19-21,25-28).

Con todo ello se puso en manifiesto no solo la carga física sino también psicológica y social que generaba la dificultad que supone seguir una DSG, lo que provocaba que la vida de las personas con EC se viera notablemente condicionada y, de forma consecuente, se redujera su calidad de vida.

Los resultados finales se exponen en la Tabla 2.

Tabla 2. Tabla de análisis y síntesis

Primer autor (año) PAÍS	Tipo estudio Población (Muestra)	Intervención/ Comparación	Variables de resultado	Resultados	Calidad documental Nivel evidencia Grado recomendación
Van Megen et al. (2021) (15) NORUEGA	Estudio Cuantitativo Muestra: 3.834 adultos con EC con una adherencia estricta a la DSG durante mínimo 12 meses	Intervención Se autocumplimentó una encuesta <i>online</i> sobre los antecedentes, el índice de síntomas celiacos y la adherencia a la EC	Evolución de los síntomas gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> La buena adherencia a la DSG se asoció a puntuaciones más bajas en las manifestaciones gastrointestinales actuales de los participantes Se destacó la alta carga de síntomas persistentes en los adultos celiacos tratados 	STROBE: 20/22 N. Evidencia: 4. b G. Recomendación: B
Silvester et al. (2017) (16) CANADÁ	Estudio Cuantitativo Muestra: 85 participantes con EC reclutados en el momento del diagnóstico	Intervención Se midieron los síntomas intestinales en el momento del diagnóstico, a los seis meses y al año	Evolución de los síntomas gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> La tendencia general fue la resolución de los síntomas de la EC con la adopción de la DSG A los 12 meses el 8% de los participantes mantenía cifras altas de síntomas gastrointestinales y/o extraintestinales (EI) 	STROBE: 16/22 N. Evidencia: 3. e G. Recomendación: B

Tabla 2. Tabla de análisis y síntesis (continuación)

Primer autor (año) PAÍS	Tipo estudio Población (Muestra)	Intervención/ Comparación	Variables de resultado	Resultados	Calidad documental Nivel evidencia Grado recomendación
Sansotta, et al. (2018) (17) EE.UU.	Estudio Cuantitativo Muestra: 197 adultos en EC	Intervención Se realizó una revisión retrospectiva de la historia clínica desde el 2002 hasta el 2015	Evolución de los síntomas gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> Las personas con buena adherencia a la DSG mostraron una mayor tasa de mejora en los síntomas a los dos años del diagnóstico El 52% de los adultos informó una o más manifestaciones GI en curso a más de 24 meses del diagnóstico 	STROBE: 17/22 N. Evidencia: 4. d G. Recomendación: B
Parker et al. (2021) (18) REINO UNIDO	Estudio Cuantitativo Muestra: Casos: 462 participantes con EC durante mínimo un año con una óptima adherencia a la DSG. Controles: 462 individuos seleccionados por un programa de emparejamiento a partir de una muestra representativa a nivel nacional	Intervención Ambos grupos de la muestra realizaron un cuestionario general de salud. Los participantes con EC también fueron preguntados por el tiempo que llevaban con DSG y su adherencia a la misma	Evolución de los síntomas gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes con una buena adherencia a la DSG presentaban una cifra de manifestaciones clínicas significativamente menor que los individuos con mala adherencia Sin embargo, los individuos con EC presentaban el doble de síntomas recurrentes que sus controles 	STROBE: 19/22 N. Evidencia: 3. d G. Recomendación: B STROBE: 16/22 N. Evidencia: 3. e G. Recomendación: B
Deepak et al. (2018) (19) INDIA	Estudio Cuantitativo Muestra: 66 sujetos adultos con EC	Intervención Se evaluó a los sujetos la salud general y CV al inicio y a los seis meses del diagnóstico de EC	Evolución de los síntomas gastrointestinales Problemas psicológicos y respuestas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> La DSG disminuyó significativamente los síntomas GI y mejoró la salud mental de los participantes con EC tras seis meses de tratamiento El estudio ha demostrado una mala salud física, psicosocial y emocional de forma global en la población con EC 	STROBE: 18/22 N. Evidencia: 3. e G. Recomendación: B
Martínez-Martínez, et al. (2018) (20)	Estudio Revisión sistemática Muestra: 32 artículos originales	Intervención Se analizaron todos los artículos originales publicados entre el 2000 y 2017 en	Evolución de los síntomas gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> Se detectó que la eliminación del gluten erradicaba la mayoría (pero no todos) los síntomas gastrointestinales 	PRISMA: 23/27 N. Evidencia: 4. a G. Recomendación: A

Tabla 2. Tabla de análisis y síntesis (*continuación*)

Primer autor (año) PAÍS	Tipo estudio Población (Muestra)	Intervención/ Comparación	Variables de resultado	Resultados	Calidad documental Nivel evidencia Grado recomendación
ESPAÑA	de Pubmed, Medline y Scopus	Pubmed, Medline y Scopus	Barreras cotidianas y limitaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> La CV de los individuos con EC estaba generalmente disminuida en comparación con el resto de la población a causa de la exclusión en actividades sociales y ocio La carga económica, así como la limitada disponibilidad de alimentos, podía afectar al cumplimiento de la dieta 	
Crocker, et al. (2018) (21) REINO UNIDO	Estudio Cualitativo Muestra: 23 adultos con EC	Intervención Se realizaron 23 entrevistas semiestructuradas grabadas en audio y posteriormente fueron transcritas, codificadas y analizadas	<p>Evolución de los síntomas gastrointestinales.</p> <p>Problemas psicológicos y respuestas emocionales</p> <p>Barreras cotidianas y limitaciones sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los entrevistados refirieron la desaparición casi total de los síntomas GI tras el diagnóstico, aunque podían reaparecer por la contaminación cruzada El impacto en la salud emocional y en las actividades sociales, del trabajo y viajes fue una preocupación muy nombrada Dificultades en cuanto a la obtención de alimentos, la mala palatabilidad y el alto costo de los productos sin gluten fueron un problema común en todos ellos 	CASPe: 8/10 N. Evidencia: 3 G. Recomendación: B
Fueyo-Díaz et al. (2020) (22) ESPAÑA	Estudio Cuantitativo Muestra: 738 sujetos con EC de asociaciones de celíacos españolas y sus RRSS	Intervención Cumplimentaron cuestionarios sobre la CV, la adherencia a la DSG y las percepciones y emociones asociadas a tener EC	Problemas psicológicos y respuestas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> El 38,9% de los encuestados tenía una CV por debajo del rango que se consideraba buena Entre las dimensiones peores puntuadas se encontraban: preocupaciones sobre la salud (66%) y limitaciones (70%) Las percepciones negativas asociadas a tener EC eran mucho mayores que los sentimientos positivos 	STROBE: 20/22 N. Evidencia: 4. b G. Recomendación: B

Tabla 2. Tabla de análisis y síntesis (*continuación*)

Primer autor (año) PAÍS	Tipo estudio Población (Muestra)	Intervención/ Comparación	Variables de resultado	Resultados	Calidad documental Nivel evidencia Grado recomendación
Rustagi, et al. (2020) (23) INDIA	Estudio Metaanálisis Muestra: 25 estudios recogidos de NCBI, MEDLINE, Pubmed, Cochrane Library, Google Scholar y Science Direct, con un total de 15.037 sujetos sanos y 5.144 personas con EC	Intervención Se comparó el efecto de la DSG en individuos sanos frente a individuos celíacos en términos de CV	Problemas psicológicos y respuestas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Se demostró que la DSG no tenía un efecto normalizador sobre la CV • La moderada mejora sintomática se contrarrestaba con el estrés provocado por los desafíos emocionales y psicológicos que conlleva la adherencia al tratamiento de la EC 	PRISMA: 23/27 N. Evidencia: 3. a G. Recomendación: A
Guedes et al. (2020) (24) BRASIL	Estudio Cuantitativo Muestra: 83 individuos con EC miembros de la Asociación de Celíacos de Brasil	Intervención Se recopiló información mediante entrevistas sobre datos sociodemográficos, la depresión, ansiedad, los factores psicoafectivos, familiares y de la vida cotidiana	Problemas psicológicos y respuestas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • La ansiedad estuvo presente en el 62,7% de los participantes, mientras que la depresión se encontró en el 34,9% • La condición clínica percibida, la pérdida de control de la EC y obstáculos diarios para mantener la DSG fueron factores predominantes tanto en los casos de ansiedad como de depresión 	STROBE: 18/22 N. Evidencia: 4. b G. Recomendación: B
Casellas, et al. (2020) (25) ESPAÑA	Estudio Cuantitativo Muestra: 540 socios de la Federación de Asociaciones de Celíacos de España	Intervención Se difundió una encuesta <i>online</i> con distintos bloques: datos demográficos, diagnóstico, seguimiento, impacto en la vida diaria y dificultades para seguir una DSG	Barreras cotidianas y limitaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Se demostró que la DSG limitaba de una forma moderada o importante la vida diaria de los adultos encuestados • Más de la mitad de la muestra refirió bastantes o muchas limitaciones en el ocio, viajes, etc. • El 90% afirmó que los productos sin gluten encarecían mucho la compra 	STROBE: 18/22 N. Evidencia: 4. b G. Recomendación: B

Tabla 2. Tabla de análisis y síntesis (*continuación*)

Primer autor (año) PAÍS	Tipo estudio Población (Muestra)	Intervención/ Comparación	Variables de resultado	Resultados	Calidad documental Nivel evidencia Grado recomendación
Garnweidner-Holme et al. (2020) (26) NORUEGA	Estudio Cualitativo Muestra: 12 participantes con EC con diferentes edades, sexo, familia y tiempo de diagnóstico	Intervención Se desarrollaron entrevistas individuales semiestructuradas cuyos principales temas fueron las percepciones y experiencias en el manejo de una DSG	Barreras cotidianas y limitaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> Las entrevistas revelaron desafíos para implementar una DSG en el ámbito individual, interpersonal, de la comunidad y política 	CASPe: 7/10 N. Evidencia: 3 G. Recomendación: B STROBE: 17/22 N. Evidencia: 4. d G. Recomendación: B
Arias-Gastelum et al. (2018) (27) MÉXICO	Estudio Cuantitativo Muestra: 36 participantes cuyo tratamiento dietético era la DSG	Intervención Se investigó la oferta y el precio de los productos sin gluten en los supermercados y tiendas naturistas de Tijuana, Mexicali y La Paz. Además, se implementó un cuestionario autoadministrado a los participantes del estudio	Barreras cotidianas y limitaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> Se demostró el alto coste y la baja disponibilidad de los productos sin gluten La mayoría de los participantes calificó la DSG como moderada o muy difícil, lo que les causaba miedo a salir, evitar las actividades sociales y problemas al viajar 	STROBE: 17/22 N. Evidencia: 4. b G. Recomendación: B
Leffler et al. (2017) (28) EE.UU.	Estudio Cualitativo Muestra: 32 participantes con EC seleccionados por una estrategia de muestreo no probabilístico	Intervención Se ejecutaron entrevistas individuales semiestructuradas para explorar el impacto de la EC en la CV de las personas	Barreras cotidianas y limitaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes refirieron que en algunas ocasiones evitaron eventos sociales Expusieron que la DSG dificultaba la participación en actividades sociales o familiares espontáneas 	CASPe: 8/10 N. Evidencia: 3 G. Recomendación: B STROBE: 17/22 N. Evidencia: 4. d G. Recomendación: B
Canova et al. (2021) (29) ITALIA	Estudio Cualitativo Muestra: 93 participantes de la Asociación de Celiacos de Veneto valorados durante un año y 55 individuos evaluados a lo largo de dos años	Intervención Se administraron diversos cuestionarios validados para medir la CV, los síntomas psicológicos y la adherencia a la DSG	Problemas psicológicos y respuestas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> Se observó que los problemas psicológicos podían disminuir con la DSG de forma simultánea a las correcciones clínicas Las preocupaciones asociadas a cómo enfrentarse a la dieta eran constantes entre las personas con EC 	STROBE: 19/22 N. Evidencia: 3. e G. Recomendación: B

Discusión

En 2013 Vivas ya refleja en su estudio la gran prevalencia de personas con EC que sufren de síntomas persistentes a pesar de seguir una DSG durante 12 o más meses a causa de la contaminación cruzada. Y es que, la ingesta inconsciente y continua de pequeñas cantidades de gluten provoca que no se logre una recuperación intestinal completa y que las personas no sean conocedoras de la causa del problema. Siguiendo en consonancia con los resultados, Castaño et al. (30) apela a la necesidad de que se realice una correcta educación dietética y seguimiento de la adherencia, función idónea para la figura enfermera de Atención Primaria para la correcta evolución sintomatológica.

Ring et al. (31) se suman a esta postura y lo reflejan en su ensayo clínico aleatorizado. En él se demuestra que a través de una Escuela celiaca de 10 sesiones se mejora el bienestar psicológico de las personas con EC, especialmente en términos de ansiedad y depresión y el automanejo de la enfermedad. Así pues, se resalta la figura enfermera para ayudar a este tipo de paciente en la superación de los desafíos emocionales que supone su enfermedad.

Sin embargo, no todos los resultados muestran que la DSG tiene un impacto negativo en la salud mental. También se encuentran artículos en los que se observa una mejora significativa tras la implementación de una DSG. Esto podría explicarse por el momento del proceso salud-enfermedad en el que se encuentran los participantes. Y es que, curiosamente, coincide que los estudios que apelan a la mejoría psicoemocional parten del momento del diagnóstico y realizan un seguimiento prospectivo de los participantes hasta un máximo de dos años. Es decir, se enmarcan en la primera fase del tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, una vez superado este periodo, las personas con EC empiezan a percibir los obstáculos cotidianos de la DSG y las consecuencias psicosociales que esta implica (19,20,31).

En referencia a la esfera social y más cotidiana de la vida de las personas con EC, Estevez et al. (32) manifiestan uno de los obstáculos mayormente percibidos por el colectivo a lo largo de su proceso salud-enfermedad. Y es que, la falta de productos y opciones sin gluten a la hora de salir a comer fuera de casa es uno de los mayores condicionantes sociales que sufren estos individuos.

Siguiendo en esta línea, un estudio impulsado por el Defensor del Pueblo (33), sobre la situación de las personas con EC en España, muestra que el precio de ciertos productos sin gluten de consumo diario es hasta 9,58 veces más elevado que los alimentos comunes a los que sustituyen. Todo ello pone en manifiesto la gran carga ya no solo biopsicosocial, sino también económica que genera la DSG, lo que vuelve a poner de manifiesto la gran repercusión que tiene la DSG en la CV de las personas con EC.

Como limitaciones del estudio, se destaca que se pueden haber omitido ciertos estudios de gran relevancia e interés publicado en otra lengua distinta al español o inglés. Asimismo, solo se han incluido artículos publicados en bases de datos de habla inglesa, lo cual ha hecho que el empleo de los DeCS haya sido excluido de la revisión. Por otra parte, la subjetividad y el dinamismo del concepto de CV hace que sea diferente y personal para cada uno, por lo que personas con EC en la misma situación pueden contar con percepciones distintas de CV (34). Asimismo, debido a la gran riqueza de matices que aborda el término CV, existe una elevada variedad de cuestionarios, lo que hace que las conclusiones extraídas no partan de unos resultados medidos por el mismo instrumento.

Otra limitación hallada es el escaso número de estudios longitudinales, lo que supone una desventaja de valor añadido, pues debido al carácter cambiante de la CV hubiera resultado interesante encontrar evidencia que observara la evolución de la EC en los adultos con EC y poder establecer así relaciones causales. Esta limitada literatura científica pone en evidencia una potencial futura línea de investigación.

Por último, debido a la falta de programas sanitarios que incorporen a la enfermera en el cuidado y el seguimiento de las personas con celiacía, se ha encontrado un gran vacío científico respecto a este tema, el cual resultaría muy interesante a desarrollar en próximos trabajos de investigación.

Conclusiones

La adherencia a la dieta sin gluten supone una evolución favorable en los síntomas gastrointestinales en los adultos diagnosticados de enfermedad celiaca, lo cual demuestra la eficacia de este tratamiento. Sin embargo, las importantes restricciones dietéticas y limitaciones sociales que este supone conllevan una serie de consecuencias negativas tanto en el ámbito emocional como psicológico, destacando la ansiedad, la depresión y el aislamiento social. Asimismo, la vida cotidiana de las personas con enfermedad celiaca está caracterizada por los múltiples desafíos que la dieta sin gluten plantea. Todo ello

hace que las personas con celiacía tengan una alta percepción de dificultad para seguir su dieta, lo que se traduce en una disminución de la calidad de vida.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012; 54(1):136-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0b013e31821a23d0>
2. Martín I, van der Hofstadt M, Campos A, Fernández A, De Abreu C, Brieva VD, et al. Manual de la enfermedad celiaca. *Celíacos.org* [internet] 2021 [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://celiacos.org/wp-content/uploads/2021/05/Manual-de-la-EC-1.3-SEEC.pdf>
3. Zamora CM. Enfermedad celiaca: una revisión de sus aspectos más relevantes. *Rev Med Cos Cen* [internet]. 2017 [citado 20 may 2024]; 84(622):35-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101660>
4. Bai JC, Ciacci C, Corazza GR, Fried M, Olano C, Rostami-Nejad M, et al. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad Celiaca. *J Clin Gastroenterol.* 2013; 47(2):121-6. doi: <https://doi.org/10.1097/mcg.0b013e31827a6f83>
5. De la Calle I, Ros G, Peñalver Miras R, Nieto G. Celiac disease: causes, pathology, and nutritional assessment of gluten-free diet. A review. *Nutr Hosp.* 2020; 37(5):1043-51. doi: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02913>
6. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac méd espirit* [internet]. 2017 [citado 20 may 2024]; 19(3). Disponible en: <http://www.revgespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>
7. Al-Sunaid FF, Al-Homidi MM, Al-Qahtani RM, Al-Ashwal RA, Mudhish GA, Hanbazaza MA, et al. The influence of a gluten-free diet on health-related quality of life in individuals with celiac disease. *BMC Gastroenterol.* 2021; 21(1):330. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12876-021-01908-0>
8. Real-Delor RE, Centurión-Medina IC. Calidad de vida en adultos del Paraguay con enfermedad celiaca. *Duazary* 2018; 15(1):61. doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783x.2026>
9. MeSHDatabase [sede web]. Los Ángeles: National Library of Medicine (US); 2022. [citado 20 may 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
10. Cartes-Velasquez R, Moraga J. Pautas de chequeo, parte III: STROBE y ARRIVE. *Rev chil cir.* 2016; 68(5):394-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2015.12.003>
11. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica* [internet]. Alicante: CASPe; 2010. [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4907309/10-preguntas-para-ayudarte-a-entender-un-estudio-cualitativo>
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* 2021; 74(9):790-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
13. The Joana Briggs Institute [sede web]. New JBI Grades of Recommendation. 2013. [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Grados-de-recomendacion-JBI.pdf>
14. The Joana Briggs Institute [sede web]. New JBI Levels of Evidence. 2013. [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Niveles-de-evidencia-JBI.pdf>
15. Van Megen F, Skodje GI, Stendahl M, Veierød MB, Lundin KEA, Henriksen C. High disease burden in treated celiac patients - a web-based survey. *Scand J Gastroenterol.* 2021; 56(8):882-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00365521.2021.1930146>
16. Silvester JA, Graff LA, Rigaux L, Bernstein CN, Leffler DA, Kelly CP, et al. Symptoms of functional intestinal disorders are common in patients with celiac disease following transition to a gluten-free diet. *Dig Dis Sci* 2017; 62(9):2449-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-017-4666-z>

17. Sansotta N, Amirikian K, Guandalini S, Jericho H. Celiac disease symptom resolution: Effectiveness of the gluten-free diet. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2018; 66(1):48-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000001634>
18. Parker S, Palsson O, Sanders DS, Simren M, Sperber AD, Törnblom H, et al. Functional gastrointestinal disorders and associated health impairment in individuals with celiac disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2022; 20(6):1315-1325.e4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2021.07.026>
19. Deepak C, Berry N, Vaiphei K, Dhaka N, Sinha SK, Kochhar R. Quality of life in celiac disease and the effect of gluten-free diet: Quality of life in celiac disease. *JGH Open* 2018; 2(4):124-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jgh3.12056>
20. Martínez-Martínez MI, Alegre-Martínez A, García-Ibáñez J, Cauli O. Quality of life in people with coeliac disease: Psychological and Socio-economic aspects. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets* 2019; 19(2):116-20. doi: <http://dx.doi.org/10.2174/187153031866618072310003>
21. Crocker H, Jenkinson C, Peters M. Quality of life in coeliac disease: qualitative interviews to develop candidate items for the Coeliac Disease Assessment Questionnaire. *Patient Relat Outcome Meas* 2018; 9:211-20. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/prom.s149238>
22. Fueyo-Díaz R, Montoro M, Magallón-Botaya R, Gascón-Santos S, Asensio-Martínez Á, Palacios-Navarro G, et al. Influence of compliance to diet and self-efficacy expectation on quality of life in patients with celiac disease in Spain. *Nutrients* 2020; 12(9):2672. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/nu12092672>
23. Rustagi S, Choudhary S, Khan S, Jain T. Consequential effect of gluten-free diet on Health-related quality of life in celiac populace-A meta-analysis. *Curr Res Nutr Food Sci J.* 2020; 8(3):1025-36. doi: <http://dx.doi.org/10.12944/crnfsj.8.3.29>
24. Guedes NG, Silva LA da, Bessa CC, Santos JCD, Silva VM da, Lopes MV de O. Anxiety and depression: a study of psychoaffective, family-related, and daily-life factors in celiac individuals. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0086>
25. Casellas Jordá F, Argüelles Arias F, Burgos R, van der Hofstadt Rovira M. National survey on the experiences of people with celiac disease in Spain. The CELIAC-SPAIN project. *Rev Esp Enferm Dig* 2020; 112(5):343-54. doi: <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2020.6929/2020>
26. Garnweidner-Holme L, Sende K, Hellmann M, Henriksen C, Lundin KEA, Myhrstad MCW, et al. Experiences of managing a gluten-free diet on multiple levels of society: a qualitative study. *BMC Nutr* 2020; 6(1):65. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s40795-020-00390-3>
27. Arias-Gastelum M, Cabrera-Chávez F, Vergara-Jiménez M de J, Ontiveros N. The gluten-free diet: access and economic aspects and impact on lifestyle. *Nutr Diet Suppl* 2018; 10:27-34. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/nds.s143404>
28. Leffler DA, Acaster S, Gallop K, Dennis M, Kelly CP, Adelman DC. A novel patient-derived conceptual model of the impact of celiac disease in adults: Implications for patient-reported outcome and health-related quality-of-life instrument development. *Value Health.* 2017; 20(4):637-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2016.12.016>
29. Canova C, Rosato I, Marsilio I, Valiante F, Zorzetto V, Cataudella G, et al. Quality of life and psychological disorders in coeliac disease: A prospective multicentre study. *Nutrients* 2021; 13(9):3233. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/nu13093233>
30. Castaño P, Pascual A, Vázquez-Díaz C, Vega C, Castaño T, Cernuda JA. Papel de la enfermera de Atención Primaria en pacientes con enfermedad celiaca. *RqR Enfermería Comunitaria* [internet]. 2017 [citado 20 may 2024]; 5(3):19-29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079378>
31. Ring Jacobsson L, Friedrichsen M, Göransson A, Hallert C. Does a Coeliac School increase psychological well-being in women suffering from coeliac disease, living on a gluten-free diet? Patient education for coeliac women. *J Clin Nurs* 2012; 21(5-6):766-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03953.x>
32. Estévez V, Araya M. La dieta sin gluten y Los alimentos libres DE gluten. *Rev Chil Nutr* 2016; 43(4):14-14. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182016000400014>
33. Defensor del Pueblo. Estudio sobre la situación de las personas con Enfermedad Celiaca en España. [internet] 2017. [citado 20 may 2024]. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2017/04/Celiaquia_2017-1.pdf
34. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Cien Saude Colet* 2020; 25(2):693-702. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>

Efectos de la bailoterapia sobre variables cognitivas en mujeres: una revisión sistemática

- ¹ Karen Daniela Neira-Fernández
² Erick Landeros-Olvera
³ Lizbeth Morales-Castillejos
⁴ Sonia Carreño-Moreno
⁵ Karla Guadalupe Cholula-Cordero
⁶ Octavio Jiménez-Garza

¹ Enfermera Especialista en Administración en Salud Pública. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

² Doctor en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

³ Maestra en Enfermería. Área Académica de Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.

⁴ Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Colombia.

⁵ Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

⁶ Doctor en Ciencias Médicas. Área Académica de Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.

E-mail: karen.neira@alumno.buap.mx

Cómo citar este artículo:

Neira-Fernández KD, Landeros-Olvera E, Morales-Castillejos L, Carreño-Moreno S, Cholula-Cordero KG, Jiménez-Garza O. Efectos de la bailoterapia sobre variables cognitivas en mujeres: una revisión sistemática. *RIdEC* 2024; 17(1):42-52.

Fecha de recepción: 13 de marzo de 2024.

Fecha de aceptación: 18 de mayo de 2024.

Resumen

Introducción: el baile como terapia es una alternativa viable a la actividad física de la mujer, que ocasiona efectos positivos sobre su autoconcepto, autoeficacia y autoestima. Sin embargo, los beneficios no son claros en intervenciones de baile bajo diseños experimentales.

Objetivo: analizar la evidencia disponible de intervenciones de baile que prueben efectos sobre variables cognitivas en mujeres.

Método: revisión sistemática de acuerdo con los lineamientos del PRISMA en las bases de datos: Cuiden, PubMed, ScienceDirect, BVS, Cochrane, EBSCO-Host, Scielo, DBpia y CINAHL. Se usaron las palabras claves DeCS/MeSH como estrategia de búsqueda entre los años 2015 y 2022 en inglés, español, portugués, chino mandarín y coreano. Se seleccionaron diseños experimentales centrados sobre variables cognitivas en mujeres.

Resultados: se identificaron 3.477 artículos, tras eliminar duplicados y cribar los documentos por título-resumen, se incluyeron seis estudios en la revisión. Dos artículos corresponden a ensayos clínicos, dos a ensayos pilotos y dos a estudios cuasiexperimentales. Los tipos de baile variaron entre Zumba, Danza árabe, Danza del vientre y Baile latino. La duración de la intervención osciló entre 8-16 semanas, con 2-3 sesiones semanales y una duración de 60 minutos por sesión. Las intervenciones tuvieron cambios significativos en los grupos experimentales en las variables de imagen corporal con danza del vientre ($p = ,037$), autoeficacia con Baile latino ($p = ,044$), autopercepción de fuerza física con Zumba ($p = ,003$) y autoestima ($p < ,0001$).

Conclusión: las intervenciones de baile superiores a ocho semanas causan efectos positivos sobre las variables cognitivas en mujeres.

Palabras clave: baile; mujeres; autoconcepto; autoestima; autoeficacia.

Abstract

Effects of dance therapy on cognitive variables in women: a systematic review.

Introduction: *dance as therapy is a feasible option for physical activity in women, and causes positive effects on their self-concept, self-efficacy, and self-esteem. However, benefits are not clear in dance interventions under experimental designs.*

Objective: *to analyse the evidence available on dance interventions that demonstrate effects on cognitive variables in women.*

Method: *a systematic review according to the PRISMA guidelines in the Cuiden, PubMed, ScienceDirect, BVS, Cochrane, EBSCO-Host, Scielo, DBpia and CINAHL databases. The DeCS/MeSH key words were used as search strategy between the years 2025 in 2022, in English, Spanish, Portuguese, Mandarin Chinese and Korean. There was a selection of experimental designs that focused on cognitive variables in women.*

Results: *in total, 3,477 articles were identified; after eliminating duplicates and screening documents by title-abstract, six studies were included in the review. Two articles were clinical trials, two were pilot trials, and two were quasi-experimental studies. There were various types of dance: Zumba, Arabic Dance, Belly Dance, and Latin Dance. The duration of the intervention ranged between 8 and 16 weeks, with 2-3 weekly sessions and a 60-minute duration by session. The interventions caused significant changes in the experimental groups in the following variables: Body Image with Belly Dance ($p = .037$), Self-efficacy with Latin Dance ($p = .044$), Self-perception of Physical Strength with Zumba ($p = .003$), and Self-Esteem ($p < .0001$).*

Conclusion: *dance interventions for more than 8 weeks cause positive effects on the cognitive variables in women.*

Key words: *dance; women; self-concept; self-esteem: self-efficacy.*

Introducción

La práctica de actividad física a través del baile, conocida como bailoterapia, es una alternativa viable, que gana cada vez más reconocimiento entre los profesionales de diversas esferas por sus beneficios en el estado físico y bienestar de las personas (1). Esta práctica tiene sus inicios en el continente europeo; no obstante, se ha venido extendiendo por regiones como América Latina, dando origen a una terapia con enfoque de aproximación holística en procesos de salud o enfermedad; su éxito radica en que combina la disciplina, el esfuerzo físico y la interacción grupal (2).

Entre los beneficios psicológicos del baile se encuentra la mejora en variables cognitivas como la autoexpresión, autoconciencia, autoeficacia, autoestima y autoconcepto (3,4). Revisiones sistemáticas de la literatura sobre el tema muestran los beneficios y efectos del baile en estos aspectos cognitivos, con base principalmente en población con algún trastorno como el autismo, niños y adolescentes entre los 6 y 18 años, adultos con patologías como la fibromialgia, esclerosis múltiple, estrés o ansiedad y adultos mayores (5-8).

Dentro de estas investigaciones, algunos autores presentan los tipos de baile utilizados, donde resaltan el baile contemporáneo, tango, hip hop, danza del vientre y baile folclórico; en contraste, otros autores no especifican el tipo de baile. Otro aspecto que se ve reflejado en las distintas revisiones es la alta variabilidad respecto a la dosis de ingrediente activo, reconocida como la frecuencia del baile, tiempo por sesión y duración de la intervención (9), puesto que las intervenciones presentan una duración de entre 2 y 24 semanas, con 1 a 5 sesiones semanales y una duración de cada sesión que osciló entre 30 y 90 minutos. A pesar de la evidencia publicada hasta el momento, un gran porcentaje de los autores de las diversas investigaciones no plantean sus trabajos como ensayos clínicos o los beneficios que presentan no tienen la rigurosidad metodológica bajo diseños de intervención o experimentales de acuerdo con los criterios del CONSORT (10).

Bajo estos resultados, la literatura disponible no muestra suficiente evidencia científica sobre programas de baile específicos para mujeres, en donde se consideren variables cognitivas como el autoconcepto, la autoestima o la autoeficacia; por lo cual, es importante identificar intervenciones que sean sustentadas sobre los mejores niveles de evidencia científica que muestren el efecto de la bailoterapia en este grupo poblacional. De acuerdo con esto, se plantea el siguiente objetivo: analizar la evidencia disponible de intervenciones de baile que prueben efectos sobre variables cognitivas en mujeres.

Método

Revisión sistemática de acuerdo con los lineamientos de la declaración del PRISMA (11). La pregunta de investigación se estableció siguiendo el formato PICOT-D (12) (Tabla 1): ¿Qué intervenciones de baile se han realizado como ensayos clínicos para evaluar variables cognitivas en mujeres en los últimos ocho años?

Tabla 1. Formulación de pregunta PICOT-D

Acrónimo PICOT-D	P Población	I Intervención	C Comparación	O Resultados (<i>Outcomes</i>)	T Tiempo	D Datos
Resultado	Mujeres	Intervenciones de baile	Realizar una comparación entre las intervenciones con alto nivel de evidencia en el mundo	Intervenciones fiables para manipular variables cognitivas	2015-2022	Bases de datos electrónicas

La búsqueda de información se llevó a cabo en las bases de datos Cuiden, PubMed, ScienceDirect, BVS, Cochrane, EBSCO Host, Scielo, DBpia y CINAHL. Se utilizó una estrategia de búsqueda específica con las palabras claves DeCS/MeSH: *Dancing, Women, Self Concept, Self Efficacy, Self perception, Self esteem, Self confidence* combinadas a través de operadores booleanos (13). La estrategia de búsqueda fue la siguiente, en español: "*((Baile) AND (Mujeres) AND ((Autoconcepto OR Autoeficacia OR Autoimagen OR Autoestima OR Autoconfianza)))*", en inglés: "*((Dancing) AND (Women) AND ((Self Concept) OR (Self Efficacy) OR (self perception) OR (self esteem) OR (self confidence)))*". Esta búsqueda se realizó por dos autores de manera independiente. La última fecha de búsqueda fue el 12 de agosto de 2023.

La búsqueda se delimitó a los idiomas inglés, español, portugués, chino mandarín y coreano, con un periodo de publicación del año 2015 al año 2022. Solo se incluyeron artículos de revistas indizadas para obtener un cierto estándar de calidad de los estudios incluidos que garantice el proceso de revisión por pares.

Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios que cumplieran con las siguientes características: (a) las participantes debían ser mujeres, (b) el diseño de estudio debía ser experimental, que incluyera un grupo que recibiera una intervención de baile (que no se combinara con otra intervención), y (c) el resultado debía incluir la evaluación de variables cognitivas.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los ensayos clínicos en los que el baile era solo una parte de la intervención, dado que no es posible captar el efecto inherente de la bailoterapia. También se excluyeron los estudios que realizaban intervenciones de baile etiquetadas como "Terapia de Movimiento de Baile" (DMT por sus siglas en inglés), puesto que es un método psicoterapéutico de movimiento (14,15). Finalmente, se excluyeron estudios que abordaban bailarines profesionales o personas con experiencia previa.

Procedimiento

Una vez llevada a cabo la estrategia de búsqueda en las bases de datos seleccionadas, los resultados fueron combinados en el *software* Covidence, en donde se eliminaron las publicaciones duplicadas. Se llevó a cabo una tamización inicial de los artículos entre los investigadores de manera independiente, teniendo en cuenta el título y resumen y se seleccionaron los artículos elegibles para su lectura a texto completo. Los casos de conflicto o discrepancia fueron resueltos mediante consenso entre los revisores.

Posteriormente, los artículos a texto completo fueron analizados de acuerdo con los lineamientos del grupo CONSORT para ensayos clínicos (10) y su extensión para estudios piloto (16), lo cual permitió la evaluación de aspectos metodológicos, así como la valoración de posibles sesgos. Para la evaluación de la validez interna se emplearon los criterios propuestos por Hernández-Sampieri (17).

La extracción de datos y la evaluación de la calidad de los estudios se realizó a través del *software* Covidence en función de las variables: participantes, duración y características de la intervención y los resultados sobre variables cognitivas.

Resultados

A partir de la búsqueda, se recuperaron 3.477 artículos, de los cuales se removieron 54 duplicados, lo cual disminuyó a un total de 3.423 artículos para ser tamizados por título y resumen. Se eliminaron 3.410 artículos que no cumplieron con los criterios de elegibilidad; fueron elegibles un total de 13 documentos que fueron leídos a texto completo, de los cuales siete tenían diferentes diseños de estudio o no abordaban las variables de interés; quedando seis artículos incluidos para el análisis final y síntesis de la información (Figura 1).

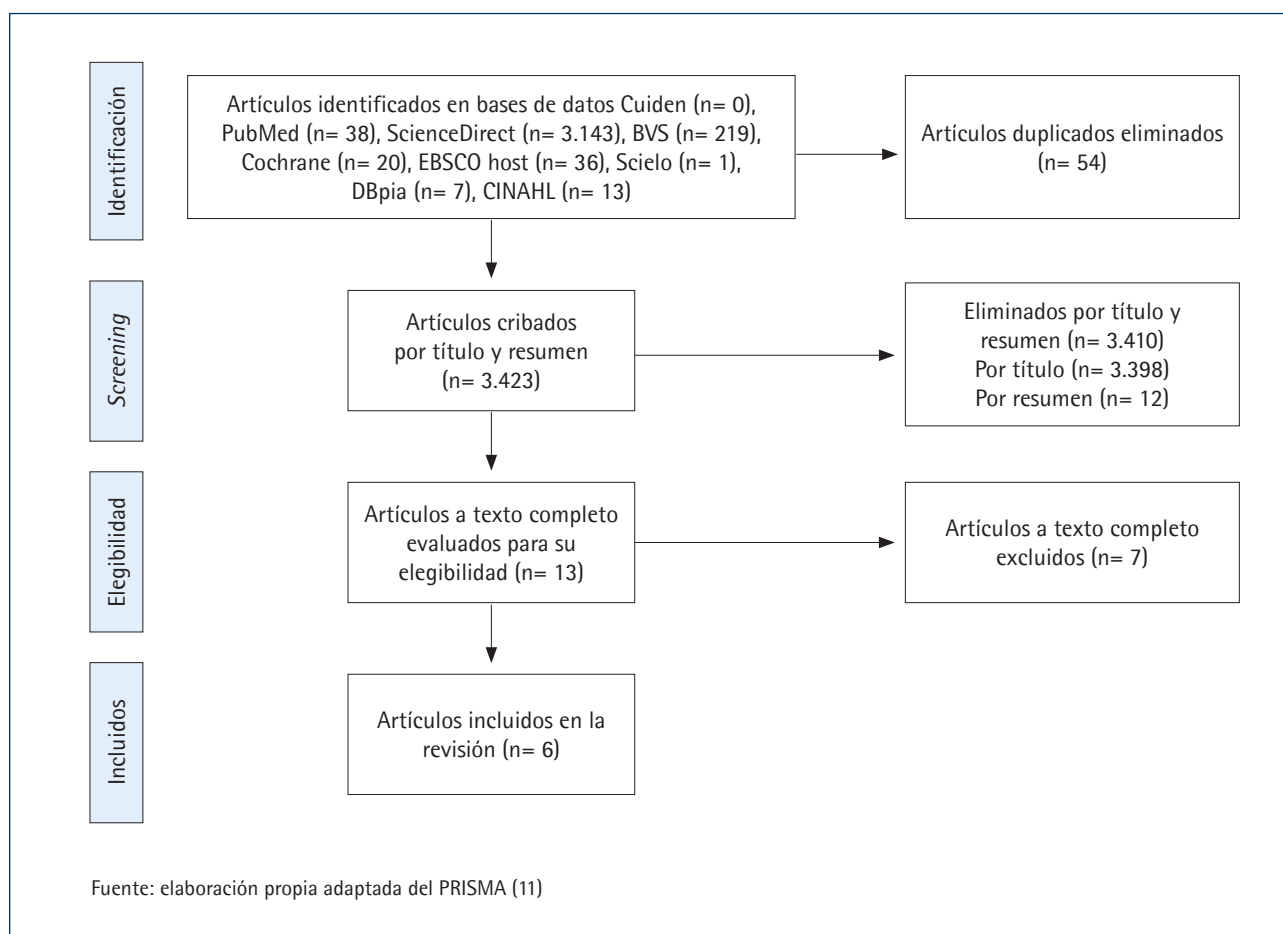


Figura 1. Diagrama de flujo de artículos según el PRISMA

Características generales de los estudios

El 50% de los artículos proviene del Brasil (18–20), el 16,6% de Reino Unido (21), el 16,6% de Corea (22) y el 16,6% restante de España (23). Con respecto a los diseños, se encuentra que dos de las investigaciones corresponden a ensayos clínicos controlados (21,22), dos a estudios piloto con diseño clínico no aleatorizado (18,19) y los dos restantes a estudios cuasiexperimentales, en los cuales solo aplicaron la intervención a un grupo a través de mediciones repetidas de pre- y

postest y no incluyeron un grupo control (20,23). Con respecto a los tipos de baile, estos variaron entre Zumba (21), Danza folclórica árabe (20), Danza del vientre (18,19), Danza española (23) y Baile Latino (22). Las condiciones de salud de las participantes oscilaron desde sanas (21), con cáncer de mama (18,19), con obesidad y depresión (22), fibromialgia (23), y mujeres durante la posmenopausia (20). La duración de las intervenciones osciló entre seis y 12 semanas, con una dosis de ingrediente activo de dos a tres sesiones semanales y una duración de 25 a 60 minutos, con rango de calentamiento de 10 a 15 minutos. Las intervenciones tuvieron cambios significativos en las mujeres de los grupos experimental en las variables de imagen corporal ($p=,037$) (17,18), autoeficacia ($p=,044$) (22), autopercepción de fuerza física ($p=,003$) (21), autoimagen ($p<,0001$) y autoestima ($p<,001$) (20). Las intervenciones inferiores a ocho semanas no mostraron cambios significativos sobre el autoconcepto físico.

En la Tabla 2 se plantea el resumen de los artículos seleccionados con sus principales características, con el propósito de mostrar las intervenciones halladas en la literatura para manipular variables cognitivas en mujeres mediante terapias de baile.

Tabla 2. Características principales de los artículos

Referencia	Base de datos/País	Tipo de estudio/Muestra	Duración	Intervenciones/Resumen de investigación	Resultados
Boing et al., 2018 (18)	PubMed Brasil	Estudio piloto, ensayo clínico no aleatorizado Un total de 19 mujeres divididas en dos grupos GE: 11 y GC: 11. Solo ocho mujeres terminaron la intervención (GE: 8 y GC: 11)	12 semanas de intervención Dos sesiones semanales con una duración de 60 minutos	Analizar la influencia de la danza del vientre en la calidad de vida, fatiga, síntomas depresivos e imagen corporal en mujeres con cáncer de mama. El GE se sometió a clases de danza del vientre durante 12 semanas	Las mujeres en el grupo experimental informaron una mejora significativa en su autopercepción. Se encontraron cambios significativos en la dimensión de imagen corporal ($p=,037$). La danza del vientre puede ser una forma viable de actividad física para las mujeres con cáncer de mama
Carminatti et al., 2019 (19)	SciELO Brasil	Estudio piloto, ensayo clínico no aleatorizado Un grupo de 19 mujeres (54,55 \pm 8,29 años) divididas en dos grupos GE: 8 y GC: 11	12 semanas de intervención Dos sesiones semanales con una duración de 60 minutos	Analizar la influencia de la danza del vientre en la imagen corporal y la autoestima de las mujeres durante y después del tratamiento del cáncer de mama. Para el GE se realizó una intervención de clases de danza del vientre. El GC solo mantuvo sus actividades de rutina	Se observaron cambios significativos en la mejora de la imagen corporal en el GE en las escalas de estigma corporal ($p=,017$) y transparencia ($p=,021$). En la autoestima no se encontraron modificaciones. El grupo control no presentó cambios La danza del vientre mejora la imagen corporal de las mujeres después de 12 semanas de intervención
Teixeira et al., 2021 (20)	PubMed Brasil	Ensayo clínico no aleatorizado con medidas prepost Un total de 36 mujeres posmenopáusicas (57,4 \pm 4,9 años)	16 semanas de intervención Tres sesiones semanales de 60 minutos	Analizar los efectos de la práctica de la danza sobre la autoimagen/autoestima en mujeres posmenopáusicas. Las variables fueron evaluadas antes y después de las 16 semanas	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas después de las 16 semanas frente a la autoestima ($p<,001$) y autoimagen ($p<,0001$) La intervención de baile de 16 semanas fue efectiva para mejorar la autoimagen y la autoestima de las mujeres posmenopáusicas

Tabla 2. Características principales de los artículos (continuación)

Referencia	Base de datos/País	Tipo de estudio/Muestra	Duración	Intervenciones/Resumen de investigación	Resultados
Delextrat et al., 2015 (21)	PubMed Reino Unido	Ensayo clínico aleatorio Un total de 44 participantes voluntarias, divididas en dos grupos GE: 19 GC: 18	Ocho semanas de intervención Tres sesiones semanales con una duración de 60 minutos	Investigar los efectos de Zumba en los resultados fisiológicos y psicológicos en mujeres sanas Se evaluó la aptitud cardiovascular, la composición corporal, la autopercepción física y el bienestar psicológico antes e inmediatamente después de ocho semanas de Zumba	Zumba proporcionó cambios positivos significativos en la autopercepción de fuerza física ($p=,003$). No se observaron cambios significativos en el grupo de control. Algunos cambios psicológicos se correlacionaron significativamente con grasa corporal al inicio del estudio y cambios en el estado físico
Kim et al. 2015 (22)	DBpia Corea	Ensayo clínico no aleatorizado Un total de 38 mujeres divididas en tres grupos: GE1 (depresión leve): 9, GE2 (depresión moderada): 14 y GC: 15	12 semanas de intervención Tres sesiones semanales con una duración de 60 minutos	Examinar el efecto del baile deportivo sobre la autoeficacia física en mujeres con obesidad con depresión posmenopáusica. Para los GE, se realizó un programa deportivo de baile. El GC solo mantuvo sus actividades de rutina	Hubo cambios significativos en la autoeficacia física para el GE2 (depresión moderada) después del programa deportivo de baile de 12 semanas ($p=,044$) en comparación con antes del ejercicio. No se observaron cambios significativos para el GC y el GE1 (depresión leve)
Chica et al., 2020 (23)	EBSCO Host España	Ensayo clínico no aleatorizado con medidas prepost Un total de 43 mujeres con fibromialgia de 45 a 70 años	Seis semanas de intervención Dos sesiones semanales de 60 minutos, 25 minutos efectivos de danza	Analizar los efectos de un programa de danza española sobre diversas variables psicológicas de mujeres con fibromialgia. La intervención tuvo una intensidad baja para un menor impacto en los participantes dadas sus características. Las variables fueron evaluadas antes y después de las seis semanas	No se hallaron diferencias significativas en inteligencia emocional o autoconcepto, pero sí sobre variables como el estado de ánimo, la depresión y el nivel de ansiedad psíquico y somático

Fuente: elaboración propia

Resultados de la evaluación de la calidad

De acuerdo con los datos expuestos, desde el punto de vista metodológico se observa que uno de los estudios realizó una aleatorización de los participantes (21); no obstante, no menciona el método utilizado para generar la distribución aleatoria o si se hizo de manera enmascarada o no. Los demás estudios llevaron a cabo un muestreo por conveniencia (18–20,22,23). En lo que respecta al cálculo de la muestra, los autores de dos de los estudios mencionan el cálculo de la misma, así como el nivel de significancia, tamaño del efecto y poder estadístico (18,20).

En referencia a las variables manipuladas durante las intervenciones, se encontró que las variables estudiadas son la autopercepción física desde las dimensiones de competencia deportiva percibida, atractivo corporal percibido, fuerza física y desarrollo muscular percibidos, nivel percibido de acondicionamiento y autoestima físico (21); la autoimagen evaluada

como imagen corporal después del cáncer de mama mediante seis subescalas: vulnerabilidad, estigma corporal, limitación, preocupaciones corporales, transparencia y problemas en los brazos (19); la autoeficacia física definida como la prueba de la propia capacidad física percibida, evaluada a través de dos dimensiones: la Escala de Habilidad Física Percibida y la Escala de Confianza en la Autopresentación Física (22) y finalmente el autoconcepto evaluado en las dimensiones académico/laboral, social, familiar y físico (23).

En cuanto a los hallazgos encontrados, diversos autores hallaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental después de haber recibido la intervención (18,19,21,22). Otros autores destacan que se encontraron cambios significativos en la medición posttest en mujeres posmenopáusicas (20), mientras que no se hallaron estas diferencias en mujeres con fibromialgia que recibieron una intervención de seis semanas (23). Con respecto a la autoestima, algunos autores encontraron cambios importantes y significativos después de una intervención de 16 semanas (20), mientras que otros no hallaron diferencias sobre esta variable después de una dosis de 12 semanas (19).

Por otro lado, acerca de la modalidad de la intervención, diversos estudios realizaron intervenciones grupales de manera presencial (18–20,22,23), mientras que otros autores diseñaron una intervención en casa con base en material audiovisual (21). Con relación a la duración, solo se presenta una investigación en la cual no encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables de interés de esta revisión (23); dicho estudio es el único que presentó una duración menor a ocho semanas.

De manera general, los estudios presentan coherencia metodológica entre el problema de investigación, el objetivo formulado, el método y las conclusiones; no obstante, en conformidad con los criterios CONSORT, obtuvieron un promedio de 48,8% en la evaluación de su calidad metodológica, lo cual indica que existen deficiencias en la calidad del reporte de las investigaciones (24), principalmente en el diseño, aleatorización de las mujeres a los grupos de intervención y control. En la Tabla 3 se presenta dicho análisis de la calidad metodológica de cada artículo incluido en la presente revisión.

Tabla 3. Calidad metodológica de los artículos

Referencia	Criterios de evaluación	Limitaciones y posibles sesgos	Fortalezas
Boing et al., 2018 (18)	CONSORT: 62%	No desarrolla por completo la variable de autopercepción No se tuvo en cuenta la tasa de deserción No se realizó una aleatorización de los participantes	Homogeneidad en la muestra antes de la intervención
Carminatti et al., 2019 (19)	CONSORT: 50%	No se tuvo en cuenta la tasa de deserción No se realizó una aleatorización de los participantes No se justifica por qué se llevó a cabo un estudio piloto	Tuvo en cuenta todas las consideraciones éticas, desarrolla por completo la variable de autoconcepto
Teixeira et al., 2021 (20)	CONSORT: 57%	Estudio no aleatorizado, no incluye grupo control, lo que limita la interpretación de resultados	Guiaron la intervención de acuerdo con las recomendaciones de la American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance battery
Delextrat et al., 2015 (21)	CONSORT: 38%	No realizan un cálculo del tamaño muestral No especifican el método utilizado para generar la aleatorización ni el enmascaramiento No consideraron algunas variables confusoras (calidad del sueño) Intervención en casa basada en DVD, lo cual dificulta supervisar la intervención	Desarrolla por completo la variable de autopercepción de fuerza física
Kim et al. 2015 (22)	CONSORT: 43%	No estiman cómo se calculó el tamaño de la muestra No se llevó a cabo una aleatorización de los participantes Al ser mujeres de un centro específico de salud, es difícil realizar generalizaciones	Consideran diversos géneros de música y especifican muy bien la intervención

Tabla 3. Calidad metodológica de los artículos (continuación)

Referencia	Criterios de evaluación	Limitaciones y posibles sesgos	Fortalezas
Chica et al., 2020 (23)	CONSORT: 43%	Estudio no aleatorizado, no incluye grupo control, lo que limita la interpretación de resultados	Profundizan en la validez de los instrumentos. Plantean la aplicación práctica de la intervención

Fuente: elaboración propia de acuerdo con los criterios CONSORT (10)

Resultados de la evaluación de la validez interna

Los autores, en su mayoría, no señalan la amortiguación o eliminación de las fuentes de invalidación interna (17); las más comunes son la difusión de tratamientos y la compensación, las cuales no se vieron amortiguadas en ninguno de los estudios.

Otras fuentes de invalidación que resaltan son la inestabilidad del instrumento de medición, ya que, a pesar de que todos los estudios mencionan el uso de instrumentos, solo cuatro investigaciones mencionan su validación (18,19,22,23); para los dos restantes (20,21), es necesario ir a la fuente primaria para verificar la confiabilidad y validez del instrumento; y la mortalidad experimental, dado que cinco de los seis estudios no reclutaron suficientes participantes para el experimento, ni tomaron en consideración la posibilidad de que algunos abandonaran el estudio; por consecuencia, se desconoce si aplicaron la intención de tratamiento cuando hubo pérdida de sujetos (25).

En la Tabla 4 se presenta la puntuación de cada estudio respecto a los criterios de validez interna; dos de los estudios conducidos presentaron puntajes muy bajos en las fuentes de invalidación (20,23) dado que carecen de grupo control, por lo cual pierden validez interna y, por tanto, calidad del experimento.

Tabla 4. Amortiguación de las fuentes de invalidación interna

Fuente o amenaza a la validez interna	Artículo					
	Ref. 18	Ref. 19	Ref. 20	Ref. 21	Ref. 22	Ref. 23
Historia	✓	✓	X	✓	X	✓
Maduración	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inestabilidad del instrumento de medición	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inestabilidad del ambiente experimental	✓	✓	✓	X	✓	✓
Administración de pruebas	✓	✓	X	✓	✓	X
Instrumentación	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Regresión	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Selección	✓	✓	X	✓	✓	X
Mortalidad experimental	X	X	✓	X	X	X
Difusión de tratamientos	X	X	X	X	X	X
Compensación	X	X	X	X	X	X
Conducta del experimentador	✓	✓	X	✓	✓	X
Total	75%	75%	50%	66,6%	66,6%	50%

Fuente: elaboración propia de acuerdo con los criterios de validez interna (17). Ref: referencia. ✓: cumple. X: no cumple

Discusión

El objetivo de la presente revisión fue analizar la evidencia disponible de intervenciones de baile que prueben efectos sobre variables cognitivas en mujeres. A pesar de que ninguno de los autores reportó en el diseño de su intervención el uso de listas de cotejo como el CONSORT (10), los seis trabajos seleccionados se consideraron válidos en su estructura y contenido para cumplir con este objetivo. Dada la evidencia publicada, se requieren intervenciones de baile iguales o superiores a ocho semanas para alcanzar efectos positivos significativos sobre variables cognitivas en mujeres.

De acuerdo con los hallazgos encontrados en esta revisión, la mayor parte de los artículos emplearon un diseño de estudio experimental con la presencia de un grupo control o testigo. Estos resultados concuerdan con otras revisiones similares en el ámbito metodológico y temático (5-8), en las cuales más del 50% de los estudios incluidos se adhiere a este diseño. Es importante considerar este aspecto para la interpretación de resultados, dado que el no tener un grupo control que actúe como referencia, hace difícil estimar el verdadero efecto de la terapia de baile y mostrar que la intervención es la única responsable de los resultados encontrados (26).

La duración de la intervención representa un aspecto clave para el éxito de los resultados; para esta revisión se obtuvo un promedio de 11 semanas de intervención, esto coincide con los estudios de Chen et al. (5) y Schwender et al. (7), que encontraron estudios con un promedio de 12 y nueve semanas de intervención, respectivamente. Para esta revisión se encontró que las intervenciones de baile superiores a ocho semanas causan efectos positivos; Schwender et al. (7) muestran resultados parcialmente similares, dado que hallaron estudios de cuatro y seis semanas de baile con resultados no significativos, pero también encontraron una intervención de cuatro semanas que produjo efectos sobre el autoestima de las participantes. A partir de ello, se puede pensar que la duración de la intervención puede ser un aspecto que puede influir en los resultados no significativos de una intervención; sin embargo, se deben considerar otros aspectos como la persona que brinda la intervención, la edad de las participantes, frecuencia de la intervención y el tipo de baile.

Para esta revisión fue muy bajo el porcentaje de estudios que aleatorizaron la muestra de estudio. Esto es similar a lo encontrado por Predovan et al. (6) y Vergara et al. (8), quienes también encontraron que no existió aleatorización o no se mencionó en los artículos; esta deficiencia fomenta la presencia de sesgos muestrales, además de dificultar la generalización y extrapolación de resultados (17). Por otra parte, el no mencionar el método empleado para la aleatorización no da cumplimiento a los lineamientos CONSORT (10), lo que da origen a posibles limitaciones al no poder garantizar la imparcialidad y objetividad de los investigadores en el ensayo (27), y resulta en poca claridad sobre la dosis de baile efectiva.

En la misma secuencia de los sesgos hallados en la revisión de los estudios, se encuentra que, además del uso de muestreos no probabilísticos, los principales sesgos se asociaron con las muestras sin cálculo previo y la poca amortiguación de las fuentes de invalidación interna. Esto coincide con la revisión planteada por Predovan et al. (6), quienes además añaden como sesgos el cegamiento de los participantes y de quien brinda la intervención y plantean la dificultad para cubrirlos en intervención de actividad física. Esta deficiencia en los artículos resta precisión en los resultados y puede conducir a conclusiones erróneas, dado que el no emplear una muestra insuficiente impide detectar el efecto esperado (28); de igual forma el no amortiguar las fuentes de invalidación interna, ya sea porque no se realizó o porque se omite mencionarlas, perjudica gravemente el estudio en el ámbito ético.

Con respecto a la modalidad de la intervención, la gran mayoría de los estudios realizaron intervenciones grupales de manera presencial (18-20,22,23), mientras que otros autores diseñaron una intervención en casa con base en material audiovisual (21). A este respecto, Chen et al. (5), Predovan et al. (6), Schwender et al. (7) y Vergara et al. (8) no mencionan si alguno de sus estudios se llevó a cabo de manera virtual o desde casa, pero por las características presentadas parece que se brindaron de manera presencial. Este aspecto parece ser clave para poder supervisar de manera adecuada la dosis de baile correspondiente y generar la interacción grupal (2) y puede explicar por qué la intervención dada mediante herramientas audiovisuales únicamente obtuvo cambios en la variable de autopercepción de fuerza física y no en otras variables cognitivas.

Para finalizar, los estudios incluidos en esta revisión proporcionan evidencia de los posibles beneficios de la danza en la salud física y mental de diferentes poblaciones, incluyendo mujeres con cáncer de mama, fibromialgia, depresión posmenopáusica y mujeres sanas. Sin embargo, se requieren más investigaciones con diseños de estudio robustos, con mayor rigurosidad metodológica para controlar las fuentes de invalidación interna que se presentan en los estudios experimentales, y así confirmar estos hallazgos para comprender mejor los mecanismos subyacentes de la danza en estos contextos específicos.

El presente trabajo tiene algunas limitaciones, como la heterogeneidad en las poblaciones de estudio de los diferentes artículos y sus condiciones de salud; de igual forma, algunos de los estudios incluidos en esta revisión presentan alto riesgo de sesgo principalmente por el uso de muestreo no probabilístico o la no presencia de un grupo control, por lo cual los resultados deben examinarse con reserva.

Conclusiones

La bailoterapia es una forma de actividad física novedosa, viable y flexible con grandes beneficios fisiológicos, cognitivos y sociales. Las intervenciones de baile que causaron efectos positivos sobre las variables cognitivas en mujeres fueron superiores a ocho semanas, con dos a tres sesiones semanales y una duración de cada clase de al menos 60 minutos. Estos resultados pueden ser de utilidad para los profesionales de enfermería interesados en el área de la práctica comunitaria, con énfasis en la práctica del baile como una estrategia de promoción de la salud efectiva que aporta evidencia en cuanto a la mejora de la salud mental. Las dosis de ingrediente activo de baile presentadas en esta revisión pueden considerarse como la base para realizar programas de intervenciones de rol ampliado en enfermería dentro de diversos grupos comunitarios.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Kyle TL, Hernández Mendo A, Reigal Garrido RE, Morales Sánchez V. Efectos de la actividad física en el autoconcepto y la autoeficacia en preadolescentes (Effects of physical activity on self-concept and self-efficacy in preadolescents). *Retos*. 2015; (29):61-5. doi: <https://doi.org/10.47197/retos.v0i29.36873>
2. Coll Aguilera M, Zabala García Y. Enfoque Holístico de una terapia natural efectiva. *La Bailoterapia (original)*. Olimp Publ Científica Fac Cult Física Univ Granma [internet]. 2011 [citado 20 may 2024]; 8(29):45-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6210611>
3. Herrería Terán AD. Beneficios psicológicos y emocionales de la danza aplicados a la salud mental. Estudio introductorio [Trabajo de Fin de Carrera]. Quito: Universidad Internacional SEK; 2021.
4. Vargas Anaya AI, Mazón Sánchez JC. Impacto de la danza en el bienestar psicológico: Autorregulación, autodeterminación y habilidades sociales. *Alternativas en Psicología* 2021; 46:8-25.
5. Chen T, Wen R, Liu H, Zhong X, Jiang C. Dance intervention for negative symptoms in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2022; 47:101565. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101565>
6. Predovan D, Julien A, Esmail A, Bherer L. Effects of Dancing on Cognition in Healthy Older Adults: a Systematic Review. *J Cogn Enhanc Integr Theory Pract*. 2019; 3(2):161-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s41465-018-0103-2>
7. Schwender TM, Spengler S, Oedl C, Mess F. Effects of Dance Interventions on Aspects of the Participants' Self: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2018; 9:1130. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01130>
8. Vergara Vilchez N, Fuentes Sandoval A, Gonzales Chacana H, Cadagan Fuentes C, Morales Yañez S, Poblete Gálvez C, et al. Efecto de la danza en la mejora de la autoestima y el autoconcepto en niños, niñas y adolescentes: Una revisión. *Retos Nuevas Tend En Educ Física Deporte Recreación*. 2021; (40):385-92. doi: <https://doi.org/10.47197/retos.v0i40.76933>
9. Sidani S, Braden CJ. Clarifying Elements of the Intervention. En: Sidani S, Braden CJ. *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.
10. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*. 2010; 340:c869. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021; 74(9):790-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

12. Elias BL, Polancich S, Jones C, Convoy S. Evolving the PICOT Method for the Digital Age: The PICOT-D. *J Nurs Educ*. 2015; 54(10):594-9. doi: <https://doi.org/10.3928/01484834-20150916-09>
13. Fernández-Altuna MA, Martínez del Prado A, Arriarán Rodríguez E, Gutiérrez Rayón D, Toriz Castillo HA, Lifshitz Guinzberg A. Uso de los MeSH: una guía práctica. *Investig En Educ Médica*. 2016; 5(20):220-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.02.004>
14. American Dance Therapy Association (ADTA). What is Dance/Movement Therapy? [internet]. New York: ADTA; 2020 [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://adta.memberclicks.net/what-is-dancemovement-therapy>
15. Nigaglioni Torres S. La Danzaterapia como Medicina Complementaria y Alternativa Efectiva en Personas con Autismo: Una revisión de literatura sistemática. *Cienc Conducta* [internet]. 2023 [citado 20 may 2024]; 38(1):110-30. Disponible en: <https://www.cienciasdelaconducta.org/index.php/cdc/article/view/68>
16. Eldridge SM, Chan CL, Campbell MJ, Bond CM, Hopewell S, Thabane L, et al. CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *BMJ*. 2016; 355:i5239. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i5239>
17. Hernández Sampieri R, Collado CF, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2014.
18. Boing L, Baptista F, Pereira G, Sperandio F, Moratelli J, Cardoso AA, et al. Benefits of belly dance on quality of life, fatigue, and depressive symptoms in women with breast cancer – A pilot study of a non-randomised clinical trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2018; 22(2):460-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.10.003>
19. Carminatti M, Boing L, Leite B, Sperandio F, Korpalski T, Fretta T, et al. Effects of belly dancing on body image and self-esteem in women with breast cancer – pilot study. *Rev Bras Med Esporte*. 2019; 25:464-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1517-869220192506220067>
20. Teixeira G, Veras A, Rocha AP, Chedid S, Freitas Júnior I, Neto R, et al. Dance practice modifies functional fitness, lipid profile, and self-image in postmenopausal women. *Menopause N Y N*. 2021. doi: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001818>
21. Delextrat A, Warner S, Graham S, Neupert E. An 8-Week Exercise Intervention Based on Zumba Improves Aerobic Fitness and Psychological Well-Being in Healthy Women. *J Phys Act Health*. 2015; 13. doi: <https://doi.org/10.1123/jpah.2014-0535>
22. Kim JY, Sim YJ. Effect of dance sports on physical self-efficacy in post-menopausal depression obese women. *J Digit Converg*. 2015; 13(7):423-9. doi: <https://doi.org/10.14400/JDC.2015.13.7.423>
23. Chica Chica A, González Guirval F, Reigal Garrido RE, Carranque Chaves G, Hernández Mendo A. Efectos de un programa de danza española en mujeres con fibromialgia. *Cuad Psicol Deporte*. 2019; 52-69. doi: <https://doi.org/10.6018/cpd.343401>
24. Moraga J, Cartes Velásquez R. Pautas de chequeo, parte I: CONSORT y TREND. *Rev Chil Cirugia*. 2015; 67:225-32. doi: <https://doi.org/10.4067/S0718-40262015000200019>
25. McCoy CE. Understanding the Intention-to-treat Principle in Randomized Controlled Trials. *West J Emerg Med*. 2017; 18(6):1075-8. doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.8.35985>
26. Zurita-Cruz JN, Márquez-González H, Miranda-Novales G, Villasis-Keever MA. Estudios experimentales: diseños de investigación para la evaluación de intervenciones en la clínica. *Rev Alerg México*. 2018; 65(2):178-86. doi: <https://doi.org/10.29262/ram.v65i2.376>
27. Molina Arias M, Ochoa Sangrador C. Ensayo clínico (III). Aleatorización. Enmascaramiento. *Evid Pediatr* [internet]. 2015 [citado 20 may 2024]; 11(15). Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/6683/ensayo-clinico-iii-aleatorizacion-enmascaramiento>
28. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investig En Educ Médica*. 2013; 2(8):217-24. doi: [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72715-7](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72715-7)

¹ Pedro Jorge Araujo
² Dara Quevedo Elvira
³ Azahara García García
⁴ Rita Nieves Montesdeoca
Gutiérrez
⁵ Dácil Santana Ruiz
⁶ M^a Desirée Rodríguez Díaz

El Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) como instrumento de medida del conocimiento de la diabetes: una revisión narrativa

¹ Enfermero. Centro de Salud Cueva Torres. Las Palmas (España)

² Enfermera. Centro de Salud Cueva Torres. Las Palmas (España)

³ Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. España

⁴ Enfermera. Centro de Salud Cueva Torres. Las Palmas (España)

⁵ Psicóloga. Grupo Envera. Gran Canaria (España)

⁶ Enfermera. Centro de Salud Cueva Torres. Las Palmas (España)

E-mail: pedroja81@hotmail.es

Cómo citar este artículo:

Jorge Araujo P, Quevedo Elvira D, García García A, Montesdeoca Gutiérrez RN, Santana Ruiz D, Rodríguez Díaz MD. El Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) como instrumento de medida del conocimiento de la diabetes: una revisión narrativa. *RIdEC* 2024; 17(1):53-69.

Fecha de recepción: 20 de febrero de 2024.

Fecha de aceptación: 18 de mayo de 2024.

Resumen

Introducción: entre las causas de muerte específicas por enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra la diabetes mellitus, cuya forma más frecuente es la tipo 2, que por sí sola representa un 3% de la mortalidad mundial total.

Objetivo: recopilar en un único documento los estudios en los que se utilizó como método de recogida de datos el Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24).

Material y métodos: revisión narrativa en cinco bases de datos electrónicas (PubMed/Medline, Web of Science, Science-Direct, Cochrane Library y Scopus) en enero de 2024.

Resultados: de un total de 62 registros localizados, se seleccionaron 37 estudios para esta revisión según criterios de inclusión/exclusión. La mayoría de estos trabajos son artículos de revistas científicas que han sido publicados en inglés en el año 2020 y que proceden de EE.UU. Los mismos se corresponden con estudios descriptivos transversales en pacientes con diabetes tipo 2. Aparte de haber utilizado el DKQ-24, estos también han usado otros instrumentos y medidas, dentro de las que destacan la Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) y los niveles de HbA1c en sangre, respectivamente.

Conclusión: esta es la primera revisión que se centra en analizar los estudios en los que se ha usado el Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24).

Palabras clave: diabetes mellitus; conocimiento; revisión; encuestas y cuestionarios; bases de datos bibliográficas.

Abstract

The Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) as an instrument for measuring the knowledge on diabetes: A narrative review.

Introduction: *diabetes mellitus is one of the specific causes of death by chronic non-communicable diseases; its most frequent form is Type 2, which represents 3% of the overall global mortality by itself..*

Objective: *to collect in one single document those studies where the Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) was used as data collection method.*

Material and Methods: *a narrative review in five electronic databases (PubMed/Medline, Web of Science, ScienceDirect, Cochrane Library and Scopus) in January 2024.*

Results: *out of 62 records located, 37 studies were selected for this review according to inclusion/ exclusion criteria. The majority of these studies were articles from scientific journals that had been published in English during 2020 and originated in the United States: descriptive cross-sectional studies on patients with Type 2 diabetes. Besides the DKQ-24, other instruments and measurements were also used, including the Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) and the HbA1c levels in blood, respectively.*

Conclusion: *this is the first review focused on analysing the studies where the Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) was used.*

Key words: *diabetes mellitus; knowledge; review; surveys and questionnaires; bibliographic databases.*

Introducción

Una de las principales preocupaciones en todo el mundo es el aumento de las denominadas *enfermedades crónicas no transmisibles* (ECNT). Durante el año 2016, de los 57 millones de muertes ocurridas en el mundo, un 71% (41 millones) fueron causadas por las ECNT (1), alcanzando estas un 17% en la región de Europa (2). Por su parte, en los países de bajos y medianos ingresos se presentan las tasas más altas de mortalidad de personas menores de 70 años, llegando incluso a doblar la cantidad de muertes en comparación a los países de altos ingresos (21% y 23%, respectivamente, *versus* 12%) (3). Es destacable el hecho de que, independientemente de la zona geográfica de procedencia, la probabilidad de morir por una ECNT es mayor en los hombres (2).

Según la Federación Internacional de la Diabetes (2015) (4), en relación con las causas de muerte específicas por ECNT, una de las más relevantes es la diabetes mellitus (DM), cuya forma más frecuente es la DM tipo 2 (DM2), y que por sí sola representa un 3% de la mortalidad mundial total (1). En el año 2017, la prevalencia de personas con diabetes entre 20-79 años ascendió a un 8,8%, estimándose que para el año 2045 aumentará hasta un 9,9% (5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6), la DM es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), lo que con el tiempo provoca daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La DM2, la más común, generalmente en adultos, ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina. En las últimas tres décadas, la prevalencia de este tipo de diabetes ha aumentado dramáticamente en países de todos los niveles de ingresos. En el año 1980 existían 108 millones de personas con diabetes y ha aumentado a 422 millones de adultos en el año 2014. El porcentaje de personas con diabetes ha pasado de un 4,7% a un 8,5% (7).

La prevalencia de la diabetes en España ha alcanzado el 14,8%. Afecta a uno de cada siete adultos y es la segunda tasa más alta de Europa. Casi un tercio (30,3%) de las personas que viven con diabetes en España no está diagnosticado. Glo-

balmente, el 90% de las personas con diabetes presenta una DM2. Entre los principales factores que contribuyen a ello se encuentran la urbanización, el envejecimiento de la población, la disminución de los niveles de actividad física y el aumento de los niveles de sobrepeso y obesidad (8).

El conocimiento sobre la diabetes está asociado con la salud, incluidos los niveles más bajos de HbA1c (hemoglobina glicosilada) (9). La educación del paciente con diabetes es uno de los aspectos más importantes del tratamiento y pretende conseguir la implicación del paciente para su autocuidado. De hecho, una reciente revisión (10) encontró que las personas que viven con una enfermedad no transmisible tenían conocimientos de salud inadecuados. Debido a ello, se pone de manifiesto la necesidad de fomentar la educación al paciente con enfermedades crónicas, para lo que se requiere la participación de un equipo sanitario multidisciplinar, en el que los profesionales de enfermería adquieren un papel fundamental promoviendo intervenciones educativas y programas de salud relativos a la prevención y el tratamiento de las mismas (11).

Entre los diferentes instrumentos específicos para medir los conocimientos relacionados con la diabetes destaca el Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24). Se trata de un instrumento creado y validado en el año 2001 para ser administrado tanto a hablantes de inglés como español. Esta herramienta alcanzó un coeficiente de confiabilidad de 0,78 (lo que indica consistencia interna) y mostró sensibilidad a la intervención (lo que sugiere una validación de constructo) (12).

En cuanto a los antecedentes de este trabajo, se han llevado a cabo diversas revisiones (10,13-17); sin embargo, tan solo tres de ellos han analizado instrumentos usados en DM2 (concretamente, la alfabetización sanitaria y la calidad de vida relacionada con la salud). Hasta donde se sabe, ninguna revisión se ha centrado específicamente en analizar el DKQ-24. Esta es una herramienta confiable y válida que es relativamente fácil de administrar (12).

Por tanto, el objetivo de esta investigación ha sido revisar el contenido y las principales características de los estudios en los que se empleó como método de recogida de datos el DKQ-24, con el propósito de sintetizar los mismos en un único documento que pueda servir de ayuda a profesionales sanitarios e investigadores interesados en la utilización en sus futuros trabajos de investigación de este instrumento como medida del conocimiento en diabetes.

Material y métodos

Tipo de estudio

Revisión narrativa de la literatura. Con esta se pretende responder a las siguientes cuestiones: ¿en qué tipo de estudios realizados hasta el momento se ha usado como método de recogida de datos el DKQ-24?; ¿en qué tipo de poblaciones de los diferentes estudios llevados a cabo se ha utilizado como método de recogida de datos el DKQ-24?; ¿en qué años desde la creación del DKQ-24 (año 2001) se han efectuado los estudios en los que se ha empleado este como método de recogida de datos?; ¿en qué países han sido publicados los diferentes estudios en los que se ha utilizado como método de recogida de datos el DKQ-24?; ¿en los diversos estudios el DKQ-24 se ha usado solo o en combinación con otros instrumentos?; ¿en los diferentes trabajos en los que se ha utilizado el DKQ-24 también se han usado otras medidas (p. ej.: clínicas, antropométricas, perfil lipídico, etc.)?

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se localizaron estudios realizados hasta la fecha (año 2023), sin restricción de idioma, utilizando cinco bases de datos electrónicas: PubMed/Medline, Web of Science, ScienceDirect, Cochrane Library y Scopus.

Como término de búsqueda se empleó DKQ-24 en todas las bases de datos que se consultaron. Conviene aclarar que no se usó en la búsqueda Diabetes Knowledge Questionnaire, ya que esto hubiera mostrado estudios con cuestionarios u otros instrumentos de conocimientos en diabetes distintos al DKQ-24, y esto no era el objetivo de este trabajo.

No fue necesario aplicar filtros ni combinar los términos con los operadores booleanos.

Criterios de inclusión y de exclusión

Se incluyeron estudios que hubieran validado o usado el DKQ-24 solo o en combinación con otros cuestionarios o instrumentos. Se integraron estudios descriptivos transversales, estudios descriptivos analítico/correlacionales, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, estudios de intervención, ensayos clínicos, estudios cuasiexperimentales, protocolos de ensayos clínicos con datos iniciales, y resúmenes/pósteres de ponencias o congresos con datos suficientes y explícitos sobre el DKQ-24.

Se excluyeron las revisiones bibliográficas, narrativas y sistemáticas, protocolos o registros de ensayos clínicos sin datos iniciales y resúmenes/pósteres de ponencias o congresos sin datos suficientes acerca del DKQ-24.

Proceso de extracción de los datos

Cuatro autores de la revisión, de manera independiente, localizaron en las cinco bases de datos mencionadas los estudios según criterios de inclusión/exclusión, y posteriormente se reunieron para organizar y determinar cuáles de ellos serían finalmente incluidos en la presente revisión. En el caso de que surgiera cualquier discordancia con algunos de los artículos encontrados, esta se resolvía por el sistema de votación, de tal manera que finalmente se incluía el artículo que tuviera más votos. En caso de empate, se acudía a un quinto autor, quien decía su inclusión o exclusión final. Posteriormente, los otros dos autores con ayuda de una hoja de cálculo de Excel crearon una matriz de registro en la que volcaron las principales características de los distintos estudios que finalmente fueron seleccionados para su inclusión en la revisión. Estas características fueron: autor/es, año, título, objetivo, tipo de estudio, población, otros instrumentos aparte del DKQ-24, otras mediciones (p. ej.: HbA1c, peso, índice de masa corporal, presión arterial, etc.), principales resultados, conclusiones, tipo de documento, idioma y base de datos en el que se halló dicho estudio.

Resultados

Se identificaron un total de 62 registros a partir de las cinco bases de datos electrónicas consultadas. Después de eliminar 17 duplicados tras haber revisado los títulos o resúmenes, se disponía de 45 registros que fueron sometidos a cribado a texto completo, de los que se descartaron ocho registros. Finalmente, se incluyeron un total de 37 estudios que cumplieran los criterios de selección prefijados en un principio cuando se comenzó la revisión (Figura 1).

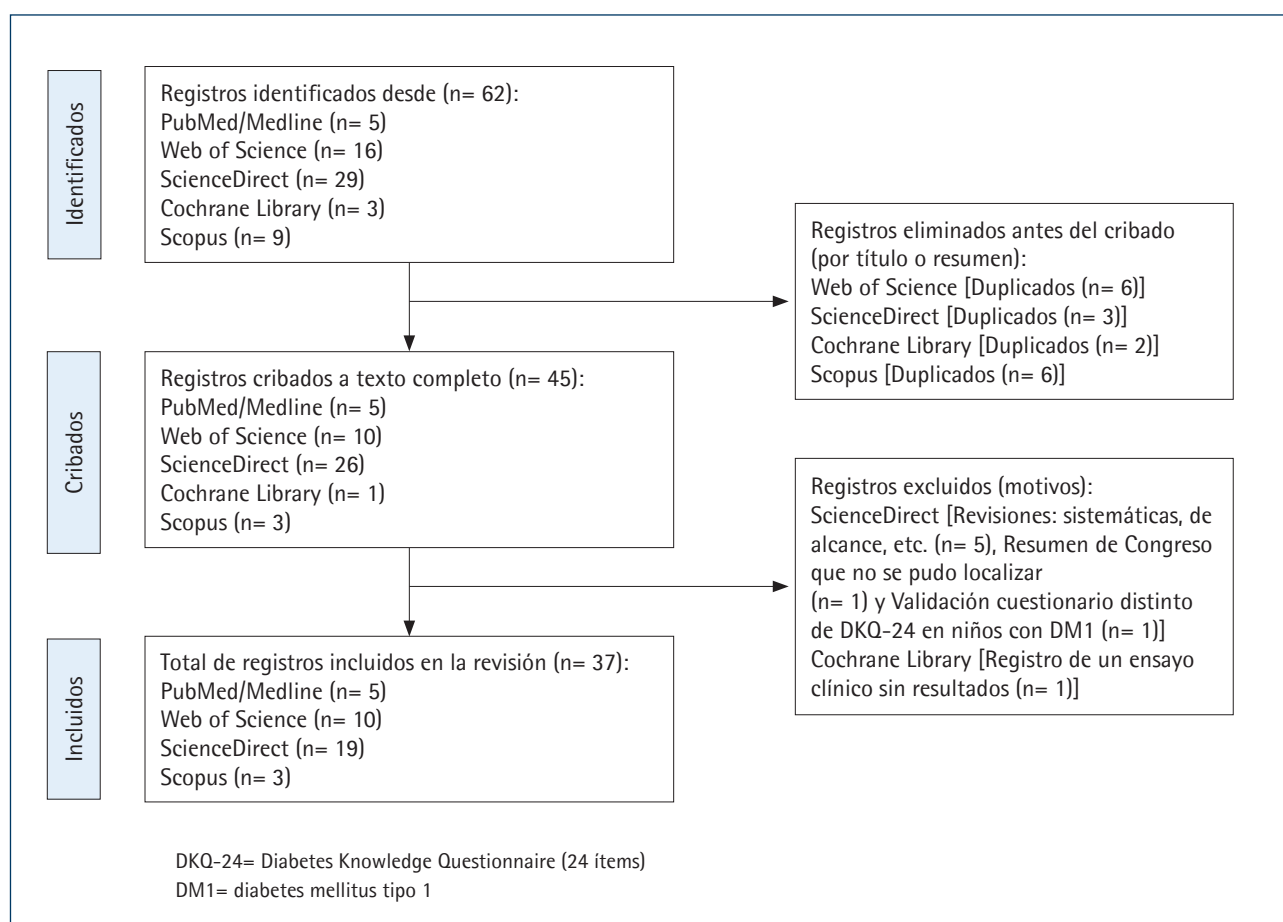


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio

En la Tabla 1 se muestran los estudios incluidos en esta revisión ordenados por autor/es y año de publicación. Así, en cuanto al año de publicación de los diferentes estudios, el periodo abarca desde el año 2001 (cuando se creó y validó el DKQ-24) hasta la actualidad (año 2023). Durante este tiempo, en el año 2023 se publicaron cinco artículos (9,17-20) al igual que 2016 (40-44), en 2017 se publicaron cuatro artículos (36-39); y el año más prolífico fue 2020 con un total de seis artículos (26-31). En el resto de años se publicaron tres, dos o un artículo. En relación con el país donde se llevaron a cabo los trabajos, destacan EE.UU. (14 artículos) (9,21-23,30,34,35,39,42,46-49,52), México (siete artículos) (17-19,36,40,43,45), Perú (tres artículos) (27,32,44) y Malasia (dos artículos) (28,37). En el resto se trata de un artículo por cada país. Con respecto a la revista en donde se publicaron los estudios, destacan cuatro revistas: *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* (25,37), *Contemporary Clinical Trials* (30,39), *Diabetes Research and Clinical Practice* (38,46) y *Patient Education and Counseling* (47,49), en las que se difundieron los resultados de dos investigaciones. En el resto se publicó un trabajo por revista.

Tabla 1. Relación de estudios incluidos en la revisión (ordenados por autor y año de publicación)

Autor/es (año)	País	Título del estudio	Tipo de estudio	Población	Tipo documento	Revista*
Velázquez et al. (2023) [18]	México	<i>Inadequate diabetes knowledge is associated with poor glycemia control in patients with type 2 diabetes</i>	Estudio transversal analítico	297 pacientes con DM2 de clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (67% mujeres, media de evolución de diabetes de seis años)	Artículo	Aten Primaria
Zúñiga et al. (2023) [9]	EE.UU.	<i>Revision and Psychometric Evaluation of the Diabetes Knowledge Questionnaire for People With Type 2 Diabetes</i>	Estudio de instrumentación en cinco fases	258 participantes con DM2 (42,2% mujeres, 29,1% latinos, 42,6% asiáticos, edad media de 55,7 años)	Artículo	Diabetes Spectr
Velázquez et al. (2023) [19]	México	<i>The diabetes education material on diabetes for website: Results of a validation process</i>	Estudio descriptivo transversal	37 profesionales sanitarios	Artículo	J Healthc Qual Res
Erhardt et al. (2023) [20]	México	<i>Associations between depression and diabetes among Latinx patients from low-income households in New Mexico</i>	Estudio de cohortes con 226 pacientes por grupo. Los participantes se inscribieron como diadas: 226 participantes pacientes con diabetes (PP) latinos de hogares de bajos ingresos y 226 participantes con apoyo social (SSP)	Cohorte de 226 pacientes diabéticos o prediabéticos latinos	Artículo	Soc Sci Med

Tabla 1. Relación de estudios incluidos en la revisión (ordenados por autor y año de publicación) (continuación)

Autor/es (año)	País	Título del estudio	Tipo de estudio	Población	Tipo documento	Revista*
Sunuwar et al. (2023) [21]	Nepal	<i>Effectiveness of a dietician-led intervention in reducing glycosylated haemoglobin among people with type 2 diabetes in Nepal: a single centre, open-label, randomised controlled trial</i>	Ensayo controlado aleatorio, abierto, de dos brazos, basado en un hospital	136 participantes completaron el ensayo (GI= 78 personas y GC= 78 personas)	Artículo	The Lancet
Lizette Guerra (2022) [22]	EE.UU.	<i>Educational Coaching with Teaching for Adult Hispanics with Type 2 Diabetes Mellitus</i>	Proyecto de mejora de la dieta y ejercicio previo a la prueba y posterior a la prueba	16 adultos de 18 años o más, con un IMC igual o superior a 25 kg/m ² , ser hispanohablantes monolingües, con menos de 12 años de educación formal, diagnosticado con DM2 y en tratamiento con fármacos hipoglucemiantes orales	Tesis doctoral	NP**
Kaur et al. (2022) [23]	EE.UU.	<i>e-Health Literacy Rates and Applicability of a Patient-Facing Mobile App Intervention in a Predominantly African-American and Latinx Cohort with Type 2 Diabetes</i>	Estudio de una cohorte	50 pacientes, edad media de 46,9 años, 70% mujeres, 82% negros e hispanos y promedio de 13,1 años con diabetes	Artículo	Diabetes
Maury et al. (2022) [24]	EE.UU.	Intervención educativa sobre la diabetes tipo 2 en una población sin hogar de Miami-Dade	Estudio descriptivo correlacional con medición antes y después de la intervención educativa	250 participantes voluntarios sin hogar con diabetes tipo 2 (88% hombres, 40% hispanos, 36% afroamericanos, 26% caucásicos, idioma 64% inglés)	Artículo	Horiz sanitario
Umayá et al. (2021) [25]	Indonesia	<i>The Effect of Medication Remainder Application (MRA) on The Level of Knowledge and Compliance of Type 2 Diabetes Mellitus patients in Universitas Sumatera Utara Hospital, Indonesia</i>	Estudio de una cohorte de pacientes hospitalarios	30 pacientes con DM2	Artículo	Research J Pharm and Tech

Tabla 1. Relación de estudios incluidos en la revisión (ordenados por autor y año de publicación) (continuación)

Autor/es (año)	País	Título del estudio	Tipo de estudio	Población	Tipo documento	Revista*
Osuagwu et al. (2021) [26]	Australia	<i>Assessment of diabetes knowledge, screening and uptake of community diabetes programs in a peri-urban region in Australia</i>	Un miembro del WDP viajó semanalmente en Dilly Wanderer (DW) [una camioneta móvil de promoción de la salud del gobierno local que visita sitios específicos en Wollondilly] a eventos comunitarios, incluidos programas de extensión, entre octubre de 2016 y junio de 2019	1.415 personas adultas con y sin diabetes que residían en Wollondilly en el momento de este estudio	Artículo	Diabetes Metab Syndr
Yang et al. (2020) [27]	China	<i>Effectiveness of group visits for elderly patients with type 2 diabetes in an urban community in China</i>	Estudio cuasiexperimental simple ciego	109 pacientes ancianos con diabetes tipo 2 (GI= 55 y GC= 54)	Artículo	Geriatr Nurs
Vilchez-Cornejo et al. (2020) [28]	Perú	Factores asociados a la realización de actividades de autocuidado en pacientes diabéticos en tres hospitales de Ucayali	Estudio transversal analítico	572 pacientes de tres hospitales (50,87% mujeres, media de edad de 47 años, 37,57% grado universitario)	Artículo	Rev Fac Med Hum
Isa et al. (2020) [29]	Malasia	<i>Knowledge and Attitude of Diabetes Mellitus Type 2 among Health Sciences Students In Uitm Puncak Alam, Selangor</i>	Estudio descriptivo transversal	400 estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud	Artículo	Environment-Behaviour Proceedings Journal
Kobos et al. (2020) [30]	Polonia	<i>Actual and perceived knowledge of type 1 diabetes mellitus among school nurses</i>	Estudio descriptivo transversal	230 enfermeras escolares (media de edad 52,5 años, experiencia media como enfermera escolar 15,1 años)	Artículo	Nurse Educ Today

Tabla 1. Relación de estudios incluidos en la revisión (ordenados por autor y año de publicación) (continuación)

Autor/es (año)	País	Título del estudio	Tipo de estudio	Población	Tipo documento	Revista*
Kobe et al. (2020) [31]	EE.UU.	<i>Practical telehealth to improve control and engagement for patients with clinic-refractory diabetes mellitus (PRACTICE-DM): Protocol and baseline data for a randomized trial</i>	Protocolo y datos iniciales para un ensayo clínico aleatorizado	200 pacientes que se aleatorizaron: 99 a programa de Telesalud Domiciliaria estándar y 101 a intervención PRACTICE-DM. La cohorte tiene una edad media de 58 años y está compuesta por un 23% de mujeres y un 72% de afroamericanos. La HbA1c y el IMC basales medios fueron del 10,2% y 34,8 kg/m ²	Artículo	Contemp Clin Trials
Espinoza et al. (2020) [32]	Ecuador	Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en pacientes diabéticos	Estudio descriptivo transversal	60 pacientes con diabetes de hospital (71,7% mujeres, edad media de 59,6 años, tiempo medio con la enfermedad 12,9 años, 46,7% casado y 33,3% educación media completa)	Ponencia de Congreso	Investigación Clínica (Venezuela)
Zamora-Niño et al. (2019) [33]	Perú	Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú, y su asociación con la adherencia al tratamiento	Estudio transversal analítico	210 pacientes con DM2 de hospitales	Artículo	Acta Med Peru
Mahfouz et al. (2018) [34]	Egipto	<i>Effects of Mothers' Knowledge and Coping Strategies on the Glycemic Control of Their Diabetic Children in Egypt</i>	Estudio descriptivo transversal	92 padres de niños con diabetes tipo 1 (52,2% mujeres y 47,8% hombres)	Artículo	Int J Prev Med
Grewal (2018) [35]	EE.UU.	<i>Impact of Diabetic Flow Sheet and Diabetic Education Implementation in Adult Patients with Diabetes Mellitus Type 2 in Primary Health Care</i>	Estudio experimental antes-después	42 pacientes con DM2 (20 en grupo "intervención educativa y utilización de diagramas de flujo" y 22 en grupo control "sin intervención educativa y sin utilización de diagramas de flujo")	Tesis doctoral	NP**

Tabla 1. Relación de estudios incluidos en la revisión (ordenados por autor y año de publicación) (continuación)

Autor/es (año)	País	Título del estudio	Tipo de estudio	Población	Tipo documento	Revista*
Leshko et al. (2018) [36]	EE.UU.	<i>Perceived Risk and Knowledge of Diabetes in College Students</i>	Estudio descriptivo transversal	200 estudiantes universitarios (38% hombres y 62% mujeres)	Resumen/ Póster	Journal of the academy of nutrition and dietetics
Guerrero-Pacheco et al. (2017) [37]	México	Factores sociodemográficos y psicológicos asociados al autocuidado y la calidad de vida en adultos mexicanos con diabetes mellitus tipo 2	Estudio descriptivo transversal analítico y correlacional	60 pacientes con DM2 (93% mujeres, media de edad de 54,3 años) adscritas al sistema de salud público	Artículo	Acta colomb psicol
Ahmad et al. (2017) [38]	Malasia	<i>Type 2 diabetes patients are more amenable to change following a contextualised diabetes education programme in Malaysia</i>	Estudio de intervención prospectivo de 18 meses en cuatro centros ambulatorios de diabetes	216 pacientes con DM2 (54,6% hombres, 62% tenía entre 40-59 años, 52,3% presentaba un IMC entre 27,5-34,9 kg/m ² , 60,2% llevaba entre 2-5 años y 5-10 años con la enfermedad respectivamente)	Artículo	Diabetes Metab Syndr
Wichit et al. (2017) [39]	Tailandia	<i>Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes</i>	Ensayo controlado aleatorio simple ciego	140 individuos voluntarios con DM2, reclutados en una clínica de diabetes en una zona rural	Artículo	Diabetes Res Clin Pract
Pyatak et al. (2017) [40]	EE.UU.	<i>Resilient, Empowered, Active Living with Diabetes (REAL Diabetes) study: Methodology and baseline characteristics of a randomized controlled trial evaluating an occupation-based diabetes management intervention for young adults</i>	Ensayo piloto controlado aleatorio	81 participantes (51% mujeres, 78% latinos, media con diabetes de 22,6 años y con una HbA1c media de 10,8%)	Artículo	Contemp Clin Trials

Tabla 1. Relación de estudios incluidos en la revisión (ordenados por autor y año de publicación) (continuación)

Autor/es (año)	País	Título del estudio	Tipo de estudio	Población	Tipo documento	Revista*
López et al. (2016) [41]	México	Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad	Diseño cuasiexperimental pretest y postest	17 pacientes diagnosticados de diabetes (64,7% mujeres, 41,2% amas de casa, 17,6% analfabeta, media de edad de 52,6 años y media del tiempo con diabetes de 112 meses)	Artículo	Inv Ed Med
Shams et al. (2016) [42]	Pakistán	<i>Diabetes Knowledge in Elderly Type 2 Diabetes Mellitus Patients and Association with Glycemic Control</i>	Estudio descriptivo transversal	163 personas con diabetes mayores de 65 años (78,5 mujeres, edad media de 64,7 años, duración de diabetes de 8,4 años)	Artículo	J Liaquat Uni Med Health Sci
Marshall et al. (2016) [43]	EE.UU.	<i>Evaluating Por Nuestra Salud: A Feasibility Study</i>	Ensayo de control aleatorio prospectivo, de dos grupos, pretest-postest, para comparar los niveles de conocimiento sobre diabetes	82 adultos latinos de dos iglesias que servían a poblaciones latinas, una identificada como de intervención (42 personas) y la otra como de no intervención (40 personas)	Artículo	Health Promot Pract
Ramírez-Girón et al. (2016) [44]	México	Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador	Proceso de enfermería a un adulto mayor con DM2 y a su cuidador primario	Un adulto mayor con DM2 y a su cuidador primario	Artículo	Enferm Univ
Cántaro et al. (2016) [45]	Perú	<i>Association between information sources and level of knowledge about diabetes in patients with type 2 diabetes</i>	Estudio descriptivo transversal	464 pacientes (52,2% mujeres, edad media de 64,3 años, tiempo con diabetes de 10,2 años) de un centro público para la Atención Integral de Diabetes e Hipertensión (EsSalud)	Artículo	Endocrinol Nutr
Carrillo-Alarcón et al. (2015) [46]	México	<i>Level of Knowledge in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and its Relationship with Glycemic Levels and Stages of Grief According to Kübler-Ross</i>	Estudio descriptivo transversal	310 pacientes con DM2 de las clínicas de diabetes de los Servicios de Salud de Hidalgo que pertenecen al Grupo de Ayuda Mutua (GAM) (74,2% mujeres, 37,4% analfabetos y 27,1% educación primaria; edad media de 59 años; 71,6% amas de casa; tiempo medio de evolución de DM2 de 10,4 años)	Artículo	J Diabetes Metab

Tabla 1. Relación de estudios incluidos en la revisión (ordenados por autor y año de publicación) (continuación)

Autor/es (año)	País	Título del estudio	Tipo de estudio	Población	Tipo documento	Revista*
Walker et al. (2015) [47]	EE.UU.	<i>Social determinants of health in adults with type 2 diabetes—Contribution of mutable and immutable factors</i>	Estudio descriptivo correlacional	615 adultos con DM2 en el sureste de Estados Unidos [edad media de 61,3 años, negros no hispanos (64,9%), hombres (61,6%), diagnosticados con diabetes tipo 2 durante un promedio de 12,3 años]	Artículo	Diabetes Res Clin Pract
Al Sayah et al. (2014) [48]	EE.UU.	<i>Measurement properties and comparative performance of health literacy screening questions in a predominantly low income African American population with diabetes</i>	Estudio de validación con datos transversales de una investigación realizada previamente	378 personas con DM2 (edad media de 56,1 años, 69% mujeres y 83% afroamericanos)	Artículo	Patient Educ Couns
Walker et al. (2012) [49]	EE.UU.	<i>Effect of diabetes fatalism on medication adherence and self-care behaviors in adults with diabetes</i>	Estudio descriptivo correlacional	378 sujetos con DM2 reclutados en dos clínicas de Atención Primaria	Artículo	Gen Hosp Psychiatry
Tang et al. (2011) [50]	EE.UU.	<i>Training peers to provide ongoing diabetes self-management support (DSMS): Results from a pilot study</i>	Estudio de evaluación de programa piloto	Nueve adultos afroamericanos con diabetes (media de 63 años, 75% mujeres, media de años con diabetes 14,3, 75% título universitario o superior)	Artículo	Patient Educ Couns
Gucciardi et al. (2011) [51]	Canadá	<i>Profiles of smokers and non-smokers with type 2 diabetes: Initial visit at a diabetes education centers</i>	Estudio descriptivo transversal	275 personas con DM2 que asistieron a dos centros de educación diabetológica	Artículo	Prim Care Diabetes
Steyl (2011) [52]	Sudáfrica	<i>Undergraduate physiotherapy students' knowledge of Diabetes Mellitus: Implications for education</i>	Estudio descriptivo transversal	338 estudiantes universitarios de fisioterapia	Artículo	South African Journal of Physiotherapy

Tabla 1. Relación de estudios incluidos en la revisión (ordenados por autor y año de publicación) (continuación)

Autor/es (año)	País	Título del estudio	Tipo de estudio	Población	Tipo documento	Revista*
García et al. (2001) [12]	EE.UU.	<i>The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire</i>	Ensayo controlado aleatorio de dos grupos	502 adultos mexicano-estadounidenses con DM2 que forman parte del Estudio de Educación sobre Diabetes del Condado de Starr (70% mujeres con edad media de 50 años)	Artículo	Diabetes Care

EE.UU.= Estados Unidos
 GI/GC= Grupo intervención/Grupo control
 IMC= índice de masa corporal
 DM2= diabetes mellitus tipo 2
 HbA1c= hemoglobina glicosilada
 *Siempre y cuando estaba disponible la abreviatura de la revista se usó esta en lugar del nombre completo de la misma
 **No procede. Se trata de una tesis doctoral defendida en una universidad

En relación con el tipo de estudio de los trabajos localizados, en 11 artículos se informaron los resultados de estudios descriptivos transversales (18,28-31,33,35,41,44,45,50,51). En siete artículos se hicieron estudios transversales analíticos o correlacionales (17,23,27,32,36,46,48). Cinco artículos se correspondieron con ensayos controlados aleatorizados (ECA) (20,38,39,42,52). Tres artículos versaban sobre estudios cuasiexperimentales antes-después (26,34,40) y en tres artículos se realizaron estudios de una o dos cohortes (19,22,24). Por su parte, el resto de trabajos localizados hace alusión a otro tipo de metodología, por ejemplo, estudio de intervención prospectivo con seguimiento (37), protocolo y datos iniciales de un ECA (30), estudio de instrumentación en cinco fases (9), diseño y ejecución antes-después de proyecto de mejora de la calidad (21), ensayo clínico comunitario (25), proceso de enfermería a un adulto (43), estudio de validación con datos transversales de una investigación realizada previamente (47), estudio de evaluación de un programa piloto (49).

Con respecto a la población de los estudios incluidos, se vio que en 22 artículos la población estaba conformada por pacientes con DM2 (9,17,19-22,24,26,27,30-32,34,36,37,39,40,44,45-48), en nueve artículos se trataba de personas con DM2 (23,25,38,41-43,49,50,52), en tres artículos se examinaron a estudiantes universitarios (28,35,51) y, en el resto, las poblaciones estuvieron constituidas por profesionales sanitarios (18), enfermeras escolares (29) y padres de niños con diabetes tipo 1 (33).

En esta revisión, un total de 22 artículos aparte de utilizar el DKQ-24 han usado también otros instrumentos de medida (19,20,22,24-30,32,33,35,36,38,39,43,46-50). Dentro de los diversos instrumentos aplicados destacaron Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) (27,38,39,46,48), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) (24,32,46,48), Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) (19,46,48), Problem Areas in Diabetes-Short Form (PAID-5) (20,39), Cuestionario de Autocontrol de la Diabetes (DSMQ) (22,30), Patient Health Questionnaire 8 (PHQ-8) (30,39), Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (36,50), y Diabetes Fatalism Scales (DFS) (46,48).

Asimismo, se ha visto que en 18 artículos se han empleado también otras medidas clínicas, antropométricas y perfil lipídico (17,19,20-22,25,26,30,37-40,43,45-47,50). Entre ellas se distinguen HbA1c (17,19,20-22,25,26,30,34,37-40,46,47,50), IMC (19,20,21,30,37,43,50), presión arterial (17,37,43,50), peso (17,37,43), perímetro abdominal (17,20,37) y perfil de lípidos en sangre (17,50).

En cuanto al tipo de documento, a excepción de dos estudios (21,34) que son tesis doctorales presentadas y defendidas en universidades; y otros dos que corresponden a un resumen o ponencia en un congreso (31,35), en el resto de los casos se trata de artículos de revista científicas. En lo referente al idioma en el que se han publicados los distintos estudios que se ha incluido en esta revisión, 30 de estos artículos se han publicado en inglés (9,17-22,24-26,28-30,33-35,37-39,41,42,44-52). Tan solo siete artículos se han publicado en español (23,27,31,32,36,40,43).

Discusión

Se ha decidido presentar una síntesis cualitativa de la información debido a la heterogeneidad de los datos encontrados a la hora de analizar los diversos estudios localizados.

Existen pocos instrumentos confiables y válidos para medir los resultados relacionados con el conocimiento de diabetes, particularmente para personas que hablan un idioma distinto del inglés (12). Además, las revisiones anteriores son escasas (10,13-17) y ninguna de ellas se centra específicamente en analizar el DKQ-24. En una de estas investigaciones se vio que la mayoría de los instrumentos recopilados y clasificados midieron la calidad de vida relacionada con la salud (13). En otro estudio previo revisado, se corroboró este mismo hecho; y, además, entre el total de instrumentos empleados para evaluar la calidad de vida específicos de diabetes, solo se identificaron 22 versiones en español y dos versiones en catalán (17).

Por su parte, existen varios estudios previos que han analizado la alfabetización sanitaria y el conocimiento (10,15,16). Así, se ha evidenciado que una alfabetización sanitaria inadecuada se asocia con un conocimiento insuficiente sobre la diabetes (10,15) y la evaluación de la alfabetización sanitaria puede ayudar en el desarrollo de intervenciones culturalmente relevantes y mejorar las prácticas de comunicación entre el paciente y el personal sanitario (16). En relación con el déficit de conocimiento en las personas con diabetes, se hace muy conveniente la realización de estudios de intervención que evalúen el aumento de los conocimientos en diabetes junto con la disminución de otras variables como los niveles de HbA1c, IMC, etc. Ahora bien, la evaluación continua de las intervenciones es esencial para identificar tanto el éxito de la estrategia como las áreas de desarrollo para promover la mejora continua en el manejo de la diabetes tanto para los individuos como para los profesionales sanitarios (13).

Por otro lado, en una revisión de alcance previa (14), del total de artículos localizados ($n=13$), se vio que solo seis de ellos describieron la educación poblacional dirigida a personas con diabetes. La educación del paciente con diabetes es uno de los aspectos más importantes del tratamiento; y con ella se pretende conseguir la implicación del paciente para su autocuidado. Así pues, el objetivo de la educación es que el paciente sea el conductor de su proceso y el equipo asistencial pase a un segundo plano, como apoyo/acompañante, para lograr que ellos sean autosuficientes y los protagonistas en la toma de decisiones diarias. Aquí, es importante destacar que los/as enfermeros/as constituyen un pilar básico en la educación de las personas con diabetes, así como en la prevención de las complicaciones crónicas de dicha enfermedad.

Asimismo, es destacable que un reciente estudio propone usar una versión reducida del cuestionario (DKQ-22). Los autores argumentan que el DKQ-24, que fue desarrollado hace 30 años para mexicano-americanos con DM2 y desde entonces utilizado con diversas muestras en muchos países, contiene elementos obsoletos que ya no evalúan con precisión los conocimientos actuales necesarios para el autocontrol de la diabetes (9). Se trata de una propuesta muy interesante. En este sentido, sería de gran interés fomentar la validación o, en su defecto, el empleo del DKQ-22 en otros países, y especialmente en España para así ir ampliando el conocimiento en esta área y facilitar la comparación de los resultados entre estudios. Como bien se ha puesto de manifiesto en esta revisión, no se ha localizado ningún trabajo que haya utilizado el DKQ-24 en España, de ahí que se haga interesante su implementación en población con diabetes en este entorno. Esto debe ser valorado en futuros trabajos por investigadores y clínicos.

Llama mucho la atención que pese a que el DKQ-24 fue creado y validado en personas con diabetes tipo 2, el mismo ha sido utilizado para valorar el conocimiento en diabetes en poblaciones tan diversas como estudiantes universitarios (29, 36, 52), profesionales sanitarios (19), enfermeras escolares (30) y padres de niños con diabetes tipo 1 (34). En este sentido, si bien en estos estudios se podía haber usado como base el DKQ-24, debería haberse elaborado y validado un instrumento específico para cada población o, en su defecto, haberse llevado a cabo un proceso de adaptación.

Como se ha constado en esta revisión, los datos proceden en su mayoría de estudios descriptivos transversales. Esto no es de extrañar ya que este tipo de investigaciones son las que menos costes producen y de las que se pueden sacar hipótesis para comprobar en el futuro con otros tipos de trabajos. Sería bastante deseable que se emprendieran más ECA (en esta revisión tan solo se han localizado cinco), ya que este tipo de estudio constituye la máxima evidencia científica; si bien hay que destacar que estos deben llevarse a cabo con la máxima calidad metodológica posible.

Asimismo, tampoco se hace raro que en muchos de los estudios recopilados para valorar el control glucémico se hayan usado los niveles de HbA1c en sangre. En este sentido, unos valores de HbA1c aceptables (en torno a 7,1%) u óptimos (menores al 6%) redundarán en una mejor calidad de vida para las personas con diabetes.

Finalmente, es importante destacar que esta revisión tiene limitaciones que han de considerarse. Una de ellas es que no se ha evaluado ni la calidad ni el riesgo de sesgo en los distintos estudios incluidos. No obstante, teniendo en cuenta que el objetivo del estudio era proporcionar una visión general, no se vio necesario realizar este proceso. Distinto hubiera sido si lo que se pretendía era realizar una revisión sistemática con o sin metaanálisis de los trabajos en los que se llevaron a cabo intervenciones, para ver si estas eran efectivas. Sin duda, esto debe revisarse en futuras revisiones, ya que de esta manera se logrará llegar a unas conclusiones más confiables.

Otra limitación es que, aunque en esta revisión se han usado cinco bases de datos, es posible que se haya omitido parte de la literatura relevante durante la búsqueda; por ejemplo, no se han recopilado artículos de Google académico (Scholar). Sería deseable, en futuras investigaciones, intentar localizar y recopilar otros ensayos clínicos e incluir en una revisión sistemática aquellos que reúnan una mejor calidad metodológica.

Por su parte, también se hace necesario seguir realizando revisiones cada cierto periodo de tiempo que actualicen la información que hasta ese momento se tiene sobre este instrumento. Sería importante que, por ejemplo, las actualizaciones se hicieran cada 5-10 años.

Conclusiones

Hasta donde se sabe, esta es la primera revisión que analiza los estudios en los que se ha utilizado como método de recogida de datos el DKQ-24. La mayoría de estos trabajos son artículos de revistas científicas que han sido publicados en inglés en el año 2020 y que proceden de EE.UU. En los mismos se han realizado estudios descriptivos transversales en pacientes con diabetes tipo 2. Aparte de haber empleado el DKQ-24, estos también han usado otros instrumentos y medidas, dentro de las que destacan la Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) y los niveles de HbA1c en sangre.

Se espera que esta información, sintetizada en un único documento, sirva de ayuda a profesionales sanitarios y a otros investigadores interesados en utilizar en la práctica diaria (consultas), o en futuros trabajos de investigación, un instrumento específico para medir los conocimientos en diabetes que sea confiable y esté validado en el idioma español.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585>
2. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018 [internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>
3. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014 [internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>
4. Federación Internacional de la Diabetes (FID). Atlas de la Diabetes de la FID. 7ª ed. [internet]. FID; 2015 [citado 20 may 2024]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf
5. Federación Internacional de la Diabetes (FID). Atlas de la Diabetes de la FID. 8ª ed. [internet]. FID; 2017 [citado 20 may 2024]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_Diabetes_Atlas_8e_ES_final.pdf
6. World Health Organization (WHO). Diabetes. Overview, symptoms, prevention and treatment [internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 20 may 2024]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la diabetes [internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 20 may 2024]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?sequence=1
8. Sociedad Española de Diabetes (SED). España es el segundo país con mayor prevalencia de diabetes en Europa [internet]. [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/comunicacion/sala-de-prensa/espana-es-el-segundo-pais-con-mayor-prevalencia-de-diabetes-de-europa/>
9. Zuñiga JA, Huang YC, Bang SH, Cuevas H, Hutson T, Heitkemper EM, et al. Revision and Psychometric Evaluation of the Diabetes Knowledge Questionnaire for People With Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectr.* 2023; 36(4):345-53. doi: <https://doi.org/10.2337/ds22-0079>
10. Khatiwada B, Rajbhandari B, Kanti-Mistry S, Parsekar S, Narayan-Yadav U. Prevalence of and factors associated with health literacy among people with Noncommunicable diseases (NCDs) in South Asian countries: A systematic review. *Clinical Epidemiology and Global Health.* 2022; 18:101174. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101174>
11. Aránzazu-Meneses LM, Anarte-Ruiz C, Masoliver-Forés A, Barreda-Forés E. Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo II de Benicasim (Castellón). *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA).* 2019; 7(2):27-38.
12. García AA, Villagomez ET, Brown SA, Kouzekanani K, Hanis CL. The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes Care.* 2001; 24(1):16-21. doi: <https://doi.org/10.2337/7/diacare.24.1.16>
13. Vieta A, Badia X, Sacristán JA. A systematic review of patient-reported and economic outcomes: value to stakeholders in the decision-making process in patients with type 2 diabetes mellitus. *Clin Ther.* 2011; 33(9):1225-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2011.07.013>
14. Lacey H, Jain N, Sugimoto M, Shimato M, Zhou SJ, Pirags V, et al. Advancing diabetes primary care education and knowledge in Nepal: A scoping review and case study discussion. *Prim Care Diabetes.* 2024; 18(1):25-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.11.012>
15. Fransen MP, von Wagner C, Essink-Bot ML. Diabetes self-management in patients with low health literacy: ordering findings from literature in a health literacy framework. *Patient Educ Couns.* 2012; 88(1):44-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.11.015>
16. Estrella ML, Allen-Meares P. Tools to Measure Health Literacy among US African Americans and Hispanics/Latinos with Type 2 Diabetes: A Scoping Review of the Literature. *Patient Educ Couns.* 2020; 103(10):2155-65. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.012>
17. Sánchez-Lora FJ, Téllez-Santana T, Antonio Gijón-Trigueros A. Instrumentos específicos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 2 disponibles en España. *Med Clin (Barc).* 2010; 135(14):658-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.04.029>
18. Velázquez López L, Muñoz Torres AV, Medina Bravo PG, Escobedo de la Peña J. Inadequate diabetes knowledge is associated with poor glycemia control in patients with type 2 diabetes. *Aten Primaria.* 2023; 55(5):102604. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102604>
19. Velázquez López L, Achar de la Macorra R, Colin Ramírez E, Muñoz Torres AV, Pineda del Águila I, Medina Bravo PG, et al. The diabetes education material on diabetes for website: Results of a validation process. *J Healthc Qual Res.* 2023; 38(6):346-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.07.001>
20. Erhardt E, Murray-Krezan C, Regino L, Perez D, Bearer EL, Page-Reeves J. Associations between depression and diabetes among Latinx patients from low-income households in New Mexico. *Soc Sci Med.* 2023; 320:115713. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115713>
21. Sunuwar DR, Nayaju S, Dhungana RR, Karki K, Singh Pradhan PM, Poudel P, et al. Effectiveness of a dietician-led intervention in reducing glycated haemoglobin among people with type 2 diabetes in Nepal: a single centre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Reg Health Southeast Asia.* 2023; 18:100285. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2023.100285>
22. Guerra CL. Educational Coaching with Teaching for Adult Hispanics with Type 2 Diabetes Mellitus [Dissertation for the degree Doctor of Nursing Practice] [internet]. Los Angeles: University of California; 2022 [citado 20 may 2024]. Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/66f8n640>
23. Kaur S, Mahali LP, Cosar E, Jariwala S. e-Health Literacy Rates and Applicability of a Patient-Facing Mobile App Intervention in a Predominantly African-American and Latinx Cohort with Type 2 Diabetes. *Diabetes.* 2022; 71(Suppl. 1):526-P. doi: <https://doi.org/10.2337/db22-526-P>
24. Maury A, Maury-Mena SC, Marín-Escobar JC, Marín-Benítez AC. Intervención educativa sobre la diabetes tipos 2 en una población sin hogar de Miami-Dade. *Horiz Sanitario.* 2022; 21(2):214-21. doi: <https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.4746>
25. Umayá C, Harahap U, Khaitunnisa K, Syahputra RA. The Effect of Medication Remainder Application (MRA) on The Level of Knowledge and Compliance of Type 2 Diabetes Mellitus patients in Universitas Sumatera Utara Hospital, Indonesia. *Research J Pharm and Tech.* 2021; 14(11):5725-8. doi: <https://doi.org/10.52711/0974-360X.2021.00995>
26. Osuagwu UL, Sharma S, Silva D, Saunders J, Pillay J, Piya MK, et al. Assessment of diabetes knowledge, screening and uptake of community diabetes programs in a peri-urban region in Australia. *Diabetes Metab Syndr.* 2021; 15(5):102257. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2021.102257>
27. Yang L, Li L, Cui D, Wu Y, Qiu L, Qin J, et al. Effectiveness of group visits for elderly patients with type 2 diabetes in an urban community in China. *Geriatr Nurs.* 2020; 41(3):229-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.10.001>

28. Vilchez-Cornejo J, Romani L, Reategui S, Gomez-Rojas E, Silva C. Factores asociados a la realización de actividades de autocuidado en pacientes diabéticos en tres hospitales de Ucayali. *Rev Fac Med Hum.* 2020; 20(2):254-60. doi: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2902>
29. Isa R, Abd Rahman NA, Zainal Abidin NA, Idris ZI. Knowledge and Attitude of Diabetes Mellitus Type 2 among Health Sciences Students In Uitm Puncak Alam, Selangor. *Environment-Behaviour Proceedings Journal* 2020; 5(15):101-7. doi: <https://doi.org/10.21834/ebpj.v5i15.2464>
30. Kobos E, Imiela J, Kryczka T, Szewczyk A, Knoff B. Actual and perceived knowledge of type 1 diabetes mellitus among school nurses. *Nurse Educ Today.* 2020; 87:104304. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104304>
31. Kobe EA, Edelman D, Tarkington PE, Bosworth HB, Maciejewski ML, Steinhauer K, et al. Practical telehealth to improve control and engagement for patients with clinic-refractory diabetes mellitus (PRACTICE-DM): Protocol and baseline data for a randomized trial. *Contemp Clin Trials.* 2020; 98:106157. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106157>
32. Espinoza-Velepucha MA, Pacurucu-Ávila NJ, Vizuela-Carpio JF. Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en pacientes diabéticos. *Investigación Clínica (Venezuela)* [internet]. 2020 [citado 20 may 2024]; 61(Supl. 3):38-44. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/investigacion/issue/view/3577>
33. Zamora-Niño CF, Guibert-Patiño AL, De la Cruz-Saldaña T, Ticse-Aguirre R, Málaga G. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento [An assessment of knowledge about their condition in type II diabetes patients in a hospital in Lima, Peru, and its association with adherence to therapy]. *Acta méd Peru* [internet]. 2019 [citado 20 may 2024]; 36(2):96-103. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200004&lng=en
34. Mahfouz EM, Kamal NN, Mohammed ES, Refaei SA. Effects of Mothers' Knowledge and Coping Strategies on the Glycemic Control of Their Diabetic Children in Egypt. *Int J Prev Med.* 2018; 9:26. doi: https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_336_17
35. Grewal GS. *Impact of Diabetic Flow Sheet and Diabetic Education Implementation in Adult Patients with Diabetes Mellitus Type 2 in Primary Health Care.* California: Marybelle and S. Paul Musco School of Nursing and Health Professions. Brandman University; 2018.
36. Leshko L, Davidson P, Dukes J. Perceived Risk and Knowledge of Diabetes in College Students. *J Acad Nutr Diet.* 2018; 118 (9 Suppl.):A86. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.06.099>
37. Guerrero-Pacheco R, Galán-Cuevas S, Sánchez-Armás O. Factores sociodemográficos y psicológicos asociados al autocuidado y la calidad de vida en adultos mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Acta Colomb Psicol.* 2017; 20(2):158-67. doi: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.8>
38. Ahmad B, Md Zain AZ, Fatt QK. Type 2 diabetes patients are more amenable to change following a contextualised diabetes education programme in Malaysia. *Diabetes Metab Syndr.* 2017; 11(Suppl. 2):S901-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.07.013>
39. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017; 123:37-48. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.11.013>
40. Pyatak EA, Carandang K, Vigen C, Blanchard J, Sequeira PA, Wood JR, et al. Resilient, Empowered, Active Living with Diabetes (REAL Diabetes) study: Methodology and baseline characteristics of a randomized controlled trial evaluating an occupation-based diabetes management intervention for young adults. *Contemp Clin Trials.* 2017; 54:8-17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.12.025>
41. López López E, Ortiz Gress AA, López Carbajal MJ. Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad. *Investigación educ médica.* 2016; 5(17):11-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.08.003>
42. Shams N, Amjad S, Seetlani NK, Ahmed W. Diabetes Knowledge in Elderly Type 2 Diabetes Mellitus Patients and Association with Glycemic Control. *J Liaquat Uni Med Health Sci* [internet]. 2016 [citado 20 may 2024]; 15(02):71-7. Disponible en: <https://www.lumhs.edu.pk/jlumhs/Vol15No02/pdfs/5.pdf>
43. Marshall B, Gonzales G, Kernan W. Evaluating por Nuestra Salud: A Feasibility Study. *Health Promot Pract.* 2016; 17(1):137-45. doi: <https://doi.org/10.1177/1524839915609058>
44. Ramírez-Girón N, Cortés-Barragán B, Galicia-Aguilar RM. Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador. *Enferm univ.* 2016; 13(1):61-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.002>
45. Cántaro K, Jara JA, Taboada M, Mayta-Tristán P. Association between information sources and level of knowledge about diabetes in patients with type 2 diabetes. *Endocrinol Nutr.* 2016; 63(5):202-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.01.005>
46. Carrillo-Alarcón LC, López-López E, López-Carbajal MJ, Ortiz MI, Ponce Montern HE, et al. Level of Knowledge in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and its Relationship with Glycemic Levels and Stages of Grief According to Kübler-Ross. *J Diabetes Metab.* 2015; 6:495. doi: <https://doi.org/10.4172/2155-6156.1000495>
47. Walker RJ, Smalls BL, Egede LE. Social determinants of health in adults with type 2 diabetes--Contribution of mutable and immutable factors. *Diabetes Res Clin Pract.* 2015; 110(2):193-201. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2015.09.007>

48. Al Sayah F, Majumdar SR, Egede LE, Johnson JA. Measurement properties and comparative performance of health literacy screening questions in a predominantly low income African American population with diabetes. *Patient Educ Couns.* 2014; 97(1):88-95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.008>
49. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Davis KS, Egede LE. Effect of diabetes fatalism on medication adherence and self-care behaviors in adults with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012; 34(6):598-603. doi: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.07.005>
50. Tang TS, Funnell MM, Gillard M, Nwankwo R, Heisler M. Training peers to provide ongoing diabetes self-management support (DSMS): results from a pilot study. *Patient Educ Couns.* 2011; 85(2):160-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.013>
51. Gucciardi E, Mathew R, Demelo M, Bondy SJ. Profiles of smokers and non-smokers with type 2 diabetes: initial visit at a diabetes education centers. *Prim Care Diabetes.* 2011; 5(3):185-94. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2011.03.001>
52. Steyl T. Undergraduate physiotherapy students' knowledge of Diabetes Mellitus: Implications for education. *S Afr J Physiother.* 2011; 67(3):1-6. doi: <https://doi.org/10.4102/sajp.v67i3.48>



Tu Portal líder en información enfermera en castellano

Colecciones de libros y manuales

Libros y manuales de consulta especializados en contenido enfermero. Obras con ilustraciones de excelente calidad, hiperrealistas y muy detalladas.

Servicios online

Dicen: diario especializado de noticias de actualidad enfermera.

Encuentra: buscador específico de contenidos de enfermería en la red.

Enfertecca: la mayor biblioteca digital de enfermería (+ de 150 libros digitales).

Revistas

Nueve revistas especializadas, 200 artículos nuevos cada año y más de 500 números disponibles.

Formación

Cursos de formación continuada CFC y ECTS de hasta 150 horas.

Programas de posgrado universitarios.



Implicaciones de Enfermería en el tratamiento de profilaxis posterior a la exposición

¹ Juan Daniel Suárez Máximo

² Juan Yovani Telumbre Terrero

¹ Doctorante en Ciencias de Enfermería, Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato (UG). Maestro en Salud Pública (UPAEP). Licenciado en Enfermería (BUAP). Coordinador de la Asociación de Enfermería Comunitaria Vocería Internacional México (AEC-M).

² Doctor en Salud Mental, Gestor de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen Campeche (México).

E-mail: jd.suarezmaximo@ugto.mx

Fecha de recepción: 18 de marzo de 2024.

Fecha de aceptación: 23 de marzo de 2024.

Introducción

A nivel mundial, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida señala que actualmente representa un desafío y un problema de salud pública presente desde hace varias décadas, y se ha comprobado un total de 39 millones de personas enfermas; no obstante, en el año 2022 se registraron 1,3 millones de personas con diagnóstico confirmado, esto sin considerar a aquellas personas que se han expuesto a una conducta sexual de riesgo y no se han realizado ninguna prueba de tamizaje (1,2). Ante este contexto se necesitan esfuerzos combinados y específicos de los profesionales de la salud, especialmente entre el profesional de enfermería y la población en riesgo, los cuales realizan acciones de educación y promoción para la salud, así como diagnóstico y seguimiento en aquellas personas o grupos que lo requieran.

Por lo que respecta a América Latina y el Caribe, a finales del año 2019 como estrategia de salud se ofrecía el tratamiento de profilaxis posterior a la exposición (PrEP) en seis países, en los cuales se incluye México (1). Así, a finales del 2020, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) constituye la única entidad que llevó a cabo el implemento de la primera fase del PrEP; por lo tanto, a inicios del 2021 México tenía en todo el país acceso al tratamiento (3).

En la actualidad se reporta que la PrEP reduce en más del 80% el riesgo de un contagio por VIH, cuando se ingiere adecuadamente, en las personas que pueden tener una exposición al virus; por lo tanto, se reconoce en todo el mundo a la PrEP como una estrategia preventiva para disminuir los contagios (2). Además, se destaca que el abordaje del profesional de enfermería en el primer contacto con el paciente joven es crucial para recibir una educación y promoción en salud sexual, así como es imperativo que se realice la entrevista sobre el comportamiento, la adherencia y las prácticas sexuales que se llevan a cabo y poder intervenir en el momento que se requiera.

En caso de ser un usuario seleccionado, se debe generar una adherencia al tratamiento para una efectividad adecuada y el personal de enfermería aplica diversas intervenciones educativas en salud (entrevista de conocimientos previos), asesoramiento (identificación de las barreras a la adherencia), para lo cual se ha puesto en práctica en diversos países el método *Adherence Improving self-Management Strategy*, siendo un pilar en la intervención de enfermería con los usuarios con tratamiento de la PrEP (4).

Por todo ello, se destaca que se han implementado estrategias de salud sexual que tratan de minimizar los efectos en las personas que se exponen a conductas de riesgo, donde se destaca que el profesional de enfermería a lo largo de la historia ha sido crucial para la promoción de la salud en la población, una adherencia al tratamiento, así como el cuidado al momento de tener una relación sexual segura.

Bibliografía

1. ONUSIDA. El sida en cifras [internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2023 [citado 15 may 2024]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Profilaxis Posterior a la Exposición (PEP) [internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 15 may 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih/profilaxis-posterior-exposicion-pep>
3. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Profilaxis Pre Exposición (PrEP) [internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2022 [citado 15 may 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/pivihimss/prep>
4. Wijnen BFM, Oberjé EJM, Evers SMAA, Prins JM, Nobel HE, Van Nieuwkoop C, et al. Cost-effectiveness and Cost-utility of the Adherence Improving Self-management Strategy in Human Immunodeficiency Virus Care: A Trial-based Economic Evaluation. *Clin Infect Dis.* 2019; 68(4):658-67. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciy553>

Relatos

Relatos premiados Cátedra de Enfermería Familiar y Comunitaria UA-AEC-CEISAL

Primer Premio Relatos de la Cátedra de Enfermería familiar y comunitaria

REUNIÓN DE EQUIPO

Cristina Hernández Pérez

Todo empezó un día como otro cualquiera, pero lo que pasó dejó una marca imborrable en nuestras vidas.

El confinamiento por la COVID-19 caló en la mente de todos, pero especialmente en Alma, esa niña de mirada limpia y sonrisa tímida que conocíamos bien en el centro de salud.

Sus padres llevaban reflejado en los ojos la angustia que sintieron al encontrar lo que fue la última carta de despedida de su hija. Esa tarde de abril del 2021 al fin consiguió su propósito, ya no tenía fuerzas para hacer frente a todos sus fantasmas y tomó una decisión sin vuelta atrás. Planeando escrupulosamente hasta el último detalle y consultando una red social conocida, eligió el paracetamol porque, recalcan, la intoxicación era irreversible por carecer de antídoto completamente efectivo, por ser de fácil acceso y era tendencia en Reino Unido.

La tragedia llegó después de intentarlo una y otra vez. Se ponía fin a los interminables interrogatorios a su familia, cansada con la situación y sin entender qué podían hacer ellos que la colmaban de atenciones:

—Se ha tomado su tratamiento? —preguntaba Jorge, su médico de familia.

—Sí, se lo doy yo y vigilo que lo tome —respondía su padre con seguridad.

—¿Ha notado algo distinto en su comportamiento? —Jorge intentaba indagar en posibles causas que le dieran alguna pista.

—No... o igual sí... un poco... no sé —respondía su madre confusa. Ella siempre ha sido cariñosa y comprensiva con su hija.

—Y tú que la ves en el instituto, ¿cómo está allí? ¿Integrada? —Jorge pensaba que si tuviera algún conflicto allí, podría poner en marcha el protocolo *antibullying*.

—Pues yo la veo normal, como todos —comentaba su hermano mayor, encogiéndose de hombros.

Al salir de la consulta parecía que no encontraban consuelo, el porqué del comportamiento de Alma les tenía completamente perdidos y comentaban con frustración:

—¡Siempre las mismas preguntas! Con esa edad, ¿cómo no va a tener cambios de humor, de comportamiento o días malos?

Pero esa tarde de abril, solo silencio y lágrimas, nadie supo qué decir, nadie pudo, solo sintieron un nudo en la garganta que removió conciencias. Se cruzaban miradas y lamentos. Se notaba que rondaban en el aire muchas preguntas sin respuesta: "¿Es justo que una niña con toda la vida por delante tenga este final? ¿Por qué no fue capaz de expresar lo que llevaba dentro? ¿Qué fue lo que le llevó hasta ese callejón sin salida?".

Al día siguiente, como todos los jueves, tocaba reunión de equipo en el centro de salud. No se podía hablar de nada más que de la problemática actual con los jóvenes y su salud mental.

—Esto no es normal, ¿habéis visto las cifras de suicidio del INE? —lamentaba Gema, una compañera que tenía unos pocos años más que Alma.

—Pues hay que sumar una más. Sí, ¡es espeluznante!, también en autolesiones y en conductas de riesgo —completaba Teresa, la enfermera más meticulosa del equipo.

—Siempre habéis apoyado a la paciente y a su familia, la habéis salvado de muchas. ¡Sois un equipazo! No podíamos hacer más —intentaba consolarnos nuestra coordinadora Isabel.

—¡Es que los retos que rondan por las redes sociales son un peligro! Tanta información, que no saben ya qué es real, verdad o bueno. ¡Están muy perdidos! —añadía Rodrigo, que tenía hijos adolescentes.

—Han perdido la confianza en las personas de su entorno y consultan cualquier cosa en internet —suspiraba intranquila Nieves.

—No podíamos hacer más por ella —sentenció Damián, el enfermero más veterano.

Elena y Tina, dos enfermeras locas por su trabajo, se miraron con la convicción de que tenían que dar el primer paso, sintieron que, aunque la pandemia había dejado todo patas arriba y parecía una proeza volver a comenzar cualquier proyecto comunitario, ese era el momento.

—Sabemos que las enfermedades de salud mental se originan antes de los 14 años en un 50% y antes de los 17 años en un 70%. El suicidio es la segunda causa de muerte en el mundo de la población de 15 a 29 años —informaba Tina tras leer una entrevista a un psiquiatra de renombre que dirigía la USMIA del departamento.

—¿Pero sabéis qué es peor? Que muchas veces no se detectan hasta la edad adulta —concluyó Elena.

—¿Y si buscamos alternativas para poner freno a estas conductas? ¿Y si les devolvemos esa confianza? —preguntó Tina.

—¿Qué hubiera pasado con Alma si hubiéramos detectado antes su enfermedad mental? —añadió Elena.

Parece que se encendió una bombilla en la cabeza de todos porque contestaron al unísono: “¡Tenemos que hacer más!”.

Se pusieron rápidamente manos a la obra, era hora de darle una oportunidad a la promoción y prevención de la salud. Así, pues, Elena, Tina y Tere fijaron rumbo a Valencia para actualizarse en salud local y comunitaria. Allí encontraron un mundo que nos abría las puertas del trabajo en red, la *xarxasalut*. Nos enseñó el camino a seguir, pero iba a ser largo y complicado.

Lo que siguió fueron días de trabajo durísimo lleno de estrés, nervios y altibajos. Buscando cooperación de diferentes sectores celebraron innumerables reuniones, elaboraron dinámicas, talleres y diseñaron un plan que gracias a la implicación y participación de todos pudiera atender las demandas específicas de la población.

En la siguiente reunión de equipo, surgieron las dudas...

—¡Pues no veas! Yo paso, a mí dejadme en asistencial y ya. Menudo lío —bufó Manuel, quien pensaba ya en su jubilación.

—Esto al final nos ocupará tiempo fuera del horario laboral y yo con lo que tengo en casa no voy a poder —afirmaba Lucía, entre su madre encamada y sus tres hijos, no tenía tiempo para nada.

—Y todo eso... ¿con qué recursos? Yo hasta que no sepa nada de lo que opina la dirección, no hago nada —opinó Clara. No era la primera vez que intentaba llevar a cabo una acción comunitaria que se quedaba en nada por falta de recursos.

—¿De verdad creéis que con eso vamos a cambiar algo? —insistía Lara, nada convencida con la iniciativa, no es que le gustara mucho la idea de trabajar en equipo.

Aunque también se puso buena voluntad e implicación.

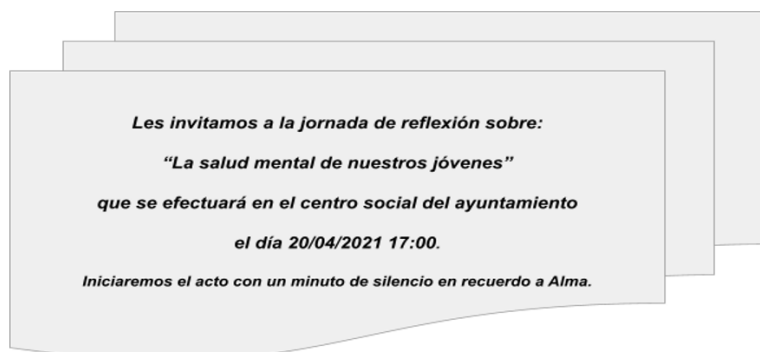
—Contad conmigo, que tengo un montón de cosas ya preparadas que podrían servir —propuso Rodrigo, que ya tenía experiencia en algunos proyectos.

—A mí me apetece más buscar los activos en salud y hacer un mapa de activos de la zona básica, yo me encargo —añadió Tere sin dar lugar a réplicas.

—Intentaré cuadrar planilla para facilitaros en lo que pueda para que lo vayáis organizando —dijo Isabel, pensando de qué manera podría hacer para poder desarrollar el proyecto.

—Nosotras vamos organizando y coordinando lo demás. Preparamos una convocatoria del consejo de salud —comentaron con motivación Elena y Tina.

Así se anunció la convocatoria en todos los medios de difusión disponibles:



Acudieron gran cantidad de vecinos debido a la gran conmoción que generó en el pueblo el suceso. Allí estábamos reunidos: salud pública, trabajo social, alcaldía y concejalías, asociaciones locales, AMPA, representantes de los centros educativos, trabajo social...

—¡Gran reunión de equipo! —sonrieron los enfermeros asistentes.

—Parece que hemos detectado bien lo que le preocupaba a la población —comentó Isabel orgullosa.

Todos parecían satisfechos, pero Tina y Elena no dejaban de repasar el *checklist* de asistentes.

—¿Pero en qué estaba pensando?! —dijo Tina enfadada consigo misma. ¿Y los niños qué? —añadió.

Elena que llegó a la misma conclusión en la misma milésima de segundo y replicó intentando justificarse:

—Es que no hay consejo de la infancia y adolescencia o algo parecido, ni siquiera ha contestado el consejo escolar. Tampoco es que tuviéramos mucho margen de tiempo para coordinarlo todo, la verdad.

De todas maneras, Elena es muy resolutiva, así que enseguida añadió una pregunta al debate: ¿Cómo aumentar la participación de niños/as y jóvenes?

Entre otras cuestiones se debatió sobre la importancia de convertir a la población en aliada para mejorar la salud del pueblo e incluir a los niños/as y adolescentes como motor de cambio, por lo que se sugirió la formación de un consejo de infancia y adolescencia para que pudieran tener representación en las decisiones que les afecten.

Los enfermeros de Atención Primaria y Comunitaria presentaron su plan de salud, en el que propusieron acudir de forma continuada a los centros educativos para dar información y formación sobre salud, derechos y participación al alumnado, y así acercarse también a la población sana, que tan abandonada estaba últimamente. Hay que pensar que también los niños/as y adolescentes son vulnerables a todo lo que les rodea y tienen que estar preparados para esos cambios que se avecinan, necesitan un extra de apoyo en esas edades.

A todos los asistentes les pareció buena iniciativa y aportaron algunas ideas permitiendo que fuera un proceso interesante e inspirador, pudiendo acordar una serie de medidas que garantizaban que esa participación fuera real y voluntaria.

Llegó el gran día en que se pusieron delante de ellos los niños y las niñas, que, como buenos anfitriones, les recibieron con su mejor sonrisa. Al verles en las aulas, sus miradas se llenaron de expectación, empezaron allí su aventura.

Se presentaron y la primera pregunta que hicieron fue:

—¿Es que las enfermeras también son profesoras? —esperaban ansiosos la respuesta.

—Las enfermeras y enfermeros tenemos otras funciones diferentes a poner Tiritas® y pinchazos, a veces tenemos tiempo de venir a explicar cosas tan importantes para vuestra salud como, por ejemplo, la gestión y expresión emocional, la alimentación y la actividad física, la higiene... Así sabréis cómo y qué hacer para cambiar las cosas que no sean buenas para vosotros y podáis transmitirlo a los demás. También enseñaros técnicas que podemos utilizar para salvar vidas con nuestras propias manos como, por ejemplo, la reanimación o la maniobra de Heimlich... —explicó Tina sin poder ocultar su entusiasmo.

—Tenéis derecho a muchas cosas, entre ellas a la salud y a poder participar en el proceso para conseguirla. Expresando lo que os preocupa u os interesa podemos ayudaros, por eso vamos a venir a visitaros muchas más veces —añadió Elena con una motivación contagiosa.

Así es como empezaron a acudir cada mes al colegio y al instituto proponiéndoles diferentes dinámicas de aprendizaje. Cuando les veían, enseguida les saludaban o les llamaban por su nombre para hablar con ellas y saber qué otras sorpresas les llevaban. Se respiraba un ambiente muy distendido lleno de confianza.

Ellos habían recuperado el control, por fin se sentían útiles y valiosos, se comunican desde otra posición, con mayor responsabilidad y se proponían voluntarios para ayudar a los demás.

—Le he dicho a mi abuelo que a mi lado no tiene que tener miedo de atragantarse porque yo le puedo salvar —dijo Manuel superanimado.

—Ahora salimos a caminar todos los días juntas para controlar mi diabetes —comentaba optimista la madre de Victoria, que además había recuperado la comunicación con su hija aprovechando las caminatas.

—Gracias a la dinámica de autoimagen, mi hija me confesó que no se sentía bien con su cuerpo y ahora estamos trabajando en ello con una psicóloga de confianza —comentaba la mamá de Berta aliviada.

Por fin llegó el jueves, tocaba reunión en la que se evaluaba lo conseguido durante este curso.

—Ellos serán la generación más preparada para poder cuidarse y cuidar a los demás, esto beneficiará enormemente a las comunidades en las que viven —reflexionaron los enfermeros del centro de salud orgullosos de su profesión.

—El ayuntamiento les ha cedido un espacio para poder realizar asambleas infantiles y juveniles, así que están iniciando una campaña promovida por los niños para la formación de un consejo local de infancia y adolescencia —informaba Isabel.

Después se sembraron montones de ideas nuevas para seguir el camino iniciado, pero eso es otra historia.

No sabremos nunca qué pasó por la mente de Alma, pero sí podemos asegurar con certeza que ahora se ofrece la posibilidad de que esto cambie, intentando que un suceso así no se repita. Por fin les daremos voz, atención y confianza para desarrollar todas sus capacidades y asegurarles el futuro que se merecen.

Reflexión:

Entendemos que para que los niños, las niñas y los adolescentes tengan confianza y puedan expresarse libremente tienen que conocerlos, siendo fundamental permitir que todos los niños y las niñas de todas las edades, de todas las comunidades, de todas las capacidades y de todas las partes de la sociedad, sin excluir a ninguna persona, se involucren en decisiones que afecten a su salud física, mental y social. De ahí que elijamos acudir a sus centros educativos para no excluir a nadie y que se sientan nuestros anfitriones cambiando el rol al que están acostumbrados en las interacciones con el personal sanitario.

Las perspectivas de los niños y las niñas son esenciales para detectar posibles problemas y abordar sus preocupaciones, ideas y prioridades, y de esta manera mejorar su autoestima y en consecuencia su salud mental.

Gracias a su participación en los talleres formativos sobre salud, los niños y las niñas adquieren mayores competencias, habilidades y conocimientos que a su vez benefician a las comunidades en las que viven.

Gracias al equipo de enfermería de Atención Primaria podemos reforzar los servicios locales esenciales y motivar a los líderes locales a demostrar su compromiso en asegurar los derechos de la infancia y la adolescencia, entre otras cuestiones.

Segundo Premio Relatos de la Cátedra de Enfermería familiar y comunitaria

NUESTRA ESTRELLA DE ESPERANZA

Leire Labiano Macías

Amalia, Alicia y las estrellas fugaces

Miro al oscuro cielo nocturno y pido un deseo antes de que la luz que lo rasga se desvanezca. En tan solo un pestañeo dejo de ver la estrella fugaz que lo ha atravesado.

Por un instante, cuando esto vuelve a suceder, parece que el mundo se cae. Una vez tras otra, el cielo se ilumina y las luces se precipitan hasta que desaparecen.

Las brillantes estrellas colorean el lienzo sobre el que pasan en esta despejada noche de invierno; las nuevas historias a punto de ser contadas desfilan ante nosotras.

Mi hermana gemela Alicia, a mi lado frente a la ventana de mi habitación, abre la boca, llena de admiración por las que parpadean con intensidad. Lo hacen con tanta fuerza que la mantienen asombrada.

Mientras, mi alma, y la de los que son como yo, llora por las estrellas que se apagan en cuanto son percibidas; las historias olvidadas. Sucede en tan solo un instante en el que unos pocos las ven.

Sé que algún día seré una de esas luces que presumen de tener una corta vida. Y ese día llegará tan rápido como ellas vienen y van. Después de todo, mi vida es tan frágil como lo son ellas.

Nuevo reto para Carolina como enfermera de Atención Primaria

Los nuevos comienzos nunca han sido mi fuerte.

Donde alguien ve miles de oportunidades, yo veo incertidumbre, miedo a lo desconocido... e infinidad de cosas que pueden salir mal.

La puerta de la consulta se abre con un chirrido cuando mi mano la empuja. Busca, a ciegas, el interruptor de la luz hasta que da con él, revelándome cada detalle del lugar que ocuparé en las jornadas laborales que están por venir.

Hoy es la primera de ellas.

Analizo el lugar mientras me encamino a la silla al otro lado de la mesa, sobre el que se encuentra un ordenador bastante más antiguo del que acostumbro a utilizar.

Las paredes, pintadas de un blanco sucio por el paso de los años, se encuentran adornadas principalmente por dibujos. Los hay de todo tipo: de animales, de personas, de paisajes e incluso de figuras abstractas. Son muy diferentes entre ellos, tanto por los materiales utilizados, como por el estilo de dibujo o la precisión —o falta de esta— de los trazos. Pero todos tienen visiblemente algo en común: están hechos por pequeñas personas con mucho amor y cariño dentro de ellas.

Dejo mis cosas en un pequeño armario a mi espalda y pulso el botón de la parte inferior de la pantalla para iniciar el ordenador. Mientras se enciende, continúo mirando a mi alrededor.

Por lo demás, el lugar contiene lo esperado en una consulta de Atención Primaria de pediatría.

Reviso la agenda del día en cuanto esta aparece frente a mí en el ordenador. Un par de vacunas, algún que otro examen de salud... mi primer día no debería ser demasiado complicado teniendo en cuenta lo que veo frente a mí.

Frunzo el ceño ante lo que mis ojos han captado... ¿una visita a un domicilio de una niña de 10 años?

De pronto, alguien abre la puerta de par en par.

—Hoy iremos a casa de la pequeña a las doce y media, no ha debido de pasar una noche demasiado buena, pero ahora mismo se encuentra durmiendo así que será mejor que... —interrumpe su discurso cuando conecta su mirada con la mía. Una mujer de me-

diana edad vestida con una bata blanca me observa, desconcertada, en cuanto me ve ocupando el lugar al otro lado del escritorio—. ¿Quién eres? ¿Dónde está Inés? —me pregunta.

—Soy Carolina, la enfermera sustituta de Inés —respondo, ligeramente nerviosa. Me levanto torpemente de la silla, provocando que unos papeles caigan de la mesa en el proceso. Hago una mueca ante esto, pero continúo—. Está de baja.

En cuanto la mujer se acerca para recoger las hojas, yo la imito de manera acelerada. Debería haberlo hecho yo en el momento en el que ha sucedido. Probablemente le haya dado una mala primera impresión.

Frunce el ceño en mi dirección.

—Qué extraño... Le llamaré después para ver qué tal se encuentra —me dice mientras me entrega un fino montón de papeles. Ambas nos levantamos del suelo—. Soy la Dra. Romero, pero llámame Miriam. Trabajo con Inés. ¿Tienes experiencia en Atención Primaria?

Niego con la cabeza.

—Solo en el ámbito hospitalario. He trabajado en varias plantas.

—¿Alguna de pediatría? —pregunta.

—Más bien lo contrario —le digo, frunciendo los labios, llena de nervios.

Me dedica una tierna sonrisa intentando tranquilizarme.

—Estoy segura de que esto te va a encantar. Después de todo, los niños son la luz de la vida —me asegura. Se acerca de nuevo a la puerta, sujetando el pomo—. Mi consulta es la de al lado, estaré ahí si necesitas cualquier cosa. No dudes en pedirme lo que sea.

—Gracias, Miriam —le contesto con una sonrisa.

Está a punto de abandonar la habitación cuando parece recordar algo. Su gesto se suaviza de pronto.

—A las doce y media haremos una visita domiciliaria a Amalia. Es una niña muy dulce de 10 años que vive con sus padres y su hermana gemela —coge aire y lo suelta, despacio, antes de continuar—. Tiene leucemia, está en tratamiento paliativo —me llevo las manos a la boca, sin poder creer lo que acabo de escuchar—. Cuenta con un equipo especializado en cuidados paliativos pediátricos, además de con nosotros.

Trago saliva antes de responder.

—¿Va a fallecer?

—En algún momento, sí —contesta, notablemente emocionada—. Por el momento, quitando algún episodio de dolor intenso como el de esta noche, se encuentra estable. Pasa la mayor parte del día con su hermana, salvo cuando está en el colegio. Los padres, Tomás y Ángela, también están muy pendientes de ella.

—¿Y ellas son conscientes de lo que está pasando? —pregunto, dudosa—. Son muy pequeñas.

—Lo son, y lo saben —carraspea cuando la voz se le quiebra momentáneamente—. Saben todo y, aunque no le encuentren sentido, comprenden la situación.

Abandona la consulta dejando esas palabras danzando en el aire. No sé si lo hace por mi reacción, o más bien falta de ella, o por no querer exteriorizar la suya por completo ante una desconocida.

Durante toda la mañana, noto cómo mi corazón es estrujado por un puño, temiendo la hora en que tenga que enfrentarme a uno de los mayores retos como profesional, pero sobre todo como persona.

¿Sabré cuidarla a ella y a su familia como cada uno de ellos necesita? ¿Tendré lo necesario dentro de mí para poder hacer frente a esta situación?

Con la llegada del primer paciente a la consulta, siento la caricia de otros dedos sobre mi corazón, presionándolo también según me doy de bruces con mi nueva realidad.

Nunca he trabajado con niños ni en Atención Primaria. De nuevo, todo el miedo y todas las dudas vuelven a mí. Siempre me sucede ante lo desconocido.

Miro al niño de 3 años frente a mí, sonriendo a la espera de la vacuna, sujeto entre los brazos de su madre. Deja de hacerlo en cuanto la aguja atraviesa su piel.

La siguiente paciente es una niña más mayor, de 14 años recién cumplidos. Le tiene fobia a las agujas, pero con su padre a un lado intentando tranquilizarla, y conmigo al otro intentando distraerla, conseguimos superar el reto en un abrir y cerrar de ojos.

Poco a poco, voy cogiendo confianza en mí misma en mi nuevo puesto. La presión de la mano se afloja y consigo respirar mientras realizo los diferentes exámenes de salud. El último ha sido al pequeño de una familia de ocho hermanos. Por suerte, era al único al que le tocaba.

Estoy terminando de realizar un vendaje funcional en el tobillo a una niña de 12 años que se ha caído en el patio del colegio, cuando reparo en la hora que es. En cuanto termino, me despido de ella entregándole una pegatina en la que aparece un perro y un gato jugando. Sonríe cuando la veo irse feliz cogida de la mano de su madre.

Me reúno con Miriam y me doy cuenta de que me siento realmente cansada. Por el momento, mi primer día de trabajo en la consulta de pediatría está siendo realmente satisfactorio, pero, al mismo tiempo, tener todas las alertas activadas dentro de mí me está resultando agotador. Aunque esto no es nuevo para mí, es algo que experimento con cada cambio de puesto de trabajo. Aun así, me siento orgullosa de mí misma por cómo ha transcurrido la mañana hasta ahora.

La primera visita domiciliaria de Carolina

Caminamos hasta el refugio de nuestra próxima paciente. Aunque todavía no la conozca, intuyo que este va a ser uno de los momentos más complicados a los que voy a tener que enfrentarme. De nuevo, noto una mano invisible presionando fuerte mi corazón.

—No estés nerviosa —me intenta tranquilizar Miriam, que parece leer mis pensamientos, una vez hemos llamado al timbre—. Es una familia encantadora.

La puerta principal se abre, dándonos paso. En cuanto pongo un pie en el acogedor hogar de los García, una ráfaga de calor mezclada con el olor de la madera de los muebles del lugar me acaricia.

—Bienvenidas, adelante —nos saluda Ángela—. ¿Qué tal te está tratando el inicio de semana, Miriam?

De pronto, se oye como unos pequeños pasos bajan por las escaleras a toda velocidad.

—¡Miriam!

—Ahora genial —le responde mi compañera a la madre de las gemelas, recibiendo el abrazo de la que intuyo, por su gran vitalidad, es la hermana sana de las dos—. ¿Qué tal estás, Alicia?

—Tú no eres Inés —observa esta, analizándome, sin responder la pregunta.

—Se ha puesto malita —contesta Miriam.

Sus pequeños labios dibujan una mueca.

—¿Como mi hermana?

—Parecido, pero diferente —le responde dulcemente. Se agacha hasta nivelar sus ojos con los de ella—. Inés se ha roto una pierna esquiando este fin de semana.

—¡Auch! —exclama, imaginando la situación.

—Ella es Carolina, otra de nuestras fantásticas enfermeras —me guiña el ojo y señala a cada integrante de la familia, en orden según me los presenta—. Ellos son Ángela y Tomás y ella, Alicia. Son los padres y hermana de Amalia.

—Encantada de conocerles —les saludo tímidamente.

—¡Ah, por favor! No nos hables de usted, vamos a pasar mucho tiempo juntos. No es necesario ningún formalismo —me pide Tomás—. ¿Queréis pasar a saludar a Amalia? Está en su habitación descansando.

—Nos han comentado que ha pasado una mala noche, ¿verdad? —pregunta Miriam. Ángela y Tomás asienten—. ¿Hemos conseguido controlar el dolor?

—Vuestras compañeras le han modificado la medicación de base, y entre eso y los rescates de morfina que le hemos puesto ha conseguido dormirse —cuenta Ángela—. Eso me recuerda que necesitaremos que nos dejes algún rescate más de morfina. Prácticamente no nos quedan —se dirige a mí para que lo tenga en cuenta.

Miro a mi alrededor de manera disimulada según avanzamos en dirección a la habitación de Amalia. Lo primero en lo que reparo es en que Alicia ya no está con nosotros cuando echamos a andar.

La casa de los García, decorada principalmente por muebles de madera y cuadros y fotografías allá donde uno mire, resulta increíblemente cálida y acogedora. Miro rápidamente una de las fotos que decora las escaleras. En ella se encuentran los cuatro miembros de la familia, sonriendo felizmente a la cámara. No dudo de la naturalidad de ninguna de esas sonrisas, lo cierto es que parecen felices. Me pregunto de hace cuánto será esa imagen ya que, al menos Alicia, no parece estar demasiado cambiada.

La puerta de la habitación de Amalia está decorada con un letrero rosa y morado con su nombre. Se encuentra entreabierta, por lo que escucho a las hermanas hablar detrás de ella. Parece que el motivo de nuestra visita ya está despierta.

Tomás abre por completo la puerta, revelándonos a las gemelas al otro lado de ella.

Algo dentro de mí se rompe en cuanto mis ojos se posan en Amalia. A pesar de ser tan iguales, el contraste entre ellas es escalofriante. Trago saliva conforme nos acercamos.

Alicia, con su fuerza y energía, se levanta de un salto del suelo, haciendo ondear su largo cabello castaño. Amalia, pequeña, delgada y frágil en comparación con su hermana, se levanta despacio del sillón junto a su ventana.

—Mira quiénes han venido a verte —les dice su madre, señalándonos.

—¿Qué tal estás, bonita? —le pregunta Miriam, acercándose.

Dejamos nuestras mochilas con todo el material necesario a un lado de la habitación antes de adentrarnos en ella.

—Bien —responde Amalia, encogiéndose de hombros. Nos enseña una hoja llena de colores—. Me lo ha regalado Martina, mi mejor amiga del colegio. La echo de menos.

—¡Pensaba que yo era tu mejor amiga!

—Tú eres más que eso —le responde a su hermana, con una débil sonrisa fruto del cansancio, que se asoma desde detrás de la sonda nasogástrica. De pronto, sus marrones ojos decorados por ojeras me miran con interés—. A ti no te conozco. ¿Dónde está Inés?

—Se ha roto la pierna esquiando. Está en casa recuperándose —se me adelanta Alicia, sin darme opción a responder—. Ella se llama Carolina. Dice Miriam que también es una enfermera fantástica.

Su comentario hace que una sonrisa dibuje mi rostro. Observo cómo Amalia mira cariñosamente a su hermana y se me encoge el corazón. Con su mirada lejos de la mía, analizo cada detalle de ella.

A diferencia de su gemela, Amalia no presume de una larga melena, ni siquiera de una corta. Más bien, de lo contrario, producto de la quimioterapia, que se la arrebató. Su aspecto, extremadamente delgado junto con su palidez, reflejan su debilidad. A pesar de ello, se ve increíblemente adorable vestida con un pijama rosa lleno de corazones en unos tonos más oscuros, por el que asoma una vía central conectada a una bomba de infusión.

De pronto, noto el picor en los ojos de las lágrimas amenazando con salir. Me repito a mí misma que, ahora mismo, delante de la familia, no me lo puedo permitir.

—Me encanta tu pijama —le digo con una sonrisa—. El rosa te queda estupendo —sus ojos parecen iluminarse.

—¡Alicia tiene el mismo en morado! —se gira hacia su hermana—. ¡Enséñaselo!

—Lo eché a lavar ayer. Se me cayó un poco de puré encima... —Veo cómo a Tomás, a mi lado, se le escapa una pequeña risa.

—Se lo enseñamos el próximo día que vengan, ¿os parece? —propone Ángela. Ambas asienten, satisfechas.

Miriam señala la cama, antes de dirigirse a Amalia:

—¿Nos sentamos un poco y nos cuentas qué tal te encuentras y cómo has pasado la noche? —se apoya en el borde del colchón, invitando a la gemela vestida de rosa a que se una a ella.

Amalia se acerca despacio y se sienta en la cama con dificultad. Cuando empieza a relatarle lo sucedido unas horas antes y continúa respondiendo preguntas acerca de su sintomatología, percibo cómo la madre de las gemelas, a mi derecha, se seca velozmente una lágrima. Espero antes de actuar, pero lo hago en cuanto veo que ese gesto se repite.

—¿Qué tal si te doy esos rescates de morfina de los que hemos hablado? —le digo, lo suficientemente alto como para que puedan escucharme las personas a nuestro alrededor.

Miriam frunce el ceño en mi dirección, pero, en cuanto posa su mirada en Ángela, asiente comprendiendo la situación.

Cojo la mochila con la medicación para que la excusa elegida para huir de la habitación sea creíble y nos encaminamos fuera. Me lleva a otra de ellas que, por su aspecto similar a la de su hermana, parece la de Alicia. Cerramos la puerta a nuestras espaldas.

—¿Estás bien?

En cuanto la pregunta abandona mi boca, Ángela se rompe ante mí. Se sienta en una de las sillas junto al escritorio, siendo esta, probablemente, lo único que la mantenga lejos de derrumbarse ahora mismo. Me siento a su lado.

—Verlas juntas siempre ha sido el mayor regalo que me ha dado la vida —me explica desconsolada entre lágrimas—. Se supone que cuando te dan un regalo no te lo pueden arrebatar... ¿Por qué la vida me lo está quitando? ¿Por qué se lo está quitando a ellas?

Me quedo en silencio, sin saber qué contestar. Porque no tengo la respuesta y sé que ella no la quiere. Porque no la hay ni la va a haber nunca. Porque sé que lo único que quiere es que su familia siga siendo parte de ella y que cada una de sus partes sea lo que componga su familia.

Así pues, no digo nada. Me acerco a ella y pongo mi mano sobre la suya, haciéndole saber que estoy aquí. No tengo la solución a sus problemas, pero, con este gesto, quiero que sepa que voy a estar para acompañarle durante todo el proceso. Pase lo que pase.

—Perdona —se disculpa secándose las lágrimas—. Por muchas veces que me hayan explicado su diagnóstico y por mucho que me hayan dicho qué es lo que puedo esperar de él, es imposible asimilarlo.

—No tienes que pedir perdón por sentir tus emociones, sobre todo en una situación como esta —le digo, con mi mirada fija en la suya.

—Las noches son lo peor —me confiesa—. Hay veces en las que Amalia duerme tranquila, ya sea con su hermana o por su cuenta, pero cuando sucede lo contrario, todo se vuelve un infierno. Verla sufrir por dolor es horrible.

—No debe de ser nada fácil —coincido con ella.

—Es muy complicado ocultárselo a Alicia cuando pasa —continúa, apartándose cada lágrima que se abre camino—. La oigo llorar en su habitación cuando esto sucede. Siempre está a su lado, pero a veces le es imposible soportarlo.

Asiento, comprendiendo.

—Me gustaría que todo saliera bien, pero tampoco quiero aferrarme a una esperanza inexistente —comienza de nuevo—. Hace unos meses nos hablaron de un ensayo clínico que todavía no estaba aprobado. Les hicieron una serie de pruebas a ambas para ver si las células de Alicia son compatibles con las de Amalia, ya que es necesaria esa compatibilidad específica entre hermanos. Nunca llegamos a saber el resultado porque finalmente aquel ensayo clínico no se aprobó —me mira una vez más, con la pena reflejada en sus ojos—. Es injusto que tengan que vivir esto a su edad. Muy injusto.

—Lo es, Ángela. Por eso es completamente normal que haya momentos como estos en los que tanto tú como Tomás o las hermanas os sintáis desbordados por la situación —asiente, mientras continuo hablando—. Estamos aquí para todo lo que necesitéis, cuando lo necesitéis.

Me coge la mano y fuerza una pequeña sonrisa.

—Gracias. Tomás y yo os lo agradecemos profundamente —me asegura—. Por esa parte tanto las gemelas como nosotros estamos bien cubiertos. La familia siempre está pendiente, al igual que los amigos.

—Me alegra oír eso —le doy un pequeño apretón en la mano—. ¿Os han puesto en contacto en algún momento del proceso con algún otro tipo de profesional? ¿Como por ejemplo un psicooncólogo?

Asiente varias veces.

—Tomás y yo lo hemos probado. Ambos estamos muy contentos con Patri. Amalia y Alicia fueron a una primera consulta, pero acabaron agobiadas al tener que hablar con una desconocida sin entender realmente por qué. Saben lo que le sucede a Amalia, pero no ven la necesidad de hablarlo con ella, y nosotros lo respetamos.

—Es comprensible. Me alegro de que os resulte útil a vosotros.

—Gracias —alcanza un paquete de pañuelos y se seca las últimas lágrimas con uno de ellos. Libera un largo suspiro—. Estoy bien, solo ha sido un momento.

—¿Estás segura? —asiente repetidas veces—. Podemos quedarnos y hablar un rato más, lo que tú necesites.

—No es necesario. Has hecho incluso más de lo que cualquiera podría pedir. La verdad es que no podemos quejarnos con vosotras. Es un gusto teneros por aquí en estos momentos tan difíciles —me asegura—. Muchas gracias, Carolina.

Nos levantamos y nos encaminamos a diferentes lugares, yo a la habitación de Amalia y ella al baño a lavarse la cara antes de volver a ella.

Allí me vuelvo a encontrar con el resto de la familia y, mientras Miriam dialoga con Tomás y posteriormente con Ángela también, yo me dedico a hablar con las gemelas, que se interesan por conocerme y porque yo las conozca a ellas.

Carolina avanza en su aprendizaje como enfermera comunitaria

Los días pasan, uno tras otro, y cada vez conozco y comprendo más de qué se trata realmente mi trabajo como enfermera comunitaria. Por ello, poco a poco, los nervios de los primeros días se desvanecen, junto al miedo y la incertidumbre.

Algunos días me toca hacer analíticas o poner vacunas durante horas. Otros, dedico el tiempo a realizar exámenes de salud a niños de todas las edades, para asegurarme, junto con Miriam, de que están sanos durante todas las etapas de su crecimiento. Hay mañanas en las que, sin previsión alguna, se presentan niños, acompañados por sus padres, con algún tipo de alteración que trabajamos en equipo para solucionar. En otras ocasiones, visitamos domicilios en los que se requieren nuestros cuidados y atención... Y muchas otras cosas que, todavía, voy descubriendo en cada jornada laboral, ya que ningún día es igual que el anterior ni el que está por venir. Porque, por mucho que atienda a la población infantil y a su familia, todas son diferentes entre ellas.

Tres semanas después de mi inicio de contrato, como cada mañana, entro a mi consulta. Miro a mi alrededor como aquel primer día, pero ya ningún rincón de esta se me hace desconocido. Dejo mis cosas en el armario detrás de la mesa y observo la pared, del mismo blanco sucio que percibí aquel día.

Hay un dibujo nuevo pegado sobre ella, junto a una de las ventanas. Está hecho a cuatro manos por Amalia y Alicia, que aparecen en el dibujo junto a dos personas más: Miriam y yo. Sonríe al verlo de nuevo y recordar la ilusión con la que me lo entregaron. Es el primer dibujo que me ha regalado un paciente y no podría ser más especial.

Pienso en ellas y en cómo habrán pasado el fin de semana y el inicio de esta, ya es martes y ayer tuve el día libre, mientras enciendo el ordenador. De pronto, veo una nota firmada por Miriam junto a este:

«He salido a primera hora a casa de los García.

Ven cuanto antes. Hay noticias.»

Haciendo frente a una situación inesperada

Con el corazón desbocado, cojo la mochila que llevamos a las visitas domiciliarias y salgo velozmente de la consulta. Ni siquiera miro la agenda de hoy. No me parece importante teniendo en cuenta lo que intuyo que ha sucedido con Amalia.

Me subo al coche para llegar cuanto antes y conduzco hasta el hogar de la familia García. Cuando mis ojos dan con él, ven una ambulancia parada frente a la puerta. De pronto, las lágrimas comienzan a amenazar con salir. No puede ser que haya sucedido.

La puerta principal se encuentra abierta, por lo que me abalanzo a ella. Por el sonido de las voces, estas provienen de arriba. Estoy segura de que es de la habitación de Amalia, ahí es donde habrá sucedido.

Subo las escaleras a toda velocidad y, cuando atravieso la puerta, la habitación está atestada. En ella se encuentra Miriam, junto a los padres de Amalia y su hermana, y tres personas uniformadas. No consigo ver al motivo de mi preocupación, ya que el gran número de personas me bloquea la visión directa de la habitación.

—¡Carolina! —escucho, de pronto—. ¡Estás aquí!

Pero ninguno de los presentes ha abierto la boca y, en el tono de voz de la persona que ha pronunciado esas palabras, no he escuchado nada más que... alegría.

De pronto, se abre un pasillo que me deja ver a la persona sobre la cama.

Observo a Amalia, como si hubiera visto a un fantasma, levantándose para saludarme. Me acerco, despacio y confundida, pero, sobre todo, aliviada.

—¿Qué está pasando? —pregunto. Recibo a Amalia entre mis brazos mientras noto a Alicia rodeándome por la espalda.

—Se la llevan al hospital —me responde Miriam, con una sonrisa increíblemente brillante—. Hay un ensayo clínico en marcha para el que Amalia cumple el perfil.

—¿No es fantástico? —comenta Alicia.

Me agacho y observo a las dos al mismo tiempo, tan diferentes, pero tan iguales a la vez; tan llenas de amor y de cariño por la otra y por los demás. Las envuelvo entre mis brazos mientras dejo que alguna lágrima deslice por mis mejillas.

—Es genial.

Noto una mano sobre mi hombro y, cuando me giro, tengo a los padres de las gemelas frente a mí.

—Tal vez la esperanza no es tan inexistente después de todo —me dice Ángela. Tomás la estrecha entre sus brazos.

—Tal vez no lo sea —respondo.

Amalia, Alicia, las estrellas fugaces y la esperanza

Miro al oscuro cielo nocturno y pido un deseo antes de que la luz que lo rasga se desvanezca. En tan solo un pestañeo dejo de ver la estrella fugaz que lo ha atravesado.

Por un instante, cuando esto vuelve a suceder, parece que el mundo se cae. Una vez tras otra, el cielo se ilumina y las luces se precipitan hasta que desaparecen.

Las brillantes estrellas colorean el lienzo sobre el que pasan en esta despejada noche de primavera; las nuevas historias a punto de ser contadas desfilan ante nosotras.

Mi hermana gemela, a mi lado frente a la ventana de mi habitación, abre la boca, llena de admiración por las que parpadean con intensidad. Lo hacen con tanta fuerza que la mantienen asombrada.

Noto cómo sus brazos intentan alcanzarme, por lo que me acerco a mi hermana y me refugio en ellos mientras observamos la lluvia de estrellas.

—Te quiero, Alicia.

—Te quiero, Amalia.

Levanto la mirada y la observo y, por primera vez en mucho tiempo, sé que una de esas historias que escriben las estrellas que se encuentran desfilando sobre nosotras es la mía; la nuestra.

Tercer Premio Relatos de la Cátedra de Enfermería familiar y comunitaria

MÁS ALLÁ DE LAS FRONTERAS EN LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Teresa Pozo Rico

Emma y Alexander eran dos jóvenes apasionados por ayudar a los demás. Desde que se conocieron en la universidad, compartieron el deseo de marcar una diferencia en el mundo, especialmente en aquellos lugares donde la atención médica era escasa o inaccesible. Juntos, soñaban con ser enfermeros comunitarios y llevar atención médica y cuidado a comunidades en vías de desarrollo.

Después de años de estudio y preparación, finalmente llegó el día en que Emma y Alexander se embarcaron en su aventura humanitaria. Se trasladaron a Mali, un pequeño país en África, donde las condiciones de vida eran difíciles y la atención médica era limitada. Allí, comenzaron a trabajar en un centro de salud comunitario, brindando asistencia a personas que nunca habían tenido acceso a servicios médicos adecuados.

Los días eran largos y agotadores, pero Emma y Alexander se sentían llenos de gratitud y satisfacción cada vez que podían aliviar el dolor de alguien o salvar una vida. Trabajaban incansablemente, atendiendo a pacientes con diversas necesidades médicas, desde heridas simples hasta enfermedades graves y complicadas.

Un día, mientras recorrían a pie una remota aldea en busca de personas que necesitaran asistencia, se encontraron con una anciana llamada Amina. Amina había estado luchando con una infección en su pierna durante semanas y no había podido recibir tratamiento adecuado. Emma y Alexander la llevaron de regreso al centro de salud y cuidaron de ella con amor y dedicación. A medida que pasaban los días, Amina comenzó a recuperarse y agradecía a los dos jóvenes enfermeros por haberle salvado la vida.

Con el tiempo, Emma y Alexander se convirtieron en figuras queridas en la comunidad. Los niños los saludaban con entusiasmo cuando los veían pasar, y los adultos los respetaban profundamente por su compromiso y compasión. Emma aprendió a hablar el idioma local con fluidez, lo que les permitía comunicarse mejor con los pacientes y brindarles un cuidado más personalizado.

Además de brindar atención médica, Emma y Alexander también se dedicaban a programas de educación sobre salud e higiene en la comunidad. Organizaban talleres sobre nutrición, prevención de enfermedades y métodos de higiene para mejorar la calidad de vida de las personas.

Emma y Alexander no solo se dedicaban a brindar atención médica básica en su labor como enfermeros comunitarios, sino que también se esforzaban por innovar y mejorar las técnicas de enfermería necesarias para abordar problemas de salud específicos en la comunidad. Uno de los temas que les preocupaba especialmente era el riesgo cardiovascular en adultos y la desnutrición en niños.

Un día, durante una de sus sesiones de Educación en Salud, Emma y Alexander presentaron un taller sobre la importancia de la nutrición, incluso con las dificultades reales que imperaban en la aldea para la consecución de alimentos, pero poniendo el énfasis en la utilización eficaz de los recursos y la creación de grupos de ayuda mutua proactiva. Utilizaron gráficos y material educativo especialmente diseñado para la población local, lo que ayudó a los pacientes a comprender mejor su enfermedad y los pasos que podían tomar para mejorar su calidad de vida.

Además, se dieron cuenta de que muchas personas en la comunidad desconocían modos de prevenir la desnutrición, aprovechando los recursos reales del entorno. Decidieron, entonces, adaptar y personalizar programas de autocuidado para cada paciente, brindándoles un enfoque más individualizado y efectivo para el manejo de su condición.

Estos dos jóvenes enfermeros comunitarios también comprendían la importancia de abordar las desigualdades en la salud de las comunidades, especialmente en el contexto del medio rural en el que trabajaban. El territorio en el que se encontraban desencadenaba diversas condiciones de desigualdad que afectaban la situación de salud de las personas que vivían allí. Por esta razón, se propusieron elaborar y registrar proyectos y planes de cuidados específicos que se adaptaran a las necesidades particulares de cada comunidad.

En una de sus visitas a la aldea remota de Koribondo, se dieron cuenta de que existía un fuerte vínculo entre las personas integrantes de la comunidad, y que este apoyo mutuo era un activo valioso para la salud de todos. Decidieron fomentar y difundir la identificación de estos activos para la salud, lo que permitiría fortalecer la comunidad y mejorar su bienestar general.

"El territorio como parte de los ejes de desigualdad condiciona la situación de salud de las comunidades", explicaba Emma durante una reunión con los líderes comunitarios. "Por eso, es crucial que trabajemos juntos para elaborar proyectos y planes de cuidados que se ajusten a las necesidades específicas de cada lugar y de cada persona".

Alexander asentía y añadía: "En el medio rural, la unión entre las personas es un recurso valioso que debemos potenciar. Fomentar el registro y la difusión de los activos para la salud en la comunidad nos ayudará a fortalecer ese vínculo y a promover la salud y el bienestar de todos".

Después de días de arduo trabajo en la comunidad remota de Koribondo, Emma y Alexander se reunieron con otros colegas en una pequeña sala de la clínica. Allí, se encontraron con un equipo de gestión que había llegado para realizar una capacitación sobre modelos de gestión en atención de la salud.

El líder del equipo de gestión comenzó la presentación hablando sobre diferentes enfoques de gestión, entre ellos, la gestión humanizada y el profesionalcentrismo. Describió cómo cada enfoque se centraba en aspectos diferentes de la organización y su funcionamiento.

Emma se interesó especialmente en la gestión humanizada, que se enfocaba en el bienestar de todos los miembros de la organización, tanto empleados como clientes o usuarios. Le pareció fascinante la filosofía detrás de este enfoque, que sostenía que el éxito de la organización dependía de la felicidad y satisfacción de las personas que la conformaban.

Por su parte, Alexander encontró atractivo el enfoque del profesionalcentrismo, que ponía un énfasis especial en el papel de los enfermeros en el éxito de la organización. Le pareció que este enfoque reconocía la importancia de los enfermeros como agentes de cambio en el campo de la atención de la salud.

A medida que las estrategias que habían diseñado se iban implementando, Emma y Alexander notaron cómo los principios de la gestión humanizada y el profesionalcentrismo se entrelazaban con la forma en que ellos abordaban su trabajo como enfermeros comunitarios. Ambos se esforzaban por ofrecer una atención personalizada y centrada en el usuario, al tiempo que trabajaban en su propio desarrollo profesional y en el de sus compañeros de equipo.

Después de varios meses viviendo en la comunidad de Koribondo, nuestros jóvenes enfermeros se estaban familiarizando profundamente con la realidad sociodemográfica de la comunidad. Emma y Alexander llevaban varios meses trabajando y cada día descubrían nuevos retos y oportunidades para mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

En el transcurso de su experiencia, ambos se dieron cuenta de la estrecha relación entre las variables sociodemográficas y la calidad de vida de la comunidad. Observaron que las condiciones de salud física y mental eran precarias, las relaciones sociales eran esenciales pero frágiles, y el medio ambiente necesitaba una mayor atención y cuidado.

Una tarde, mientras reflexionaban sobre cómo podrían abordar estos aspectos fundamentales, Emma y Alexander tuvieron una revelación. Así que decidieron crear un Grupo de Ayuda Mutua que se enfocara en innovar las técnicas de enfermería necesarias para el riesgo cardiovascular. Con esta iniciativa, esperaban marcar una diferencia significativa en la salud y bienestar de la comunidad.

La noticia del proyecto se difundió rápidamente por Koribondo, y tanto los líderes de la comunidad como sus habitantes, mostraron un gran interés en participar. Emma y Alexander organizaron una reunión en el centro de la aldea, donde explicaron con entusiasmo el propósito del Grupo de Ayuda Mutua y cómo cada uno podía contribuir a la construcción de un futuro más saludable y próspero para todos.

En primer lugar, se enfocaron en la salud física. Crearon un pequeño centro de salud con la colaboración de voluntarios locales y algunos recursos que lograron recaudar. Ofrecieron talleres sobre higiene y nutrición, y capacitaron a algunos miembros de la comunidad para brindar atención básica a los enfermos y heridos. Además, organizaron jornadas de vacunación y promovieron la importancia de llevar un estilo de vida activo y saludable, incluso a pesar de las dificultades propias del contexto y de la falta de recursos.

La salud psicológica también se convirtió en una prioridad. Con la ayuda de profesionales de la salud mental, Emma y Alexander llevaron a cabo sesiones de terapia grupal para abordar el estrés, la ansiedad y otras dificultades emocionales que afectaban a algunos miembros de la comunidad. Fomentaron la comunicación abierta y el apoyo entre vecinos, creando un espacio seguro para compartir y escuchar.

En cuanto a las relaciones sociales, se organizaron encuentros regulares entre los habitantes de Koribondo para fortalecer los lazos comunitarios. Celebraron festivales y eventos culturales, promoviendo el respeto y la comprensión mutua. Además, establecieron programas de mentoría para que los jóvenes pudieran aprender de los mayores y viceversa.

El medio ambiente no quedó fuera de la ecuación. Con la participación de todos, llevaron a cabo campañas de potabilización del agua y su distribución equitativa entre los habitantes. También implementaron prácticas sostenibles, como la agricultura orgánica y el cuidado responsable de los recursos naturales.

Con el paso del tiempo, el Grupo de Ayuda Mutua se convirtió en un pilar fundamental para la comunidad de Koribondo. Los habitantes se sintieron más unidos, y el bienestar general mejoró notablemente. Emma y Alexander se sintieron satisfechos al ver cómo su esfuerzo y dedicación estaban imprimiendo una huella significativa en la calidad de vida de los habitantes de Koribondo.

Junto con la comunidad, continuaron trabajando para alcanzar metas más ambiciosas, como disminuir el riesgo de desnutrición en los más pequeños. Implementaron programas de educación sobre la enfermedad y promovieron el acceso a servicios sanitarios de calidad. Gracias a su perseverancia y empatía, lograron inspirar a otros profesionales de la salud a unirse al proyecto, lo que permitió ampliar la atención y alcanzar más metas en beneficio de la comunidad.

Con el Grupo de Ayuda Mutua como ejemplo de cooperación y solidaridad, la aldea de Koribondo se convirtió en un lugar donde cada habitante podía sentirse parte de un colectivo que se preocupaba por el bienestar de todos. Emma y Alexander encontraron en esta experiencia una nueva faceta de la enfermería comunitaria, una que iba más allá de la atención médica y se centraba en la construcción de una sociedad más saludable, fuerte y unida. El territorio como parte de los ejes de desigualdad ya no fue un obstáculo, sino un reto que era asumido y transformado para fortalecer la comunidad y mejorar la vida de sus habitantes, quienes reconocieron la importancia de sus activos para la salud y el bienestar de todos.

Emma y Alexander estaban emocionados y llenos de gratitud al ver cómo su trabajo en la aldea de Koribondo estaba dando frutos significativos. Juntos, habían dedicado meses de esfuerzo, empatía y dedicación para mejorar la calidad de vida de esta comunidad en vías de desarrollo. Con pasión y determinación, llevaron a cabo todas las medidas que habían ideado, enfocándose en la promoción de la salud física y psicológica, el fortalecimiento de las relaciones sociales y la protección del medio ambiente.

Con el paso del tiempo, Emma y Alexander notaron un cambio notable en la comunidad de Koribondo. Los miembros estaban más comprometidos con su bienestar y habían adoptado prácticas más saludables en su vida diaria. La desnutrición infantil, que solía ser una preocupación constante, había disminuido significativamente, gracias a las iniciativas implementadas para mejorar la nutrición y la alimentación en la comunidad.

Impresionados por los resultados obtenidos, Emma y Alexander decidieron llevar a cabo un estudio para documentar el impacto positivo de su programa en la calidad de vida de la comunidad. Juntos, diseñaron un experimento en el que compararon dos grupos: uno en la aldea de Koribondo, donde se habían implementado todas las medidas descritas, y otro en la aldea vecina de Usaron, donde aún no se habían adoptado estas iniciativas.

Los dos enfermeros se sumergieron en la recopilación de datos, entrevistando a los miembros de ambas comunidades y utilizando cuestionarios estandarizados para medir la percepción de la calidad de vida en cada grupo. También llevaron a cabo exámenes médicos y análisis estadísticos para evaluar las diferencias en la prevalencia de enfermedades y la salud física de los habitantes.

Después de meses de trabajo, finalmente tuvieron los resultados del estudio en sus manos. Para su sorpresa y alegría, la prueba de t de Student mostró que inicialmente no había diferencias significativas entre los grupos en la percepción de la calidad de vida. Esto significaba que ambos grupos estaban en un nivel similar antes de que Emma y Alexander comenzaran su labor en Koribondo.

La prueba de Levene también les dio buenas noticias, ya que demostró que la varianza de las mediciones en ambos grupos era similar, lo que garantizaba que el diseño experimental fuera válido y confiable.

Finalmente, la prueba de ANOVA/MANOVA les brindó resultados excepcionales. Se observó un aumento significativo en la calidad de vida percibida por los miembros de la comunidad de Koribondo. Los habitantes de esta aldea se sentían más felices, saludables y satisfechos con su vida, gracias a las intervenciones llevadas a cabo por Emma y Alexander.

Además, el análisis estadístico demostró una disminución real y empírica en la prevalencia de enfermedades en Koribondo, especialmente en lo que respecta a la lucha contra la desnutrición infantil. Los esfuerzos para mejorar la nutrición y la alimentación habían dado resultados notables, y los niños ahora estaban más fuertes y sanos que nunca.

Emma y Alexander estaban abrumados de alegría y emoción al ver que su trabajo había sido reconocido por la comunidad científica. Juntos, redactaron un artículo para una revista especializada en salud pública y desarrollo comunitario, compartiendo los detalles de su experiencia y los resultados obtenidos.

La publicación de su artículo fue recibida con entusiasmo y aplausos, ya que representaba una contribución significativa al campo de la salud comunitaria. Emma y Alexander se sintieron honrados de poder compartir su conocimiento y experiencia con otros profesionales y así inspirar a más personas a dedicarse a la labor de enfermeros comunitarios en países en vías de desarrollo.

Desde ese momento, Emma y Alexander continuaron su trabajo con la misma pasión y dedicación en Koribondo y en otras comunidades necesitadas. Sabían que su labor era un paso importante para lograr un cambio positivo y sostenible en la vida de las personas y que, a través de su compromiso y amor por su trabajo, podían marcar una diferencia significativa en el mundo.

Así, juntos, Emma y Alexander se convirtieron en un ejemplo de cómo la enfermería comunitaria podía generar un impacto positivo y transformador en las vidas de las personas y las comunidades más vulnerables. Su labor continuó siendo una fuente de inspiración para

muchos, y su legado perduró en la aldea de Koribondo y más allá, como un recordatorio del poder del cuidado, la empatía y la dedicación en el camino hacia un mundo más saludable y equitativo.

Un día, mientras estaban en el centro de salud, recibieron la noticia de que había llegado un cargamento de suministros médicos y medicamentos donados por una organización internacional. Emma y Alexander no podían contener su emoción y gratitud. Los suministros ayudarían a mejorar enormemente la calidad de la atención médica que podían brindar a sus pacientes.

En los meses que siguieron, Emma y Alexander continuaron trabajando incansablemente para brindar atención médica y cuidado a quienes más lo necesitaban. Cada día, se levantaban con un corazón lleno de gratitud y dedicación a su labor humanitaria.

Su historia se convirtió en una inspiración para muchas personas, y su dedicación y amor por la comunidad en la que trabajaban se extendieron como un mensaje de esperanza y compasión.

Emma y Alexander encontraron su propósito en la vida y se dieron cuenta de que, a través de su trabajo como enfermeros comunitarios, habían encontrado el sentido más profundo de la conexión humana y el significado de la vida misma. Juntos, continuaron dedicándose a hacer del mundo un lugar mejor, un acto de amor que trascendía fronteras y culturas, y que dejaba una huella imborrable en el corazón de cada persona a la que habían tocado con su cariño y cuidado.

FIN



Enferteca
grupo paradigma



La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferteca?

Enferteca es la mayor plataforma digital de contenidos especializados en Enfermería, cuyo objetivo es hacer llegar a todos los profesionales del sector información completa, actualizada y de calidad para su día a día.

¿Qué materiales contiene?

- Más de 150 libros especializados
- Revistas
- Buscador inteligente Encuentra@
- Videoteca
- Imágenes
- Infografías

¿Qué ventajas aporta?

1. **Contenidos 360°:** podrás consultar todos los contenidos o aclarar cualquier concepto en tu día a día.
2. **Calidad:** todos los contenidos ofrecidos son del más alto nivel y han sido elaborados por autores de prestigio enfermero en España.
3. **Actualidad:** todos nuestros materiales se encuentran en continuo proceso de revisión y actualización, buscando ofrecer siempre las últimas novedades de aplicación práctica en Enfermería.
4. **Accesibilidad:** accede en cualquier momento y desde cualquier lugar, de manera ágil y rápida, a través de cualquier dispositivo con conexión a internet.



enferteca.com



grupo
paradigma

Soluciones para el mundo enfermero