

Investigación de enfermería en las diferentes etapas de la vida

Investigación de enfermería en las diferentes etapas de la vida / Nohemí Selene Alarcón Luna, Yari Rodríguez Santamaría, Liliana Leticia Juárez Medina, coordinadores. — Cd. Victoria, Tamaulipas : Universidad Autónoma de Tamaulipas ; Ciudad de México : Colofón, 2020.

106 páginas ; 17 x 23 cm

1. Nutrición. 2. Diabetes -- Tratamiento. 3. Infecciones por VIH 4. Enfermería de salud pública

LC: RA422.5

DEWEY: 614.4

Consejo de Publicaciones UAT

Tel. (52) 834 3181-800 • extensión: 2948 • www.uat.edu.mx

Centro Universitario Victoria

Centro de Gestión del Conocimiento. Tercer Piso

Cd. Victoria, Tamaulipas, México. C.P. 87149

consejopublicacionesuat@outlook.com



Fomento Editorial Una edición del Departamento de Fomento Editorial de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

D. R. © 2020 Universidad Autónoma de Tamaulipas

Matamoros SN, Zona Centro Ciudad Victoria, Tamaulipas C.P. 87000

Edificio Administrativo, planta baja, CU Victoria

Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Libro aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT

ISBN UAT: 978-607-8750-18-4

Colofón S.A. de C.V.

Franz Hals núm. 130, Alfonso XIII

Delegación Álvaro Obregón C.P. 01460, Ciudad de México

www.colofonlibros.com • colofonedicionesacademicas@gmail.com

ISBN Colofón : 978-607-635-188-8

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra incluido el diseño tipográfico y de portada, sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento por escrito del Consejo de Publicaciones UAT.

Impreso en México • *Printed in Mexico*

El tiraje consta de 350 ejemplares

Publicación financiada con recurso PROFEXCE 2020

Este libro fue dictaminado y aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT mediante dos especialistas en la materia pertenecientes al SNI. Asimismo fue recibido por el Comité Interno de Selección de Obras de Colofón Ediciones Académicas para su valoración en la sesión del primer semestre 2020, se sometió al sistema de dictaminación a “doble ciego” por especialistas en la materia, el resultado de ambos dictámenes fue positivo.

"PARA CREAR COSAS BUENAS
PRIMERO HAY QUE CREER
EN ELAS"



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
TAMAULIPAS
—1950-2020—

Investigación de enfermería en las diferentes etapas de la vida

Nohemí Selene Alarcón Luna
Yari Rodríguez Santamaría
Liliana Leticia Juárez Medina

Coordinadoras



UAT



Fomento
Editorial





Ing. José Andrés Suárez Fernández
PRESIDENTE

Dr. Julio Martínez Burnes
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Manuel Cappello Y García
SECRETARIO TÉCNICO

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos
VOCAL

Dra. Rosa Issel Acosta González
VOCAL

Lic. Víctor Hugo Guerra García
VOCAL

Consejo Editorial del Consejo de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dra. Lourdes Arizpe Slogher • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Amalio Blanco** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dra. Rosalba Casas Guerrero** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Francisco Díaz Bretones** • Universidad de Granada, España | **Dr. Rolando Díaz Lowing** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Manuel Fernández Ríos** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dr. Manuel Fernández Navarro** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dra. Juana Juárez Romero** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dr. Manuel Marín Sánchez** • Universidad de Sevilla, España | **Dr. Cervando Martínez** • University of Texas at San Antonio, E.U.A. | **Dr. Darío Páez** • Universidad del País Vasco, España | **Dra. María Cristina Puga Espinosa** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Luis Arturo Rivas Tovar** • Instituto Politécnico Nacional, México | **Dr. Aroldo Rodríguez** • University of California at Fresno, E.U.A. | **Dr. José Manuel Valenzuela Arce** • Colegio de la Frontera Norte, México | **Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. José Manuel Sabucedo Cameselle** • Universidad de Santiago de Compostela, España | **Dr. Alessandro Soares da Silva** • Universidad de São Paulo, Brasil | **Dr. Akexandre Dorna** • Universidad de CAEN, Francia | **Dr. Ismael Vidales Delgado** • Universidad Regiomontana, México | **Dr. José Francisco Zúñiga García** • Universidad de Granada, España | **Dr. Bernardo Jiménez** • Universidad de Guadalajara, México | **Dr. Juan Enrique Marcano Medina** • Universidad de Puerto Rico-Humacao | **Dra. Ursula Oswald** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Arq. Carlos Mario Yori** • Universidad Nacional de Colombia | **Arq. Walter Debenedetti** • Universidad de Patrimonio, Colonia, Uruguay | **Dr. Andrés Piqueras** • Universitat Jaume I, Valencia, España | **Dr. Yolanda Troyano Rodríguez** • Universidad de Sevilla, España | **Dra. María Lucero Guzmán Jiménez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dra. Patricia González Aldea** • Universidad Carlos III de Madrid, España | **Dr. Marcelo Urrea** • Revista Latinoamericana de Psicología Social | **Dr. Rubén Ardila** • Universidad Nacional de Colombia | **Dr. Jorge Gissi** • Pontificia Universidad Católica de Chile | **Dr. Julio F. Villegas** • Universidad Diego Portales, Chile | **Ángel Bonifaz Ezeta** • Universidad Nacional Autónoma de México

Índice

PRÓLOGO	9
CAPÍTULO I. HÁBITOS ALIMENTICIOS E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES	15
CAPÍTULO II. DIFERENCIAS EN LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN MUJERES DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD EN MÉXICO	21
CAPÍTULO III. TIPO Y FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2	27
CAPÍTULO IV. ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN MUJERES ADULTAS MAYORES	35
CAPÍTULO V. ACCIONES DE AUTOCUIDADO Y ANGUSTIA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2	45
CAPÍTULO VI. AUTOEFICACIA EN EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN INDÍGENAS MIXTECOS	53
CAPÍTULO VII. FACTORES PSICOSOCIALES Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: REVISIÓN SISTEMÁTICA	61
CAPÍTULO VIII. CONOCIMIENTO, TOMA DE DECISIONES, ACEPTACIÓN, AUTOMANEJO DE LA ENFERMEDAD Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	69
CAPÍTULO IX. CONOCIMIENTO SOBRE VIH Y AUTOEFICACIA EN EL USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO	77
CAPÍTULO X. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CLÍNICA HOSPITAL EN CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS	83
CAPÍTULO XI. CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH Y EL USO DEL CONDÓN EN MUJERES TRABAJADORAS DE MAQUILADORA	89
CAPÍTULO XII. CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES	97

Prólogo

El presente libro representa el esfuerzo de trabajo colaborativo de investigación de profesores de la Universidad Autónoma de Tamaulipas de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros y la Facultad de Enfermería Victoria; así como la participación de investigadores de las Facultades de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de Baja California y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Los aportes que se presentan en esta edición, abordan las diferentes etapas de la vida, desde la gestación hasta la etapa final de la existencia, en donde la intervención de enfermería es trascendental en la prevención, control y seguimiento de diversos padecimientos y fenómenos sociales que afectan actualmente a la sociedad, y de los resultados que se presentan pueden derivarse nuevos estudios y también ser soporte teórico para el desarrollo de investigaciones y sustento para el desarrollo de intervenciones de enfermería.

En los trece capítulos de esta obra se abordan fenómenos de interés de la disciplina de la Enfermería como las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); factores determinantes que influyen como la alimentación, los estilos de vida, las acciones de autocuidado, adherencia terapéutica, el conocimiento y el apoyo familiar en el automanejo de estos padecimientos. Así mismo se consideran los hábitos alimenticios e índice de masa corporal en escolares, la ganancia de peso en el periodo gestacional, el estilo de vida saludable en mujeres adultas mayores, el conocimiento sobre VIH y la autoeficacia del uso del condón en migrantes y en mujeres trabajadoras de maquiladoras y la capacidad de afrontamiento y adaptación y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes.

Las ECNT son la principal causa de muerte en el mundo y:

[...] han alcanzado proporciones epidémicas con múltiples consecuencias para la salud y la vida de las personas, como son: discapacidad, años de vida productivos perdidos y [pérdida] de vidas humanas. Las ECNT representan una crisis en la vida personal más allá de la adaptación de la enfermedad, porque interfieren en el funcionamiento personal y social, y son estresantes para el paciente, familia y amigos, [además de requerir] entrenamiento y motivación del paciente y su familia para su tratamiento, [control] y [autocuidado] (García, Casanova y Raymond, 2020).

La alimentación es el pilar fundamental en el tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 -DMT2- ya que muchos pacientes pueden controlar la enfermedad exclusivamente con la alimentación; la nutrición es importante para el control

glicémico y en “cuanto al aporte energético para mantenimiento del peso deseable, como equilibrada en nutrientes para evitar excesos, así como la correcta planificación” (Urban, 2015).

La diabetes tipo 2 se asocia a un incremento de riesgo de determinadas comorbilidades como la ansiedad, depresión y otras enfermedades mentales que empeoran el pronóstico (Pereira et al., 2009). La angustia desencadena reacciones negativas por las preocupaciones específicas de un individuo al tener que manejar una enfermedad crónica severa, complicada y exigente como la diabetes; esto debido a las demandas de manejo y la progresión de la enfermedad, afectando así el cumplimiento de las prácticas de autocuidado (Polonsky et al., 2005). El apoyo social en el paciente que padece DMT2 tiene un efecto positivo en el automanejo de la enfermedad y se relaciona con mejores niveles de hemoglobina glucosilada en el individuo (Strom & Egede, 2012).

Otra de las ECNT denominada la asesina silenciosa, es la hipertensión arterial -HTA-, debido a que su presencia se percibe cuando es demasiado tarde y se inicia con complicaciones agudas. El consumo excesivo de sal y grasa, el sedentarismo y falta de actividad física, además de factores metabólicos y genéticos, son la causa predisponente para el desarrollo de la HTA (OMS, 2013). Sin embargo, las buenas prácticas de autocuidado y el conocimiento en el manejo de la enfermedad pueden mejorar la calidad de vida del individuo.

El virus de la inmunodeficiencia humana -VIH- es un problema grave de salud pública por sus consecuencias físicas, sociales y culturales (ONUSIDA, 2018), el bajo conocimiento sobre medidas de prevención como el uso correcto e inconsistente del condón (ONUSIDA, 2015), el elevado número de parejas sexuales y otros factores, son causas que predisponen al desarrollo de este padecimiento, por lo que en esta edición se aborda esta problemática sobre nivel de conocimiento del uso del condón que tienen las mujeres y los migrantes.

El incremento de peso durante la gestación es un proceso fisiológico, y es un factor importante para el desarrollo del producto y la buena salud de la madre; sin embargo, un aumento desproporcionado o deficiente puede causar complicaciones maternas y fetales. Las mujeres que aumentan de peso en forma excesiva corren un mayor riesgo de pre eclampsia y diabetes gestacional (Wei et al., 2016), la ganancia de peso general durante el embarazo está muy influenciado por una serie de factores biológicos, metabólicos y sociales, que incluyen el índice de masa corporal -IMC- antes del embarazo, la paridad, la edad materna, el tabaquismo y el nivel educativo, la alimentación saludable, la actividad física y el asesoramiento adecuado de las madres sobre el aumento de peso durante el embarazo (Asefa & Nemomsa, 2016). La identificación de las condicionantes maternas de la ganancia de peso es punto

de partida para el desarrollo de intervenciones para contribuir en la mejora de la salud materna.

Los hábitos alimenticios son comportamientos propios de cada individuo, la familia tiene gran influencia en la selección de los alimentos y conductas relacionadas; y es en la etapa escolar cuando se adquieren estos hábitos que definirán su estilo de vida. La alimentación y la nutrición son procesos que influyen en los aspectos biológicos, ambientales y socioculturales en la infancia, ya que contribuyen a un desarrollo y crecimiento óptimo. Por lo tanto, es necesario que los niños ingieran alimentos saludables durante esta etapa; sin embargo, para ello es necesario considerar factores de tipo fisiológico, social y familiar ya que éstos ayudan y tienen fuerte influencia en los patrones de alimentación (Macías, Gordillo & Camacho, 2016). La promoción de una alimentación adecuada por enfermería puede influir para evitar los malos hábitos alimenticios, por lo que identificando la relación de estos hábitos con el índice de masa corporal en escolares puede derivar en el desarrollo de programas educativos de enfermería que promuevan un estilo de vida saludable.

“El envejecimiento constituye un triunfo de la vida, en el que las personas que viven en mejores condiciones de salud pueden arribar a edades avanzadas” (Rodríguez et al., 2015), los adultos mayores que son activos físicamente se mantienen saludables por más tiempo en comparación con los que son sedentarios (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). La identificación de los estilos de vida de mujeres adultas mayores, es la oportunidad de dar continuidad a los programas nacionales de fomento a la salud por medio de la implementación de grupos de ayuda como estrategia de cuidado y seguimiento enfocados a sus necesidades.

En el último capítulo, se aborda el afrontamiento y adaptación del adolescente con respecto al consumo de alcohol, la adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo humano en donde ocurren cambios psicológicos, biológicos y sociales, en esta etapa también se desarrollan intensas conductas de riesgo como el consumo de alcohol (Rosbal, Romero, Gaquin & Hernández, 2015); situación que conlleva a la modificación de sus capacidades físicas, mentales y conductuales; y su abuso conlleva a un potencial daño a corto y largo plazo, así como consecuencias negativas psicológicas y sociales en la vida de los consumidores y sus familias (Rodríguez, Echeverría, Martínez & Morales, 2017).

La diversificación de temas recabados en esta edición puede ser del interés para maestros y estudiantes del área de la salud, por lo que se les invita a hacer una lectura y análisis completo de la presente edición, en donde encontrará bibliografía actualizada y reflexiones que pueden ser punto de partida para orientar proyectos de investigación en enfermería.

Dra. Nohemí Selene Alarcón Luna
Profesora y Directora de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo
Universidad Autónoma de Tamaulipas

Referencias

- Asefa, F., & Nemomsa, D. (2016). "Gestational weight gain and its associated factors in Harari Regional State: Institution based cross-sectional study, Eastern Ethiopia". *Reproductive Health*, 13(1), 101. DOI:10.1186/s12978-016-0225-x
- García, Y., Casanova, D., y Raymond, G. (2020). *Estrés, apoyo social y representación de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532020000100009
- Macías, A. I., Gordillo, L. G. & Camacho, E. J. (2016). "Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud". *Revista Chilena de Nutrición*, 39(3), 40-43.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). "Información general sobre la hipertensión en el mundo". Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?jsessionid=8AC72E8C3C4E1AC312B2C05131B99003?sequence=1
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A., (2015). *Health promotion in Nursing Practice* (7th edition), p. 93, 242. New Jersey, Pearson Education, Inc.
- Pereira, M., Neves, C., Pereira, J. P., Carqueja, E., Alves, M., Carvalho, D., Coelho, R., & Medina, J. L. (2009). "Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad". *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 77-82.
- Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J., ... & Jackson, R. A. (2005). "Assessing psychosocial stress in diabetes: Development of the Diabetes Distress Scale". *Diabetes Care*, 28(3), 626- 631. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA] (2018). "Aids info" [base de datos en línea]. Disponible en: <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx>. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA] (2015). Aids info [base de datos en línea]. Disponible en: <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx>. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf
- Rodríguez, A., Collazo, M., Álvarez L, Calero J., Castañeda I. & Gálvez, A. (2015). "Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos". *Revista Cubana de Salud Pública*; 41(3): 401-412. Rosbal, G. E., Romero, M. N., Gaquin, R. y Hernández, M. R. A. (2015). "Conductas de Riesgo en los adolescentes". *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44 (2), 218-229
- Rodríguez, D. C. A., Echeverría, S. V. L., Martínez, M. K. I. y Morales, C. S. (2017). "Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico". *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 03(01), 16-27.

- Rosbal, G. E., Romero, M. N., Gaquin, R. y Hernández, M. R. A. (2015). “Conductas de Riesgo en los adolescentes”. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44 (2), 218-229
- Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012). “The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review”. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 769–781. <http://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>
- Urbán-Reyes, B. R., Coaghlan-López, J.J., & Castañeda-Sánchez, O. (2015). “Estilo de vida y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención”. *Atención Familiar* 22(3); 68-71. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30054-2](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30054-2)
- Wei, Y. M., Yang, H. X., Zhu, W. W., Liu, X. Y., Meng, W. Y., Wang, Y. Q., ... & Sun, Y. (2016). “Risk of adverse pregnancy outcomes stratified for pre-pregnancy body mass index. [Riesgos de resultados adversos del embarazo estratificados por el índice de masa corporal previo al embarazo]”. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(13), 2205-2209.

Capítulo I. Hábitos alimenticios e índice de masa corporal en escolares

MCE. Martha Lúa Zúñiga Vargas

Dr. Francisco Cadena Santos

Mtra. Patricia Marisol Márquez Vargas

Introducción

Los hábitos alimenticios en niños escolares juegan un papel primordial en la relación que tienen sobre la tendencia de mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (Coromoto, Pérez, Herrera & Hernández, 2015). La alimentación y la nutrición son procesos que influyen en los aspectos biológicos, ambientales y socioculturales en la infancia, ya que contribuyen a un desarrollo y crecimiento óptimo. Por lo tanto, es necesario que los niños ingieran alimentos saludables durante esta etapa; para ello es necesario considerar factores de tipo fisiológico, social y familiar ya que éstos ayudan y tienen fuerte influencia en los patrones de alimentación (Macías, Gordillo & Camacho, 2016).

Los hábitos alimenticios son manifestaciones recurrentes de comportamientos de cada individuo respecto a lo que deciden ingerir: cuándo, cómo, qué y con qué se consume cualquier tipo de alimento. La edad escolar entre los 6 y 12 años es una etapa en la cual se adquieren hábitos alimenticios que definirán su estilo de vida (Alino, Navarro, López & Pérez, 2017). La familia tiene gran influencia en la elección de sus alimentos y conductas relacionadas, ya que es ahí donde se inicia la alimentación (Moreno & Galiano, 2016). Los hábitos alimenticios son influidos por las prácticas socioculturales (Moreira & Cuadrado, 2017; Macías, Gordillo & Camacho, 2018). Los hábitos alimenticios permiten combinar conocimientos y actitudes saludables que promueven en los escolares un estilo de vida saludable (Fernández, 2017).

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por una cantidad anormal o excesiva acumulación de grasa interior que puede ser muy dañina para la salud del escolar. La manera más sencilla de medir el sobrepeso y obesidad es mediante el índice de masa corporal -IMC- que mide la grasa corporal de la persona para saber conocer si el peso está en un rango normal o con alguna desviación.

A nivel mundial el sobrepeso y la obesidad tienen mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En todo el mundo, excluyendo algunas partes de África subsahariana y Asia, hay más escolares con problemas de sobrepeso y obesidad que con peso menor al normal [Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2016)]. El sobrepeso y la obesidad son causados principalmente por un mal equilibrio del gasto de energía relacionado con la ingesta de calorías y por la falta de buenos hábitos alimenticios; además, existe un aumento en la ingesta de comida

rica en grasa y sedentarismo. Lo anterior se relaciona con cambios ambientales y sociales como la agricultura, el medio ambiente y la educación, entre otros, que influyen en la alimentación y que puede afectar y conllevar al sobrepeso y obesidad (OMS, 2016).

A nivel mundial se observa la prevalencia de sobrepeso y obesidad en 3 de cada 10 niños 33%, de 5 a 12 años, esto es equivalente a más de 4.1 millones de escolares, donde el Estado de México se encuentra en primer lugar en obesidad a nivel mundial seguido de Estados Unidos [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (Unicef México, 2019)]. En México, el sobrepeso y la obesidad en niños se han incrementado ya que de 1999 a 2006, hubo un aumento de 17% a 25.9% en niños y de 20.2% a 26.8% en niñas. “El sobrepeso y la obesidad se detectaron en 43% de la población escolar; la obesidad en hombres fue 12% más frecuente que en mujeres”. En el estado de Tamaulipas se detectó que el 38.9% de niños padecen obesidad de acuerdo con la Encuesta Nacional De Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018).

En la actualidad los escolares tienen la facilidad de ingerir alimentos poco saludables, sin embargo, existen pocos estudios que aborden a las variables de interés por lo que se considera que existe un vacío del conocimiento (Nava, B. et al., 2017). Los hábitos alimenticios de los niños en etapa escolar deben ser supervisados, ya que por no llevar una dieta saludable están en riesgo de desarrollar diversas enfermedades entre ellas obesidad, sobrepeso, hipertensión y diabetes tipo 2.

Una de las principales funciones del profesional de enfermería es dar información y educación sobre los factores de riesgo como el consumo de alimentos inadecuados y el sedentarismo. La promoción de una alimentación adecuada por enfermería puede influir para evitar los malos hábitos alimenticios, con lo que se puede disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas. Por tal motivo, el objetivo general de la investigación fue identificar la relación entre los hábitos alimenticios y el IMC en niños escolares, de Nuevo Laredo, Tamaulipas.

Metodología

Estudio transversal, descriptivo y correlacional, población de 200 escolares, de quinto y sexto grado, de 9 a 12 años, de ambos sexos, pertenecientes a una escuela primaria de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El muestreo fue probabilístico, seleccionados al azar de la lista de asistencia mediante el programa Microsoft Excel, en caso de no estar presente el estudiante seleccionado se tomó el siguiente estudiante de la lista. La muestra fue de 95 escolares y se calculó para un 95% de nivel de confianza, un límite de error muestral de 0.05, una desviación estándar de 0.5 y una tasa de no respuesta del 5%.

Se utilizó la cédula de datos sociodemográficos, para obtener la información sobre el escolar como su edad, escolaridad, sexo, peso, talla e IMC, que divide el peso (kg) entre la altura, siempre en metros al cuadrado; en los niños se utilizan los percentiles.

También se utilizó el cuestionario de Actitudes ante la Alimentación Infantil (ChEAT), que fue desarrollado por Maloney et al., (1988) y adaptado por Gracia et al., (2008). La escala tiene como objetivo evaluar actitudes y conductas alimentarias en niños. El cuestionario está compuesto por 26 reactivos y las opciones de respuesta están estructuradas bajo una escala de tipo Likert donde, 1=Siempre, 2=Casi siempre, 3=Muchas veces, 4=Algunas veces 5=Casi nunca, 6=Nunca. El puntaje mínimo es de 26 y el máximo de 156 donde a mayor puntaje indica una actitud de alimentación favorable. El Alfa de Cronbach del cuestionario fue de 0.80.

Para llevar a cabo la investigación se contó con la autorización por escrito de las autoridades de la institución educativa. Así mismo se solicitaron las listas de los grupos de los alumnos de quinto y sexto grado de primaria para realizar la selección de los estratos por medio de números aleatorios en la hoja de cálculo de Microsoft Excel. Se reunió a los escolares, se explicó de manera clara y sencilla los objetivos de la investigación, instrumentos de recolección y el tiempo que se requiere para contestar los cuestionarios. Se le entregó al escolar el consentimiento informado del padre o tutor para que fuera firmado por sus padres para la autorización de participación de su hijo, al día siguiente se respondieron los cuestionarios. Los aspectos éticos estuvieron apegados a lo establecido a la Ley General de Salud, en materia de investigación. El análisis de los datos se hizo con el paquete estadístico SPSS versión 24.

Resultados

Sobre las variables sociodemográficos se encontró que predominó el sexo masculino con un 54.7%. La media de edad fue de 10.3 años (DE= 0.68). El 65.3% tenía entre 9 y 10 años. El 57.9% fueron de 5to grado, el 66.3% practicaba algún deporte como: fútbol, básquetbol, vóleibol y ballet. La media del IMC fue de 20 (DE= 3.26).

En el análisis sobre la relación entre los hábitos alimenticios y el IMC se obtuvo una correlación no significativa ($r = -.101$, $p = .332$).

Para el análisis de hábitos alimenticios se utilizó la Prueba *U* de Mann-Whitney donde los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($U = 740.500$, $p = .027$), donde los escolares de 11 a 12 años presentaron medias más altas ($M = 67.83$) de hábitos alimenticios saludables en comparación con los de 9 a 10 años ($M = 61.86$). Para el análisis de los hábitos alimenticios por sexo, se utilizó la Prueba *U* de Mann-Whitney, donde los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas ($U =$

1046.500, $p = .593$). Además, las niñas obtuvieron medias más altas ($M = 64.93$) de hábitos alimenticios saludables en comparación con los niños ($M = 62.74$).

Para el análisis de los hábitos alimenticios por sexo, se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney, donde los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas ($U = 1046.500$, $p = .593$). Además, las niñas obtuvieron medias más altas ($M = 64.93$) de hábitos alimenticios saludables en comparación con los niños ($M = 62.74$).

Discusión

Los participantes del estudio presentaron una media de edad de 10.31 años, siendo el sexo femenino el de mayor prevalencia. La mayoría de los escolares no practicaba deporte. Estos resultados concuerdan con lo mencionado por otros autores (Espejo, Cabrera, Castro, López, Zurita & Chacón, 2015), donde la media de edad es 9.52 y del sexo femenino.

En relación con los hábitos alimenticios y la edad, existieron diferencias significativas entre la edad y los hábitos alimenticios, donde los escolares de 10 años presentaron una media más alta de hábitos alimenticios en comparación a los de demás. Los resultados difieren con el estudio realizado por Espejo, Cabrera, Castro, López, Zurita & Chacón (2015) en donde se observó que los niños de 9 años (22.1%) tienen mayores hábitos alimenticios (76.8%). Lo anterior probablemente se explica porque el escolar adquiere nuevos conocimientos sobre cómo llevar a cabo una alimentación saludable y se preocupa por llevar una mejor dieta.

En relación con los hábitos alimenticios y el sexo, se observó que no existieron diferencias significativas entre sexo y hábitos alimenticios. Lo anterior concuerda con Mosquera, Mosquera, De-Armas & Brito (2015), donde los resultados no mostraban diferencia entre varones y mujeres. En el objetivo general de identificar la relación de hábitos alimenticios con el IMC en los escolares, se mostró que no existe relación significativa. Lo anterior concuerda con Martínez et al. (2001), ya que los resultados muestran que no existe una correlación positiva entre los hábitos alimenticios y el IMC.

Referencias

- Alino, M., Navarro, R., López, J. & Pérez, I. (2017). “La edad escolar como momento singular del desarrollo humano”. *Revista Cubana de Pediatría*, 79 (4).
- Encuesta Nacional de Salud. (2018). “ENSANUT”. Disponible en: <https://gskpro.com/es-mx/noticias/2018/august/ensanut-2018/>
- Espejo, T., Cabrera, T., Castro, M., López, J. F., Zurita, F. & Chacón, R. (2015). “Modificaciones de la obesidad a través de la implementación de herramientas físico-

- posturales en escolares”. *Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física*, 28(1579), 78-83.
- Macías, A. I., Gordillo, L. G. & Camacho, E. J. (2016). “Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud”. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(3), 40-43.
- Martínez, C. A. et al. (2018). “Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de la ciudad de Corrientes. Asociación con factores cardiovasculares”. *MEDICINA Buenos Aires*, 61(3), 308-314.
- Mosquera, M. I., Mosquera, M. J., De-Armas, L. M. & Brito, Y. Y. (2015). “Estado nutricional y hábitos alimenticios en niños de un colegio público de Valledupar”. *Revista de Medicina Risaralda*, 22(1), 42-478.
- Organización Mundial de Salud. (2019). “Obesidad y peso”. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). “La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios”. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
- Nava, B. M., Pérez, G. A., Herrera, H. A. & Hernández, H. R. (2017). “Hábitos alimentarios, actividad física y su relación con el estado nutricional-antropométrico del escolar”. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(3): 301-312.

Capítulo II. Diferencias en la ganancia de peso gestacional en mujeres de dos instituciones de salud en México

DCE. Yolanda Botello Moreno

MCE. Ma. de los Ángeles Alatorre Esquivel

MCE. Verónica Guajardo Balderas

Introducción

Más de la mitad de las mujeres en edad reproductiva tienen sobrepeso u obesidad (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012), y “este problema inicia durante el embarazo” (Winkvist et al., 2015). Durante el embarazo, el aumento de peso se debe al “crecimiento del feto, el líquido amniótico, la placenta, agua corporal total, la masa magra, la masa grasa materna” (Institute of Medicine [OIM], 2009), sin embargo, “un aumento desproporcionado [o deficiente] puede generar alteraciones a la salud del producto y de la madre” (De-Carvalho et al., 2015).

La obesidad durante el embarazo se asocia con algunas complicaciones como: la preeclampsia, la diabetes gestacional, cesárea y hemorragia posparto (Wei et al., 2016), y también con la “retención de peso posparto -a los seis meses y un año- y a largo plazo” (Chuang et al., 2014; Jersey, Mallan, Callaway, Daniels & Nicholson, 2017).

La obesidad materna “aumenta el riesgo de OB -obesidad- en la descendencia” (Jersey et al., 2017), y aumenta el riesgo de resultados adversos en el feto como: macrosomía, anomalías congénitas, prematuridad y muerte fetal” (Johansson et al., 2014; Meenakshi, Srivastava, Sharma, Kushwaha & Aditya, 2012; Wei et al., 2016).

El aumento de peso gestacional es un factor importante ya que se traduce en un resultado óptimo para la salud de las madres y sus bebés; por una parte, las mujeres que no aumentan de peso durante el embarazo corren el riesgo de tener un bebé con bajo peso al nacer o de nacer antes de tiempo (Nucci et al., 2018). Las mujeres que aumentan de peso en forma excesivamente corren un mayor riesgo de preeclampsia y diabetes gestacional (Wei et al., 2016), la ganancia de peso general durante el embarazo está muy influenciado por una serie de factores biológicos, metabólicos y sociales, que incluyen el índice de masa corporal -IMC- antes del embarazo, la paridad, la edad materna, el tabaquismo y el nivel educativo, la alimentación saludable, la actividad física y el asesoramiento adecuado de las madres sobre el aumento de peso durante el embarazo (Asefa & Nemomsa, 2016).

Por otra parte, la literatura describe las complicaciones maternas y fetales por la ganancia de peso deficiente durante la gestación (Pérez, Basain & Calderón, 2018), sin embargo, es poca la literatura que aborda las características maternas, las

cuales representan una oportunidad de realizar intervenciones de enfermería para modificar dicha condición.

Botello (2019) refiere que el 96.4% de las mujeres no lograron la ganancia de peso gestacional adecuada, en donde predomina una ganancia de peso gestacional menor a lo recomendado en un 69.2%, de acuerdo con lo establecido por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Se considera importante identificar cuáles son las condicionantes maternos de la ganancia de peso gestacional e identificar si las características maternas varían en dos instituciones de salud, con la finalidad de realizar intervenciones para mejorar esta condición, capacitar al equipo de salud, hacer detección y así contribuir a mejorar la salud materna. Por lo tanto, el objetivo general fue conocer si las GPG son diferentes en una institución de derechohabiencia y una institución pública.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional de acuerdo con lo descrito por Hernández, Fernández & Baptista (2014). La población de interés la constituyen 894 mujeres embarazadas que acuden a control prenatal a dos instituciones de salud en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Las participantes fueron seleccionadas a través de un muestreo por conveniencia, todas las mujeres embarazadas que reúnan los criterios de inclusión y que acudían a consulta prenatal y aceptaron participar en el estudio. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizará el programa n´Query Advisor ® Versión 4.0, se consideró un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación (R^2) de .09, efecto mediano o aceptable según Cohen (1988) y una potencia de 90%, obteniéndose como resultado un tamaño de muestra de 148 mujeres embarazadas 81 pertenecían a una institución de derechohabiencia y 67 a una institución pública.

Criterios de inclusión

Mujeres embarazadas aparentemente sanas entre 18 y 41 años, adscritas a una clínica de salud y que refirieron cursar con embarazos sin complicaciones.

Criterios de exclusión

Mujeres embarazadas con diagnósticos médicos pregestacionales y gestacionales de hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus tipo 1 y 2, gestación múltiple, embarazos por reproducción asistida, historial de embarazo anormal donde se incluye amenaza de parto prematuro, así como aquellas mujeres embarazadas que no sabían leer o escribir.

Mediciones e instrumentos

Se utilizó una Cédula de Datos Personales, las cuales incluyeron la medición de peso y talla, se indagó el peso anterior al embarazo para obtener el IMC pregestacional. Posteriormente se analizó la información a través del paquete estadístico SPSS versión 20.

Resultados

Las mujeres del estudio tenían una media de 25 años de edad con una escolaridad promedio de 10 años, un ingreso económico de 6 030 pesos por mes, la mayoría de ellas refirió no trabajar -69.6%-, tener pareja -92.6%-, en relación al trimestre de gestación que cursaban un gran porcentaje se encontraban en el tercer trimestre en un 64.9%, un 29.1% en el segundo trimestre y un 6.1% en el primer trimestre de gestación. El índice de masa corporal pregestacional permitió clasificar a las mujeres en bajo peso -6.1%-, peso normal -47.3%-, sobrepeso -29.1%- y obesidad -17.6%-.

Para identificar si existía relación entre la edad, escolaridad, el número de hijos, las horas de sueño, el peso previo y el IMC pregestacional con la ganancia de peso gestacional se realizó una prueba de correlación de Spearman, sin embargo, solo el peso previo ($r_s = -.345, p < .01$) y el IMC pregestacional ($r_s = -.359, p < .01$) mostraron relación negativa estadísticamente significativa.

Para indagar si existía diferencia entre las mujeres que tenían bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad anterior al embarazo con la GPG se realizó una prueba de Kruskal Wallis, la cual mostró que existía diferencias entre los grupos, las mujeres que se encontraban en la categoría de peso normal de la clasificación del IMC pregestacional tenían mayores ganancias de peso durante el embarazo.

Para identificar si existían diferencias entre las ganancias de peso en las dos instituciones de salud se realizó una prueba de Mann Whitney a través de la cual se observaron diferencias entre los dos grupos, las mujeres que pertenecían a la institución pública tenían mayores ganancias de peso gestacional.

Con la finalidad de identificar el grupo de acuerdo a la categoría del IMC pre gestacional que tenía mayores ganancias de peso en ambas instituciones se realizó una prueba de Kruskal Wallis, donde se identificó que para la institución de derechohabencia, las mujeres que iniciaron sus embarazos con IMC pre gestacional en la categoría de bajo peso tenían mayores ganancias de peso gestacional ($X^2(3) = 12.42, p = .006$), por otra parte las mujeres de la institución pública que obtuvieron mayor ganancia de peso fueron las que se entraban en un IMC pre gestacional en categoría de peso normal ($X^2(3) = 8.19, p = .042$).

Discusión

En la muestra predominaron las mujeres jóvenes con escolaridad media básica, de bajo nivel socioeconómico con pareja y sin un trabajo fuera del hogar. “Las características anteriores describen a mujeres que proceden de países en vías de desarrollo” (INEGI, 2016). De acuerdo con el IMC pregestacional casi la mitad de las mujeres que iniciaron su embarazo con SP-OB, similar a lo reportado por estudios previos (Whitaker et al., 2014; Hasanjanzadeh & Faramarzi, 2017).

Se observó que las mujeres con menor IMC pregestacional ganaban más peso durante el embarazo, resultado que difiere de lo reportado por Orloff et al. (2016) y Kubo et al. (2017) quienes indicaron que “las mujeres que tenían un mayor IMC anterior al embarazo tenían mayores ganancias de peso gestacional”, esto puede estar explicado por la cuestión cultural en donde prevalece la idea de comer por dos y donde probablemente las mujeres sin restricciones previas de su peso no consideran el embarazo un momento para poner límites a la ganancia de peso o posiblemente no lo asocian a complicaciones.

Por otra parte, las mujeres de instituciones que entraban a su embarazo con un IMC pregestacional bajo tenían mayores ganancias de peso, dentro de las características de dichas mujeres tenían una media de escolaridad mayor a la descrita por las mujeres de la institución pública, además la mitad de ellas contaba con un empleo, se encontraban en el segundo trimestre gestacional condiciones que pueden estar mediando las ganancias de peso gestacional.

Las mujeres que pertenecían a la institución pública que iniciaban su embarazo en la categoría de peso normal tenían mayor ganancia de peso gestacional; al indagar si la cuestión laboral podría estar relacionada con la ganancia de peso como posible explicación de dicha condición, no se logró probar diferencias entre los grupos que trabajan y que no trabajan para la muestra total, sin embargo se encontró cerca de la significancia.

Conclusión

Se encontraron diferencias en las ganancias de peso en las dos instituciones de estudio, las mujeres que tenían IMC pregestacional bajo, ganaron más peso en la institución de derechohabiente mientras que en la institución pública las mujeres que ganaron más peso fueron aquellas que se encontraban en la categoría de peso en parámetros normales.

Referencias

- Asefa, F., & Nemomsa, D. (2016). "Gestational weight gain and its associated factors in Harari Regional State: Institution based cross-sectional study, Eastern Ethiopia". *Reproductive Health*, 13(1), 101. DOI:10.1186/s12978-016-0225-x
- Botello, Y. (2019). *Estrés materno, afrontamiento y ganancia de peso gestacional*. (Disertación Doctoral). Tesis de Doctorado, Monterrey, Nuevo León, México.
- Chuang, C. H., Stengel, M. R., Hwang, S. W., Velott, D., Kjerulff, K. H., & Kraschnewski, J. L. (2014). "Behaviours of overweight and obese women during pregnancy who achieve and exceed recommended gestational weight gain. [Comportamiento de mujeres con sobre peso y obesas durante el embarazo que alcanzan y superan el aumento de peso gestacional recomendado]". *Obesity Research and Clinical Practice*. 8(6), 577-583.
- De-Carvalho-Padilha P, Mello-de-Oliveira L, Queiróz-Caldeiras-Neves E, Ghedini, A. C., Costa, T., & Saunders, C. (2015). "Evaluation of efficacy and effectiveness of prenatal nutritional care on perinatal outcome of pregnant women; Rio de Janeiro, Brazil. [Evaluación de la eficacia y efectividad de la atención nutricional prenatal en el resultado perinatal de las mujeres embarazadas; Rio de Janeiro, Brasil]". *Nutrición Hospitalaria*, 32: 845–854.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. (2012). "Estado de nutrición, anemia, seguridad alimentaria en la población Mexicana". Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Nutricion.pdf
- Hasanjanzadeh, P., & Faramarzi, M. (2017). "Relationship between Maternal General and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome. [Relación entre el estrés general y el estrés específico en el embarazo, la ansiedad y la depresión síntomas y el resultado del embarazo]". *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 11(4), VC04–VC07. <http://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24352.9616>
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. (pp. 155-158). Mexico D.F.: Ed. Mc Graw Hill.
- Institute of Medicine. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington: National Academy Press.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. (2016). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/> [15 de julio del 2017]
- Jersey, S., Mallan, K., Callaway, L., Daniels, L. A., & Nicholson, J. M. (2017). "A cross sectional comparison of predisposing, reinforcing and enabling factors for lifestyle health behaviors and weight gain in healthy and overweight pregnant women. [Una comparación trasversal de los factores que predisponen, fortalecen y habilitan las conductas de estilo de vida y el aumento de peso en mujeres embarazadas sanas y con sobre peso]". *Maternal and Child Health Journal*, 21(3): 626-635.

- Johansson, S., Villamor, E., Altman, M., Bonamy, A. K. E., Granath, F., & Cnattingius, S. (2014). "Maternal overweight and obesity in early pregnancy and risk of infant mortality: a population based cohort study in Sweden [Sobrepeso y obesidad materna en el embarazo temprano y riesgos de mortalidad infantil: un estudio de cohortes basado en la población en Suecia]". *British Medical Journal*, 349, g6572.
- Kubo, A., Ferrara, A., Brown, S. D., Ehrlich, S. F., Tsai, A.-L., Quesenberry, C. P., ... & Hedderson, M. M. (2017). "Perceived psychosocial stress and gestational weight gain among women with gestational diabetes". *PLoS ONE*, 12(3), e0174290. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0174290>
- Meenakshi, Srivastava, R., Sharma, N. R., Kushwaha, K. P., & Aditya, V. (2012). "Obstetric Behavior and Pregnancy Outcome in Overweight and Obese Women: Maternal and Fetal Complications and Risks in Relation to Maternal Overweight and Obesity. [Comportamiento obstétrico y resultado del embarazo con mujeres con sobrepeso y obesidad: Complicaciones y riesgos maternos y fetales en relación con sobre peso y la obesidad de la madre]". *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 62(3): 276-280. <http://doi.org/10.1007/s13224-012-0215-z>
- Nucci, D., Chiavarini, M., Duca, E., Pieroni, L., Salmasi, L., & Minelli, L. (2018). "Pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain and adverse birth outcomes: some evidence from Italy". *Annali di igiene* 30(2): 140-152. DOI: 10.7416/ai.2018.2205.
- Orloff, N. C., Flammer, A., Hartnett, J., Liquorman, S., Samelson, R., & Hormes, J. M. (2016). "Food cravings in pregnancy: Preliminary evidence for a role in excess gestational weight gain [Antojos de alimentos en el embarazo: evidencia preliminar de un rol en el aumento excesivo de peso gestacional]". *Appetite*, 105, 259-265.
- Pérez, M., Basain, V., & Calderón, C. (2018). "Factores de riesgo del bajo peso al nacer". *Acta Médica del Centro*; 12 (3).
- Wei, Y. M., Yang, H. X., Zhu, W. W., Liu, X. Y., Meng, W. Y., Wang, Y. Q., ... & Sun, Y. (2016). "Risk of adverse pregnancy outcomes stratified for pre-pregnancy body mass index. [Riesgos de resultados adversos del embarazo estratificados por el índice de masa corporal previo al embarazo]". *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29(13), 2205-2209.
- Whitaker, K., Younh-Hyman, D., Vermon, M., & Wilcox, S. (2014). "Maternal stress predicts postpartum weight retention [El estrés materno predice la retención de peso posparto]". *Maternal Child Health*. 18 (9).
- Winkvist, A., Brantsæter, A. L., Brandhagen, M., Haugen, M., Meltzer, H. M., & Lissner, L. (2015). "Maternal Prepregnant Body Mass Index and Gestational Weight Gain Are Associated with Initiation and Duration of Breastfeeding among Norwegian Mothers. [El índice de masa corporal maternal pre embarazada y el aumento de peso gestacional se asocian con la iniciación y duración de la lactancia materna entre madres Noruegas]". *The Journal of Nutrition*, 145(6), 1263-1270. <http://doi.org/10.3945/jn.114.202507>

Capítulo III. Tipo y frecuencia de alimentación en personas con diabetes tipo 2

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

Dra. Yolanda Flores Peña

Introducción

La diabetes tipo 2 (DT2), es una enfermedad crónica degenerativa en la “que se presenta resistencia a la insulina”; y “en forma relacionada una deficiencia en su producción puede ser absoluta o relativa” (OMS, 2015). “La prevalencia de diabetes en México pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016” (ENSANUT, 2016). La Federación Internacional de Diabetes en 2013 menciona que en el mundo hay “382 millones de personas con diabetes -8.3% de los adultos- y es probable que para el 2030 sean 592 millones”. En el 2030 habrá 366 millones de personas con DT2 (Parchaman y Franz, 2014). De acuerdo con la Asociación Mexicana de Diabetes de Nuevo León 2017, tres de cada 10 personas sufren de DT2 en el estado de Nuevo León. La diabetes es la segunda causa de mortalidad en el país, en el 2015 la prevalencia de morbilidad fue alta (Meyer, 2017).

La DM puede afectar diferentes órganos y por ende diversas complicaciones entre las que se encuentra: neuropatía, nefropatía y enfermedades cardiovasculares (American Diabetes Association [ADA], 2015). La Organización Mundial de la Salud enlista “las complicaciones de [la] diabetes, entre las que resaltan, el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral -AVC-. Un 50% de los pacientes con diabetes mueren de enfermedad cardiovascular” (Rubí, 2014). La alimentación en la DT2 contribuye al control glucémico de la enfermedad y así retardar las complicaciones (Barbosa, 2016).

[...] Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico. La alimentación con alto contenido en fibra y una proporción adecuada de hidratos de carbono, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia (Sanamé et al., 2016).

Un plan de alimentación para personas que padecen DT2 es una guía que les proporciona tipos de alimentos permitidos y la cantidad durante las comidas y como bocadillos. Este debe acondicionarse al horario, costumbres y economía de la persona que tiene DT2. Algunos recursos para planificar comidas incluyen el método del plato del buen comer, conteo de carbohidratos y el índice glucémico. “El plan adecuado de alimentación ayuda a controlar el nivel de glucosa en la sangre, presión arterial y colesterol, además de mantener el peso apropiado” (ADA, 2016). “Es importante asegurarse de que las selecciones de cada grupo de alimentos

ofrezcan la más alta calidad de nutrientes” que pueda encontrar como vitaminas, minerales y fibra y evitar alimentos altamente procesados (ídem). El control glucémico es de vital importancia en las personas con DT2 y la alimentación es una de las actividades de autocuidado básicas de las personas que tienen DT2.

Generalidades de la diabetes

La DT2 “es una enfermedad sistémica que describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas; resultado de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina” (Urban, 2015). Según la FID (2012), algunos de los signos más comunes de la DM son: polidipsia, polifagia, poliuria, “pérdida de peso, cansancio, falta de interés y concentración, visión borrosa”, infecciones frecuentes y heridas de curación lenta. Entre sus “factores de riesgo incluyen edad avanzada, grupos de población, obesidad, sedentarismo, historia familiar y nivel socioeconómico” (FID, 2013).

La Asociación Americana de la Diabetes -ADA- sugiere los siguientes niveles para el diagnóstico de DM; hemoglobina glicosilada -A1C- de 7%, una glucosa plasmática sobre 125 mg/dL, “glucosa a las 2 horas durante una prueba de tolerancia de glucosa, sobre 200 mg/dL, los síntomas de hiperglicemia -polidipsia, poliuria, pérdida no intencionada de peso-, acompañada de una glucosa en plasma de 200 mg/dL o mayor” (ADA, 2013). La A1C:

[...] es una manera de determinar cuál fue el nivel promedio de glucosa en la sangre de una persona durante los 2 ó 3 meses previos al análisis. Este análisis sirve para determinar cómo está siendo controlada la DM de un paciente (Geo salud, 2016).

Los valores normales de A1C; normal: menos de 5.7%, prediabetes: 5.7 a 6.4% y diabetes: 6.5% o más (ADA, 2013).

Alimentación

La alimentación en DT2 es importante para el control glucémico y en “cuanto al aporte energético para mantenimiento del peso deseable, como equilibrada en nutrientes para evitar excesos”, así como la correcta planificación (Urban, 2015). La alimentación es el pilar “fundamental en el tratamiento de la DM ya que muchos pacientes pueden controlar [la] enfermedad exclusivamente con” la alimentación (Russo, 2013). El “riesgo fue significativamente mayor entre los sujetos que consumen esta dieta y son obesos (IMC \geq 30 kg/m² frente a $<$ 25 kg/m²)” (Loiola, 2016).

[...] En contraste, aquellos que siguen una dieta caracterizada por mayor consumo de verduras, frutas, pescado, aves y cereales integrales tienen una modesta reducción del riesgo (RR: 0.8; IC del 95%: 0.7-1.0). En cuanto a la dieta mediterránea -alto contenido de frutas, verduras, cereales integrales y nueces y aceite de oliva como principales fuentes de grasa-, el estudio de la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular -PREDIMED- concluyó que la dieta reduce la aparición de DM2 hasta un 40%, sin necesidad de reducción de peso. Respecto a los componentes individuales de la dieta, el consumo de productos lácteos bajos en grasa, fibra, nueces, café, café descafeinado y té verde a largo plazo disminuyen el riesgo de DM2; un 7% de reducción del riesgo por cada taza de café, aunque no se considera probada una relación causa-efecto para recomendar el consumo de café como estrategia preventiva (Loiola, 2016).

La Federación Mexicana de Diabetes (2016) indica:

[...] que la mitad de la fibra consumida sea ingerida en forma de granos integrales; se debe limitar el consumo de bebidas azucaradas, disminuir el consumo de grasas saturadas y que estas representen menos del 7% del total de calorías ingeridas; no consumir grasas trans, seguir un estilo de dieta mediterránea -alto consumo de frutas y verduras, de cereales y legumbres, de frutos secos y aceite de oliva y baja ingesta de carnes rojas, productos lácteos desnatados, carnes procesadas y dulces-. Planificar las comidas conociendo de antemano los hidratos de carbono y el índice glucémico de los alimentos, manteniendo una buena hidratación a lo largo del día, moderar el consumo de alcohol y el consumo de tabaco ya que la combinación de diabetes y tabaquismo ha demostrado un aumento considerable de infarto.

La OMS -2015-:

[...] recomienda que aporten entre el 10-20% de proteínas, algunos autores afirman que dietas con mayor aporte presentan una mayor capacidad de saciedad y preservan la masa muscular, mientras el paciente pierde peso; sin embargo, en pacientes con nefropatía solo se debe aportar 0.8 gr/kg y evaluar (Diaz & Riffo, 2012) [y menos de 5 gramos al día de sodio si hay nefropatía o hipertensión].

Objetivo general

Conocer el tipo de alimentación en adultos con DT2 del área metropolitana de Monterrey.

Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y educación de los adultos con DT2 y las características clínicas -años con DT2-.

Conocer el tipo y la frecuencia de la alimentación de los adultos con DT2.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo donde se observó y describió las características sociodemográficas y clínicas, así como el tipo de alimentación de los adultos con DT2 sin influir sobre él de ninguna manera (Hernández et al., 2006; Polit & Hungler, 2000). La población fue adultos en edades de 20 y 65 años que padezcan DT2 y que acudan a las clínicas universitarias. El muestreo fue no probabilístico y la muestra será de 65 personas con DT2.

Para la recolección de la información se utilizó una cédula de datos demográficos y cuestionario de frecuencia de consumo. La primera, se constituyó por dos secciones, una de datos de identificación que consta de la edad, sexo, estado civil, ocupación y años de escolaridad, y otra donde se indagó sobre los datos clínicos que consta de los años con DT2.

El cuestionario de frecuencia de consumo constó 14 preguntas que se responden por puntuación de las cantidades ingeridas de ciertos alimentos, el puntaje mayor que se puede obtener es de 14 puntos, se le asigna un punto por cada pregunta. Este cuestionario nos ayuda a determinar que entre mayor puntuación obtenida es la mayor probabilidad determinar que la persona con DT2 tiene control glicémico.

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación UANL, así como de la clínica universitaria de Pueblo Nuevo en Apodaca Nuevo León. Se invitó a las personas con DT2 que acudieron a consulta y/o a los programas de apoyo, se les explicó el objetivo del estudio y se les pidió firmar el consentimiento informado. Se usó un lugar privado dentro de la clínica para iniciar las entrevistas, aproximadamente se tomó de 15 a 20 minutos. Al finalizar se le agradeció al participante.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 24.0 para Windows. Para responder a los objetivos se utilizó análisis descriptivo a través de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, medidas de dispersión y desviación estándar.

Resultados

Con respecto al objetivo que establece describir las características sociodemográficas de los participantes y las características clínicas: años con DT2, se encontró que el promedio de edad fue de 50.57 años (DE=12.56; 27-75), el 63.1% de los participantes fueron del sexo femenino y el 56.9% refirió estar casados.

En relación con los años de educación el promedio fue de 6.69 años (DE=3.26;0-15), referente a los años con DT2 el promedio fue 6.95 (DE=6.37;1-30). Con relación a la ocupación de los participantes el 52.3% de la población estaba desempleada, el 30.8% tenía empleo y el 16.9% jubilado.

Con respecto al segundo objetivo: Conocer el tipo y la frecuencia de la alimentación de los adultos con DT2. El 47.7% usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar, de los cuales el 43.1% utiliza 2 o más cucharadas de aceite de oliva para freír. El 70.8% consume una ración o más de verduras u hortaliza al día y el 53.8% consume tres o más piezas de frutas al día.

Mientras que, el 69.2% no consume ninguna ración de carnes rojas, salchichas o embutidos al día, el 76.9% prefiere consumir carne de pollo que carnes rojas. El 53.8% de la población encuestada no consume mantequilla o crema al día; el 60% no consume ninguna bebida carbonatada al día. De las 65 personas encuestadas solo 20 personas bebían tres o más vasos a la semana de vino, 21 personas consumían tres o más raciones de pescado a la semana, solo 12 personas no consumían repostería comercial, 40% no consume frutos secos.

Hallazgos adicionales

La media de resultados obtenidos del cuestionario es de 8.25 dando una adherencia del 58.4%. Se encontró que una población en su mayoría desempleados; de éstos, 20 participantes tuvieron mejor adherencia a la alimentación, mientras que solo 13 personas con empleo refirieron una buena adherencia a la alimentación. De acuerdo con el sexo, 24 mujeres obtuvieron más adherencia en comparación con las 14 personas del sexo masculino, mientras que 10 personas con escolaridad de nueve años obtuvieron más adherencia a comparación de cinco años de estudio con tres personas con buena adherencia.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo general conocer el tipo y la frecuencia de la alimentación de los adultos con DT2, los datos recopilados corroboran que el mayor porcentaje que padece DT2 se encuentra entre edades de 27 años a 75 años en el estudio relacionado de Campuzano et al. (2013), que muestran que las edades de la población que padece DT2 se encuentra entre 34 a 86 años variando por algunos años de diferencia entre estudio a estudio. Según Campuzano, la presencia de DT2 es mayor en mujeres que en hombres, lo cual coincide con nuestro estudio.

Sanchis encuentra una gran diferencia de muestra con este estudio, con más de 1000 participantes, con una adherencia a la dieta mediterránea mayor y el control de DT2, además, una mayor proporción de personas utilizan el aceite

de oliva como principal grasa para cocinar. En nuestro estudio, los resultados presentaron una igualdad entre las personas que utilizaban aceite de oliva y las que no lo utilizaban.

“Se conoce el beneficio de la dieta mediterránea sobre los factores de riesgo cardiovascular y sobre el metabolismo hidrocarbonado”. De acuerdo con Agüero et al. (2015), en Chile el consumo de aceite de oliva no se asocia a disminuir el control de la diabetes mellitus tipo. Entre más años de escolaridad es mejor la adherencia a la alimentación en personas con DT2 de igual manera el estudio de Ramos (2015) indica que a mayor grado de instrucción mayor el conocimiento sobre la alimentación.

En cuanto a nuestro estudio, el estado ocupacional interfiere en la adherencia, mostrando a los desempleados con mayor adherencia alimentaria en contraste con los empleados. Entre mayor recurso económico, se tiende a consumir alimentos procesados o comprar alimentos ya preparados de mayor costo; la población encuestada prefiere consumir sus alimentos preparados en casa para poder subsistir más días con el presupuesto obtenido, cocinando más verduras, hortalizas y frutas; además prefieren consumir pollo que la carne por el costo. Referente al sexo, las mujeres tuvieron mayor adherencia.

Conclusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, el 70.8% consume una ración o más de verduras u hortalizas al día y el 53.8% consume tres o más piezas de frutas al día. El 69.2% no consume ninguna ración de carnes rojas, salchichas o embutidos al día, el 76.9% prefiere consumir carne de pollo que carnes rojas. La adherencia es del 58.4% y se encontró que los desempleados obtuvieron mejor adherencia a la alimentación predominando las participantes del sexo femenino.

Se recomienda incrementar la muestra y buscar un lugar más adecuado donde las personas encuestadas puedan realizar las preguntas necesarias para contestar el cuestionario.

Referencias

- American Diabetes Association. (2013). “El control de la glucosa en la sangre”. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/control-de-la-glucosa.html?referrer=https://www.google.com.mx/>
- American Diabetes Association. (2016). “Información básica de la Diabetes”. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/?referrer=https://www.google.com.mx/> [25 de septiembre de 2016]

- American Diabetes Association. (2016). "Plan de alimentación para la Diabetes". Recuperado de: <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/planificacion-de-las-comidas/plan-de-alimentacion-para-la.html?referrer=https://www.google.com.mx/>
- Agüero, S. G. (2016). *Asociación entre nutrientes y hemoglobina glicosilada en diabetes tipo 2*. 59-63.
- Jiménez-Corona, M. (2013). "Diabetes mellitus y frecuencia de acciones para su prevención y control". *Salud Pública de México*. 55 (2).
- Amador-Muñoz, L., Monreal-Gimeno, M. C., & Marco-Macarro, M. J. (2012). "El Adulto: Etapas y consideraciones para el Aprendizaje". *Eúphoros*. 99 (3); 97-112.
- Ávila, M. H., Gutiérrez, J., & Reynoso-Noverón, N. R. (2013). "Diabetes mellitus en México estado de epidemia". *Salud Publica en México* 55 (2); s131-136.
- Campuzano, L. R., Rentería, A. R., & García, J. R. (2012). "Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención". *Summa Psicológica*. 92-100.
- Cerdán-Galán, M., Jiménez-Paniagua, R., Chincoya-Serna, H., Gil-Alfaro, I., & Alvarado-Pérez, A. (2011). "Cuidados de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Xalapa, México". *Archivos en Medicina Familiar*. 9-15.
- Del-Prato, S., & Anne-Marie, F. (2006). "Control glucémico: acortar distancias entre la recomendación y la práctica". *Diabetes Voice*. 1.
- Diario Oficial de la Federación. (2010). "Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus". Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Diaz, E., & Riffo, A. (2012). *Importancia de la dieta en pacientes*. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=c4iEDwAAQBAJ&pg=PA232&lpg=PA232&dq=Diaz,+E.,+%26+Riffo,+A.+\(2012\).+Importancia+de+la+dieta+en+pacientes.&source=bl&ots=fXyc-myjcT&sig=ACfU3U2YhJyyt-w83RLrn4MmICmBNgdBCA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwih65KDIMPpAhUNDKwKHQBwCjYQ6AEwAHoECAoQAQ#v=onepage&q=Diaz%2C%20E.%2C%20%26%20Riffo%2C%20A.%20\(2012\).%20Importancia%20de%20la%20dieta%20en%20pacientes.&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=c4iEDwAAQBAJ&pg=PA232&lpg=PA232&dq=Diaz,+E.,+%26+Riffo,+A.+(2012).+Importancia+de+la+dieta+en+pacientes.&source=bl&ots=fXyc-myjcT&sig=ACfU3U2YhJyyt-w83RLrn4MmICmBNgdBCA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwih65KDIMPpAhUNDKwKHQBwCjYQ6AEwAHoECAoQAQ#v=onepage&q=Diaz%2C%20E.%2C%20%26%20Riffo%2C%20A.%20(2012).%20Importancia%20de%20la%20dieta%20en%20pacientes.&f=false)
- Felipe, M. M. (2014). *Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2*. Universidad Alicante.
- Figueroa, R. K. (2014). "Propuesta de manual alimentario nutricional dirigido a pacientes adultos diabéticos tipo II". Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Figueroa-Karen.pdf>
- Flores, M. P., Garza, M. E., & Hernández, P. C. (2015). "Autocuidado en adulto mayor con Diabetes tipo 2 en Monterrey México". *Rev enferm Herediana*. 2015;8(2):70-74.
- Geo salud. (2016). "Hemoglobina glicosilada. Prueba para el control de la diabetes". Recuperado de: <http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/glucosa-prueba-hemoglobina-glicosilada.html>

- González, H. O. (2012). “Manejo nutricional en la diabetes mellitus tipo 2 y obesidad”. *Revista Médica MD*, 4(1); 22-31.
- Hermoza-Arámbulo, R. D. (2017). “Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital nacional de nivel III en Lima Perú”. *Revista Médica Herediana* 28(3); 150-156.
- IMSS. (2012). “Padece diabetes el 15% de la población en Nuevo León”. Recuperado de: <http://www.sdpnnoticias.com/local/nuevo-leon/2013/11/14/padece-diabetes-15-de-la-poblacion-en-nuevo-leon>
- Julián, G. L. (2012). “Evaluación de los hábitos alimentarios en relación con el tratamiento médico de los pacientes de la clínica para diabetes del hospital Christus Mugerza”. *Repositorio institucional. Universidad Iberoamericana de Puebla*.
- Loiola, D. P. (2016). “Guía de Actualización de Diabetes Mellitus tipo 2”. *RedGDPS*, 16-19.
- Marí-Sanchis, J. R., et al. (2012). “Consumo de aceite de oliva e incidencia de diabetes mellitus en la cohorte española seguimiento Universidad de Navarra (SUN)”. *Nutrición Hospitalaria*.
- Norma Oficial Mexicana [NOM-015-SSA2-2010]. (s.f.). Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. [25 de septiembre de 2016]
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/> [25 de septiembre de 2016]
- Parchaman, M., & Franz, M. (2014). “National Institute of Diabetes and Digestive and Kindey Diseases”. Recuperado de: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/guia-para-personas-diabetes-tipo-1-tipo-2> [28 de septiembre del 2016]
- Salinas, R. R. (2013). *Nivel de conocimientos dietéticos relacionado a la adherencia*. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/894/699>
- Salud Medicina. (s.f). “Control metabólico”. Recuperado de Glosario de Salud: <http://www.saludmedicinas.com.mx/biblioteca/glosario-de-salud/control-metabolico.html>
- Urbán-Reyes, B. R., Coaghan-López, J. J., & Castañeda-Sánchez, O. (2015). “Estilo de vida y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención”. *Atención Familiar* 22(3); 68-71. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30054-2](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30054-2)

Capítulo IV. Estilo de vida saludable en mujeres adultas mayores

ME. Alma Leticia Juárez de Llano

MCE. Martha Lilia Zúñiga Vargas

ME. Karla Iris Cuevas Martínez

Introducción

La disminución continua de la mortalidad y la reducción de la natalidad son dos componentes principales que han contribuido a la transición demográfica que se vive en México, con la cual se generan múltiples efectos económicos y sociales que han contribuido a prolongar la esperanza de vida, conduciendo a una población que envejece con rapidez (González, González & Chickris, 2018). “El envejecimiento constituye, [en] triunfo de la vida, en el que las personas que viven en mejores condiciones de [salud] pueden arribar a edades avanzadas, pero a su vez implica un desafío para diversas esferas de la sociedad como: los servicios, la producción material, la seguridad social, entre otros” (Rodríguez, Collazo, Álvarez, Calero, Castañeda & Gálvez, 2015).

A nivel global, la población mayor de 65 años crece “a un ritmo más rápido que el resto” de los segmentos poblacionales. Se estima que para el año 2050, una de cada seis personas en el mundo “-16% de la población- tendrá más de 65 años, en comparación con” la proporción actual de una de cada once en el 2019 -9%-. “Se proyecta que la proporción de la población de 65 años y más se duplicará entre 2019 y 2050 en África, Asia, América Latina y el Caribe”. Para el año 2050, “una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más”. Estos datos nos indican que “el número de personas de 80 años o más, de 143 millones en 2019 a 426 millones en” el 2050 (Naciones Unidas, 2019).

En México:

[...] de los 121 005 815 habitantes estimados, 12 085 796 son personas de 60 años y más, siendo las entidades con mayor número de adultos mayores el Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Puebla, en las cuales habitan poco más de cinco millones, lo que representa 41.5 por ciento de la población total de personas en ese grupo etario (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015).

Las proyecciones indican que “para el 2030, el porcentaje de adultos mayores [mexicanos] será de 20.4 millones, lo que representa 14.8 %” de la población. Con este panorama, se incrementará la “demanda en servicios, infraestructura, salud, vivienda, pensiones, así como todo lo relacionado con lo que a calidad de vida se refiere” (Flores & Leal, 2019).

[...]el alcance de [los] recursos humanos y sociales y las oportunidades que [se tienen] al envejecer dependerán en gran medida de nuestra salud. Si el [envejecimiento poblacional se caracteriza] por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán negativas. [Sin embargo, la] mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En México, “el 6.9% de la población de adultos mayores cursan con desnutrición, el 42.4% sufren de sobrepeso y el 28.3% de obesidad” (Osuna-Padilla, Verdugo-Hernández, Leal-Escobar & Osuna-Ramírez, 2015) lo que pone en evidencia que las oportunidades de atención integral de salud mediante estilos de vida promotores de salud “son clave para lograr las metas y propósitos de envejecer con éxito”.

Los adultos mayores que son activos físicamente se mantienen saludables por más tiempo en comparación con los que son sedentarios; así mismo, reportan mayores niveles de bienestar subjetivo ya que el ejercicio puede mejorar la autoestima. Durante esta etapa de vida, se está en riesgo de consumir dietas inadecuadas y reducir considerablemente las capacidades funcionales debido a la disminución de la movilidad. Las actividades de cuidado personal para mantener o mejorar el estatus funcional del adulto mayor nos orientan a conductas y estilos de vida promotores de salud, los cuales son una expresión de la tendencia a actualizarse del ser humano que optimiza el bienestar, la realización personal y la vida productiva de una persona (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

[...] El adulto mayor está en desventaja en la atención primaria y secundaria: el proceso de envejecimiento en sí, la deficiencia en estilos de vida favorables, la aparición de enfermedades crónicas. Si bien es cierto, se considera un logro que la población esté aumentando en edad, aun así, es necesario diseñar estrategias, planes, programas, proyectos que respondan a las necesidades específicas de esta población (Motavita-Espejo, 2014).

Con ello, el cuidado personal de los adultos mayores debe enfocarse en maximizar la independencia, el vigor, y la satisfacción en la vida, principalmente en mujeres adultas mayores, debido a que ellas viven más que los hombres y están predispuestas a vivir sus últimos días en soledad con ingresos sustancialmente bajos, con mayor vulnerabilidad a la pobreza y mayor prevalencia de condiciones crónicas que los hombres en el mismo grupo de edad (Pender, 2015).

[...] Desde 1995, la Secretaría de Salud a través del Programa de Salud del Adulto y el anciano, promocionó la creación de los [grupos de ayuda mutua] -GAM- en el territorio nacional, convirtiéndose en una estrategia de vital importancia en la formación de redes de apoyo para enfermos crónicos degenerativos. Para diciembre del 2004 todos los estados de la República Mexicana estaban participando en esta estrategia con un total de 7 416 GAM y 264 392 integrantes. Actualmente los GAM son coordinados por personal de salud entre los que participan médicos, nutriólogos, psicólogos e instructores de actividad física (Cartas-Fuentevilla, Mondragón-Ríos & Álvarez-Gordillo, 2011).

Los grupos de ayuda son como un foro en donde las personas que están viviendo una situación similar pueden ventilar entre ellos mismos sus emociones y sentimientos, comparten sus experiencias y se ofrecen apoyo. Este grupo tiene como objetivos primordiales que los pacientes sigan su tratamiento farmacológico y hagan un cambio a estilos de vida con beneficio a la estabilización de su enfermedad. Se recomienda para dirigir el aprendizaje en cualquier tipo de población en forma grupal (Hernández, Hernández & Rodríguez, 2010).

Lograr una comunicación directa y que interese al individuo es imprescindible para que los profesionales y proveedores de salud logren que los pacientes introduzcan los cambios necesarios (Mondéjar, Rosas, Morgado, Hernández & Junco, 2013). Atender los procesos crónicos requiere que el paciente, la familia y la comunidad desempeñen una función activa. Su rol es de suma importancia dentro de la implementación de estilos de vida saludables.

[...] Hoy impera el reto de fortalecer el actuar en salud con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fomentar estilos de vida saludables, habilitar a las personas para que aumenten su capacidad de control sobre la prestación de servicios benéficos para la salud, así como [establecer] condiciones estructurales que hagan posible la salud plena y efectiva para toda la población. El [personal de enfermería] contribuye también en la modificación de conductas de la población, tanto para cambiar estilos de vida que amenazan el bienestar individual, como para lograr sentirse [saludable] (Silva, Rodríguez & Zas, 2013)

La promoción de la salud es un tema que demanda importancia a través del tiempo, por lo que Nola J. Pender (1982), el cual sugiere “un estilo de vida saludable” que se compone de comportamientos “complementarios: los preventivos, que tienden a conservar la estabilidad y disminuir las probabilidades de enfermar; y los promotores,

que son aquellas conductas que aumentan los niveles de bienestar”. De acuerdo con Pender, Murdaugh y Parsons en el 2014, el Modelo de Promoción de la Salud pretende describir la naturaleza multidimensional de las personas interactuando con sus estímulos interpersonales y físicos y cómo ellos ejercen su salud.

[...] Expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado *salud* (Giraldo, Toro, Macías, Valencia & Palacio, 2010).

“Los estilos de vida saludables se dirigen a mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado, un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas” (Sakraida, 2011) y pueden ser cuantificados a través del Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud-PEPS II, diseñado por Nola J. Pender y colaboradores para medir la frecuencia actual de las conductas saludables.

El vacío que existe en cuanto a investigaciones de promoción y cuidado de la salud en adultos mayores impera la implementación de grupos de intervención en las enfermedades de tipo crónico degenerativas, ya que su frecuencia y la morbi-mortalidad consecuentes aumentan en este gremio. El propósito del estudio fue identificar los estilos de vida de mujeres adultas mayores, de manera que al obtener un panorama de la realidad que viven, a futuro, se puede dar continuidad a los programas nacionales de fomento de la salud por medio de la implementación del grupo de ayuda como estrategia de cuidado y seguimiento dentro de la comunidad enfocados a sus necesidades.

Hipótesis

H_0 = No existe una diferencia significativa entre las medias de estilos de vida promotores de salud pre-intervención y las medias post-intervención.

H_1 = Existe una diferencia significativa entre las medias de estilos de vida promotores de salud pre-intervención y las medias post-intervención.

Objetivo general

Identificar la influencia de la implementación de intervenciones integrales de enfermería en el fortalecimiento de conductas promotoras de salud en adultos mayores que acuden a un grupo en la localidad.

Metodología

El estudio tuvo un diseño cuasi-experimental de corte longitudinal con un solo grupo de intervención, el cual pretendió conocer el efecto de una intervención integral de enfermería pre-test y pos-test con abordaje cuantitativo. Se propone medir y describir la frecuencia de conductas promotoras de salud mediante una intervención integral de enfermería en pacientes adultos mayores con o sin enfermedades crónico-degenerativas. La elección del entorno fue intencional, ya que la sede religiosa es el punto medio entre las casas de los participantes quienes residen en la misma colonia y también porque las participantes asisten con frecuencia al oficio dominical en dicha institución.

La población para el presente estudio estuvo conformada por mujeres adultas mayores de una colonia en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, que acudieron a la invitación para conformar un grupo constituido con fines académicos. El muestreo fue no probabilístico dirigido por conveniencia con la técnica de *bola de nieve*. En este tipo de muestreo, un sujeto es seleccionado para la realización de la primera entrevista, indicando, al final de esta, a otro sujeto con las características necesarias para el objetivo del estudio.

La muestra consistió en 25 mujeres adultas mayores de 60 a 89 años, las cuales conformaron el grupo experimental. Se excluyeron a aquellos adultos mayores que no tuvieran la capacidad cognitiva necesaria -deterioro cognitivo severo- para responder adecuadamente, no ubicados en tiempo, espacio y persona, que no contarán con la posibilidad de traslado.

La cédula de datos personales incluyó datos personales como la edad, sexo, escolaridad, estado civil, con quien vive el paciente, afiliación a dependencias de salud, diagnósticos de hipertensión y/o diabetes u otras enfermedades de tipo crónico, años de diagnóstico y uso de medicamentos de control para sus padecimientos; asimismo mediciones biofisiológicas como la tensión arterial, glicemia capilar, peso, talla e índice de masa corporal.

Para evaluar las conductas promotoras de salud se aplicó el denominado Cuestionario Perfil de estilo de vida promotor de salud II (PEPS II, elaborado por Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1995). El cuestionario perfil de estilo de vida promotor de salud II -PEPS II- versión en español, cuenta con 52 reactivos en un formato de respuesta tipo Likert en 4 puntos: 1= nunca, 2= algunas veces, 3= frecuentemente y 4= rutinariamente. Consta de seis subescalas: 1) responsabilidad en salud con 9 reactivos: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, con valor mínimo de respuesta de 9 y máximo de 36; 2) actividad física con 8 reactivos: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, con valor mínimo de 8 y máximo de 32; 3) nutrición con 9 reactivos: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, con valor mínimo de 9 y máximo

de 36; 4) desarrollo espiritual con 9 reactivos: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52, con valor mínimo de 9 y máximo de 36; 5) relaciones interpersonales con 9 reactivos: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, con valor mínimo de 9 y valor máximo de 36 y; 6) manejo de estrés con 8 reactivos: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, con valor mínimo de 8 y máximo de 32.

Se contó con la aprobación de las autoridades de las unidades implicadas en el estudio.

Se les proporcionó información del programa a los participantes, así como el consentimiento informado y posteriormente se realizaron las mediciones clínicas y de lápiz y papel durante dos momentos. El programa de intervención integral de enfermería denominado *Salud mejorada, Juventud Dorada* consistió en cuatro etapas de intervención con dos periodos de descanso -3 semanas en época decembrina y en Semana Santa-. Las etapas de intervención se llevaron a cabo en 7 meses, a partir de noviembre del 2015 finalizando en junio del 2016, en dos sesiones por semana de aproximadamente 60 a 80 minutos cada una. En ese período se realizaron 40 sesiones grupales. La temática consistió en actividades relacionadas con la diabetes e hipertensión arterial como enfermedades crónicas a tratar o prevenir, aspectos básicos de la diabetes e hipertensión arterial, alimentación saludable, actividad física, manejo adecuado de medicamentos, recreación y esparcimiento, manejo del estrés e integración a un grupo.

Se utilizó estadística descriptiva -frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión-, así como estadística inferencial. Para determinar la normalidad de las variables de estudio se precisó llevar a cabo la prueba de Shapiro Wilk que reportó normalidad en la distribución de las variables. Asimismo, se llevó a cabo la prueba *t* de Student para muestras relacionadas para la comprobación de hipótesis.

Resultados

El instrumento PEPS-II obtuvo una consistencia interna aceptable arrojando un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.84. El grupo de intervención se conformó por 25 mujeres, donde el 52% son viudas, cuya escolaridad fue primaria trunca -92%- y generalmente con alguna enfermedad crónico-degenerativa -80%-.

La media de edad de las participantes fue de 72.56 -DE = 7.70-, clínicamente mantenían cifras de presión arterial sistólica y diastólica en parámetros normales -134.8 mmHg y 83.56 mmHg respectivamente-; mientras que las cifras de glicemia preprandial se mantuvieron en una $M = 157$.

Durante la intervención, fueron medidas variables clínicas -TA sistólica, TA diastólica, glicemia capilar y peso-. Hubo una disminución de las cifras de tensión arterial sistólica, diastólica y la glicemia posterior a la intervención.

Para establecer diferencias antes y después de la intervención, se realizó la prueba de Wilcoxon para determinar el efecto de las sesiones educativas en el grupo de intervención. Se observan diferencias del instrumento de estilo de vida en las puntuaciones generales del estilo de vida promotor ($p < .05$), así como cinco subescalas, a excepción del manejo de estrés ($p > .05$).

Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna (H_1), porque hay una diferencia significativa entre las medias de las conductas promotoras de salud pre-intervención y post-intervención ($p > .05$); es decir, que los resultados indican que después de recibir la intervención, los adultos mayores mejoraron en general sus conductas promotoras de salud, principalmente la frecuencia diaria de actividad física, lo cual es favorable para el control de su salud.

Conclusiones

Existe la necesidad de implementar programas en beneficio de la salud de los pacientes con diversas patologías o con riesgo a padecerlas. Este proyecto de investigación surge con la intención de darle un seguimiento en un futuro. El estudio pretendió verificar el efecto de una intervención integral de enfermería en las conductas promotoras de salud en mujeres adultas mayores. La muestra de adultos mayores que asisten al grupo de ayuda consistió en su totalidad por 25 mujeres con edades, con algún tipo de seguridad social, generalmente no trabajan. Las principales enfermedades que se presentaron fueron hipertensión y diabetes.

El modelo de intervención integral de enfermería denominado *Salud mejorada, Juventud Dorada* presenta resultados significativos en cuanto a estilo de vida, incrementando las puntuaciones al final de dicha intervención. Asimismo, hubo cambios en las cifras de glucosa, y presión arterial sistólica y diastólica. En el caso particular de este estudio, se pretendía proyectar una vida más activa y participativa en el adulto mayor para que se apoderara de todas sus capacidades integrándose a un grupo de ayuda como motivación a incrementar la responsabilidad en sí mismo del cuidado de la salud. Se puede inferir que los cambios en la presión arterial y la glicemia capilar puedan ser el efecto directo de los cambios de hábitos a conductas más saludables, a la implementación de ejercicio con mayor frecuencia, e incluso a una alimentación.

Se sugiere continuar el seguimiento para determinar el mantenimiento de las conductas saludables, para determinar el efecto de las sesiones de los programas de intervención; además, el tratar de incorporar pacientes masculinos para determinar las necesidades de este género. Asimismo, la inclusión de un control metabólico por medio de mediciones bioquímicas de glicemia, colesterol y triglicéridos serían de mayor significancia para determinar si el paciente realmente lleva a cabo las

indicaciones y conductas aprendidas en el grupo de ayuda con el paso del tiempo. Se concluye que los programas de salud dirigidos a adultos mayores son positivos y generan cambios importantes en las personas, ya que son la respuesta a muchas de las necesidades que tiene este grupo etario, al implementarlos, se puede ayudar a mejorar la calidad vida de estos pacientes, permitiéndoles tomar decisiones propias con responsabilidad e independencia.

Referencias

- Cartas-Fuentevilla, G., Mondragón-Ríos, R., & Álvarez-Gordillo, G. (2011). “Diabetes Mellitus II: la importancia de las redes de apoyo como soporte al padecimiento”. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(1).
- González, K. (2015). “Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas, en la situación demográfica de México”, pp. 113-129. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/article_plus.php?pid=S1665-70632016000300139&tlng=es&lng=es
- Diario Oficial de la Federación, DOF, Secretaría de Salud, SSA. (1987). “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud”.
- Flores, M. & Leal, J. (2019). “Envejecimiento y políticas públicas. Un desafío en México para la intervención del trabajo social”. *Trabajo Social Hoy* 1er cuatrimestre, 86 [53-66] ISSN 1134-0991. DOI: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2019.0004>
- Giraldo-Osorio, A., Toro-Rosero, M., Macías-Ladino, A., Valencia-Garcés, C., & Palacio-Rodríguez, S. (2010). “La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables”. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1): 128-143.
- González-Santana, S., González-Sierra, A. & Chickris, A. (2018). “La transición demográfica en México”. *Cultura Científica y Tecnológica*, 0(65). Recuperado de: <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/2665/2465>
- Hernández-Zamora, Z. E., Hernández-Loeza, O. R. & Rodríguez-Viveros, E. (2010). “El grupo de ayuda como alternativa para mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor”. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 47-55.
- Mondéjar-Barrios, M., Rosas-Durand, L., Morgado-Rodríguez, A., Hernández-Martínez, N. & Junco-Martínez, G. (2013). “Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en adultos mayores con diabetes mellitus sobre el autocuidado”. *MEDICIEGO*, 19(2). Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl2_2013/pdf/T7.pdf
- Motavita-Espejo, C. (2014). “El adulto mayor y el mantenimiento de su estado de salud a través de la educación., Facultad de Enfermería y Rehabilitación”. Universidad de la Sabana, Colombia. Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/10827>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.” Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=437CD2235B06E7B182FAAD951A3B4633?sequence=1
- Osuna-Padilla, I., Verdugo-Hernández, S., Leal-Escobar, G., & Osuna-Ramírez, I. (2015). “Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social”. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 19(1): 12-20. DOI:10.14306/renhyd.19.1.119
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons M. A., (2015). *Health promotion in Nursing Practice* (7th edition). p. 93, 242. New Jersey, Pearson Education, Inc.
- Rodríguez, A., Collazo, M., Álvarez L, Calero J., Castañeda I. & Gálvez, A. (2015). “Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos”. *Revista Cubana de Salud Pública*; 41(3): 401-412.
- Sakraida, T. J. (2011). “Nola J. Pender: Modelo de promoción de la Salud”. En Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. (Ed.). *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 434-453). Barcelona: Elsevier.
- Silva, E., Rodríguez, J. & Zas, V. (2013). “Promoción de la salud y envejecimiento activo”. *GEROINFO* 8(1). Recuperado de: <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=43975>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). “World Population Ageing 2019: Highlights”. (ST/ESA/SER.A/430).

Capítulo V. Acciones de autocuidado y angustia en adultos con diabetes tipo 2

Dra. Yari Rodríguez-Santamaría

Dra. Lilita Leticia Juárez-Medina

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez-Valverde

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2):

[...] es una enfermedad compleja y crónica que requiere atención médica continua con estrategias multifactoriales de reducción del riesgo de complicaciones, más allá del control glucémico. La DMT2 se asocia principalmente con defectos de secreción de insulina relacionado a la inflamación y estrés metabólico, incluidos los factores genéticos (American Diabetes Association [ADA], 2017). Los trastornos que caracterizan a la DMT2 son consecuencia de alteraciones en diversos sistemas (DeFronzo, 2009) que tienen como eje central disfunción de las células beta del páncreas, expresada como una disminución de la respuesta secretora inicial de insulina al incremento de los niveles de glucosa y de otros nutrientes en el período postprandial; o como aumento de la secreción de insulina en respuesta a la hiperglicemia postprandial mantenida, que resulta de la deficiente incorporación de glucosa a la célula a consecuencia de la resistencia de los tejidos a la acción de la insulina, o ambos trastornos (Færch et al., 2009).

Se estima que 415 millones de personas viven actualmente con diabetes; muchos aún no diagnosticados y no tratados; para el 2040 la cifra global aumentará a 642 millones de adultos (International Diabetes Federation [IDF 2015]). En México la “tasa de incidencia refleja un mal manejo” de la diabetes, “debido a los malos hábitos alimenticios y estilo de vida, posiblemente atribuible a la falta de insumos para la medición de control glucémico”, falta de corresponsabilidad “en el cuidado de la diabetes por parte del [paciente] y el [médico] u omisiones en las políticas públicas”. La DMT2 es la primera causa de muerte y esto “crece a tasas sostenidas por encima del resto” de otros países (Brasil, Chile y Reino Unido) de acuerdo con datos de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2016).

La diabetes tipo 2 se asocia a un incremento de riesgo de determinadas comorbilidades como la ansiedad, depresión y otras enfermedades mentales que empeoran el pronóstico. Por ello:

[...] es relevante tratar las respuestas psicológicas más comunes en personas con [diabetes] porque constituyen una expresión de los impactos de la enfermedad sobre la salud. [El] tratamiento y la “aceptación” de la

enfermedad puede implicar un largo proceso de maduración durante el cual se han reportado numerosas reacciones psicológicas, como el *shock* inicial ante el diagnóstico, la negación, la irritación, el regateo, la tristeza y la aceptación. Actitudes o expresiones de rechazo ante la enfermedad pueden aparecer, sobre todo, en los momentos iniciales (Pereira, Neves, Pereira, Carqueja, Alves & Carvalho, 2009).

La angustia desencadena reacciones negativas por las preocupaciones específicas de un individuo al tener que manejar “una enfermedad crónica severa, complicada y exigente como la diabetes”; esto debido a las demandas de manejo y la progresión de la enfermedad, afectando así el cumplimiento de las prácticas de autocuidado. La “angustia, hace referencia a la situación que vive un paciente con DMT2 cuando se siente” frustrado, enojado, abrumado o desanimado “por tener la enfermedad y lo que implica el tratamiento” (Polonsky et al., 2005). Las personas con altos niveles de angustia por diabetes cumplen menos con su autocuidado (Martínez-Vega, Doubova & Pérez-Cuevas, 2017; Kumar et al., 2017), “tienen menor calidad de vida relacionada a la salud” (Jannoo, Wah, Lazim & Hassali, 2017) y presentan mayores síntomas depresivos (Chew, Vos, Mohd-Sidik & Rutten, 2016; Perrin, Davies, Robertson, Snoek & Khunt, 2017). La angustia por diabetes también se ha relacionado “con la baja adherencia al tratamiento farmacológico y la falta de ejercicio” (Martínez-Vega, Doubova & Pérez-Cuevas, 2017). La presencia de angustia por la enfermedad “puede provocar inseguridad en el manejo y sensación de frustración, lo cual puede afectar en la autoeficacia”.

El “tratamiento de la DMT2 es complejo, deben cumplir con acciones de autocuidado como el apego farmacológico”, la alimentación “saludable, el ejercicio, el no consumo de alcohol o tabaco y el manejo adecuado de los aspectos psicológicos”(ADA, 2018; IMSS, 2018; Simplicio, Lopes & Jácome, 2017). La ADA (2016):

[...] establece que el control glucémico, indicado por cifras de HbA1c < 7% -estándar de oro-, se asocia positivamente con el autocuidado -AC- de la DMT2, disminuyendo la probabilidad de desarrollar complicaciones, dentro de las que sobresalen las microvasculares. Si este control se logra inmediato al diagnóstico, hay una alta probabilidad de que además disminuyan las complicaciones macrovasculares.

Las capacidades de autocuidado se expresan como las habilidades especializadas que los individuos desarrollan para comprometerse en su autocuidado; se asocian con la etapa de maduración de las personas, para realizar acciones voluntarias y deliberadas de autocuidado de manera más efectiva en el logro de objetivos y fines

deseados. El autocuidado es aprendido, y se refiere a las actividades orientadas hacia objetivos de salud individuales; es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida hacia las mismas personas o a su medio ambiente, para regular los factores que afectan el desarrollo, funcionamiento, salud y bienestar.

Los pacientes diabéticos necesitan los servicios de salud recurrentes, aunado a la creciente incidencia de complicaciones y al gasto económico en la familia. Es fundamental valorar la presencia de comorbilidades en el contexto de la evaluar rutinariamente los síntomas de angustia y otros padecimientos psicológicos en particular cuando los objetivos de tratamiento no se cumplen; por ello se deben considerar los aspectos antes mencionados sobre el autocuidado en adultos con diabetes. El propósito de este estudio fue establecer la relación que existe entre las capacidades de autocuidado, angustia por diabetes y las acciones de autocuidado.

Metodología

Diseño transversal y correlacional (Polit & Hungler, 1999). La muestra fue no probabilística por conveniencia, conformada por 155 pacientes. El reclutamiento se realizó en tres centros de salud en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Los participantes fueron adultos que acudieron a la consulta para el control de su diabetes, a través del censo durante los meses de marzo a mayo (2017).

Los criterios de inclusión fueron adultos entre 18-59 años, con al menos un año de diagnóstico de diabetes tipo 2, que aceptaron y firmaron el consentimiento informado para el estudio. Se excluyeron a los pacientes con algún padecimiento que limitará su movilidad o problema psiquiátrico, así como quienes no sabían leer o escribir.

Fue aplicada una cédula de datos personales, constituida por datos sociodemográficos, clínicos y consumo alcohol y tabaco; se incluyeron tres instrumentos previamente validados. Se aplicó el cuestionario de acciones de cuidado en diabetes (Toobert & Glasgow, 1996), que

[...] consta de 11 ítems para medir las actividades que la persona realiza para controlar su diabetes; las opciones de respuesta se establecen en tres tipos de patrones: a) escala del 1 -siempre- al 5 -nunca- para las preguntas 1, 10 y 11; b) escala del 1 -0%- al 5 -100%- en las preguntas 2, 3, 4, 5, 7 y 9 y; una escala que va de 0 al 7 -preguntas 6 y 8- que [corresponden] al número de días en los que la persona realizó actividades durante la semana. Los ítems 1, 4, 5, 10 y 11 se evalúan a la inversa; la puntuación original osciló entre 9 y 59, el resultado se transformó en valores de 0 a 100 donde a mayor puntuación mejor fue el autocuidado; con un Alfa de Cronbach de 0.66 (Gallegos-Cabriales, Salazar-González & Gutiérrez-Valverde, 2011)

Escala de autoeficacia -*Self-Efficacy for Diabetes*-, se integró por ocho ítems, para evaluar la seguridad de la persona para realizar actividades correspondientes al cuidado de su enfermedad (Loring, Ritter & González, 2003). “Las opciones de respuesta fueron de 1 -nada seguro- al 10 -totalmente seguro-; el puntaje final osciló entre 8 y 80, el resultado se transformó en valores de 0 a 100, mayor puntaje indicó mejor autoeficacia”, con Alfa de Cronbach de 0.85 (Loring et al., 2003). Además, la escala de *distress* o angustia por la diabetes (The Diabetes Distress Scale [DDS]), “con 17 ítems, para evaluar diversas situaciones que pueden generar angustia en personas con diabetes” (Polonsky et al., 2005). Las opciones de respuesta:

[...] fueron de 1 -no es problema- al 6 -es un problema muy grave-; el puntaje final se obtiene realizando la sumatoria de las respuestas y dividiendo el total entre 17, un resultado mayor o igual a 3 puntos indica angustia moderada, lo que requiere atención clínica
[tuvo Alfas de 0.93].

La recolección de datos fue realizada por personal previamente capacitado quienes informaron a los participantes sobre los objetivos del estudio y presentaron el consentimiento informado con apego estricto a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2014). El análisis de los datos se realizó a través del SPSS versión 20 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva -frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión- e inferencial no paramétrica, debido a que las variables no reportaron normalidad en la distribución de los datos -correlación de Spearman-; se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors.

Resultados

La muestra se conformó por 155 participantes, con edad promedio de 43.26 años ($DE = 9.7$), con escolaridad secundaria, predominando las mujeres -73.5%- y con pareja -65.2%-. Clínicamente, se caracterizaron por tener menos de 3 años de diagnóstico y con problemas de sobrepeso.

Las personas entrevistadas indicaron tener las habilidades para cumplir con los cuidados que demanda la diabetes ($M = 52.6$, $DE = 16.8$); sin embargo, las acciones de autocuidado reportadas fueron relativamente bajas ($M = 30.0$, $DE = 7.9$) y aparentemente no presentaron angustia ante su enfermedad.

Para dar respuesta al objetivo del estudio, el análisis bivariado mostró que existe una fuerte relación positiva entre las acciones de autocuidado y las capacidades de autocuidado ($r = .459$, $p < .01$); es decir, a medida que se incrementan las habilidades para cuidar de su diabetes, mayor es el autocuidado que realizan.

Mientras que la angustia se relacionó con el autocuidado de forma negativa ($r = -.184, p < .01$), donde a mayor angustia por el manejo de la enfermedad menos acciones de autocuidado.

Discusión

Los participantes tenían en promedio 43 años, tener un nivel educativo de secundaria; la escolaridad se ha visto asociada con un mal manejo en el tratamiento integral de la diabetes (Galindo, Rico & Padilla, 2014), lo que guarda relación con el desarrollo de habilidades para ejecutar acciones de autocuidado en los adultos. Clínicamente, con pocos años de diagnóstico y con problemas de sobrepeso, se tienen datos similares a los de Compean, Quintero, Del ángel, Reséndiz, Salazar & González (2013); estos datos sugieren que posiblemente tienen riesgo de complicaciones a futuro.

Las capacidades de autocuidado que indicaron los entrevistados fueron aceptables para sobrellevar su diabetes similar con otro estudio (Herrera, Andrade, Hernández, Manrique, Faria & Machado, 2012), pero difiere del de Soler, Pérez, López & Quesada (2016), quienes indicaron que las habilidades son bajas independientemente de las funciones de la persona. La variable autocuidado mostró bajos niveles de cumplimiento en los participantes; lo que sugiere que las personas sobreestiman sus habilidades sobre todo cuando las personas son relativamente jóvenes, como en el presente estudio.

El análisis bivariado indicó que a medida que aumentan las acciones de autocuidado y las capacidades de autocuidado disminuyen los niveles de angustia; estos resultados sugieren que es más probable que las personas que tienen más confianza en sus capacidades ejecuten su autocuidado, aun cuando presenten alguna condición de angustia o ansiedad ante el manejo de la enfermedad. Además, se encontró que a mayores capacidades de autocuidado, mejores niveles de cumplimiento; dato similar a otros estudios (D'Souza, Karkada, Parahoo, Venkatesaperumal, Achorax & Cavaban, 2017) que indican que las habilidades para manejar la enfermedad son un factor importante en el buen cuidado de la diabetes.

Conclusiones

La evidencia indica que personas que padecen diabetes tipo 2 con pocos años de diagnóstico, baja escolaridad y relativamente jóvenes sobreestiman sus capacidades de autocuidado, sin embargo, no realizan las acciones de autocuidado para mantener su condición en estado óptimo. Sin duda, la edad juega un papel importante en la ejecución del autocuidado otorgando poca importancia a su condición crónica. Se evidenció que los participantes no indicaron sentir angustia ante la diabetes, sin embargo, esta condición debe ser valorada ya que con frecuencia no es expresada

por los participantes, sobre todo si son hombres, y por lo tanto no se diagnostican ni se tratan a tiempo.

El personal de enfermería debe atender estos factores que influyen en el manejo de la enfermedad en personas con pocos años de diagnóstico, y realizar intervenciones que incrementen sus habilidades y acciones de autocuidado para mejorar su control glucémico y retrasar las complicaciones.

Referencias

- American Diabetes Association [ADA]. (2016). “Diabetes tipo 2”. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/?loc=util-header-es>
- American Diabetes Association. (2018). “Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes”. *Diabetes Care*, 41(1), 38–50. doi.org/10.2337/dc18-S004
- American Diabetes Association [ADA]. (2017). “Standards of Medical Care in Diabetes [Estándares de atención médica en diabetes]”. *Diabetes Care*, 40(1): S1-S135. Recuperado de: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40_Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf
- Compean-Ortiz, L. G., Quintero-Valle, L. M., Del-Ángel-Pérez, B., Reséndiz-González, E., Salazar-González, B. C., & González-González, J. G. (2013). “Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem”. *Aquichán*, 13(3), 347-362.
- Chew, B. H., Vos, R., Mohd-Sidik, S., & Rutten, G. E. (2016). “Diabetes-related distress, depression and distress-depression among adults with type 2 diabetes mellitus in Malaysia”. *PLoS One*, 11(3), e0152095. DOI.org/10.1371/journal.pone.0152095
- DeFronzo, R. A. (2009). “From the triumvirate to the ominous octet: A new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus [De triunvirato al octeto ominoso: un nuevo paradigma para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2]”. *Diabetes*, 58, 773-794.
- D’Souza, M. S., Karkada, S. N., Parahoo, K., Venkatesaperumal, R., Achora, S., & Cayaban, A. R. R. (2017). “Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes”. *Applied Nursing Research*, 36, 25-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.004>
- Faerch, K., Vaag, A., Holst, J., Hansen, T., Jorgensen, T., & Borch-Johnsen, K. (2009). “Natural history of insulin secretion in the progression from normal glucose tolerance to impaired fasting glycemia and impaired glucose tolerance: the inter99 study”. *Diabetes Care*, 32(3), 439-444.
- Federación Internacional de Diabetes. (2015). *Atlas de la Diabetes de la FID* (7ma ed.), pp. 25-79.
- Galindo-Martínez, M. G., Rico-Herrera, L., & Padilla-Raygoza, N. (2014). “Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2”. *Aquichán*, 14(1), 7-19.

- Gallegos, C. E., Salazar, G. B., & Gutiérrez, V. J. (2011). "Teoría e investigación en autocuidado. Trabajo presentado en el primer Congreso Internacional de Modelos y teorías de enfermería: Transición de la teoría a la práctica". Recuperado de: http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2011/cong_enfermeria/memorias/confe_Centr/Teoria_Aplicacixn_Autocuidado.pdf
- Herrera, L. A., Andrade, Y., Hernández, O., Manrique, J., Faria, K., & Machado, M. (2012). "Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena". *Avances en Enfermería* 30(2), 39-46.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). "Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención". Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
- Jannoo, Z., Wah, Y. B., Lazim, A. M., & Hassali, M. A. (2017). "Examining diabetes distress, medication adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients". *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 9, 48-54. doi.org/10.1016/j.jcte.2017.07.003
- Kumar, N., Unnikrishnan, B., Thapar, R., Mithra, P., Kulkarni, V., Holla, R., ... & Aithal, S. (2017). "Distress and its effect on adherence to antidiabetic medications among type 2 diabetes patients in Coastal South India". *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 8(2), 216-220. doi: 10.4103/0976-9668.210008.
- Loring, K. R., Ritter, P. L., & González, V. M. (2003). "Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial [Auto-manejo de la enfermedad crónica en hispanos: ensayo aleatorizado basado en comunidad]". *Nursing Research*, 52(6), 361-369.
- Martinez-Vega, I. P., Doubova, S. V., & Pérez-Cuevas, R. (2017). "Distress and its association with self-care in people with type 2 diabetes". *Salud Mental*, 40(2), 47-55. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.007>
- Pereira, M., Neves, C., Pereira, J. P., Carqueja, E., Alves, M., Carvalho, D., Coelho, R., & Medina, J. L. (2009). "Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad". *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 77-82.
- Perrin, N. E., Davies, M. J., Robertson, N., Snoek, F. J., & Khunti, K. (2017). "The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis". *Diabetic Medicine*, 34(11), 1508-1520.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud. Diseños de investigación en ciencias de la salud*, (6ta ed.). McGraw Hill Interamericana.
- Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J., ... & Jackson, R. A. (2005). "Assessing psychosocial stress in diabetes: Development of the Diabetes Distress Scale". *Diabetes Care*, 28(3), 626-631. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626>
- Secretaría de Salud. (1987). "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

- Investigación para la Salud”. Última reforma DOF 02-04-2014. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Simplicio, O. P., Lopes, C. M., Ferreira, L., Danielma, J., & Jácome, L. C. (2017). “Autocuidado en diabetes mellitus: estudio bibliométrico”. *Enfermería Global*, 16(45), 634-688. DOI.org/10.6018/eglobal.16.1.249911
- Soler, Y. M., Pérez, E., López, M. C., & Quesada, R. D. (2016). “Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 244-252.
- Toobert, D.J., & Glasgow, R. E. (1996). “Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire”. En *Handbook of psychology and diabetes*, 351-375.

Capítulo VI. Autoeficacia en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en indígenas mixtecos

DCE. Geu Mendoza Catalán

DCE. Alma Angélica Villa Rueda

DCE. Claudia Jennifer Domínguez Chávez

Introducción

La diabetes es una emergencia mundial en materia de salud pública del siglo XXI. Se estima que cerca de 425 millones de personas viven con diabetes en el mundo y el 77% de “las personas con diabetes viven en países de ingresos” bajos y medios (Federación Internacional de Diabetes [IDF], 2017). “Aproximadamente 5 millones de personas entre los 20 y 79 años murieron a causa de la diabetes [y] sus complicaciones en 2017”, lo cual representó el 14.5% del total de muertes (IDF, 2017). En México, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) fue de 9.4%; 8.4% hombres y 10.3% mujeres (Rojas-Martínez et al., 2018) y es la segunda causa de mortalidad -15.2%- después de las enfermedades cardíacas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018). Las cifras de morbilidad por diabetes están diferenciadas por sexo, donde la prevalencia de incidencia es mayor en mujeres en comparación con los hombres, “tanto en localidades urbanas -10.5% en mujeres y 8.2% en hombres- como en rurales -9.5% en mujeres, 8.9% en hombres-” (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT-MC], 2016).

En México las complicaciones más frecuentes de la DMT2 son: infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación y muerte prematura, éstas representan las causas de hospitalización más comunes en el país (Hernández-Ávila, Gutiérrez, & Reynoso-Noverón, 2013). El desarrollo de complicaciones, la falta de cumplimiento del autocuidado y control glucémico puede estar dado por la baja autoeficacia en el manejo de la DMT2. La autoeficacia percibida es un elemento importante para poder realizar una conducta, aumenta la probabilidad para su cumplimiento y su desempeño (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Por lo que una mayor autoeficacia percibida da como resultado menos barreras para un comportamiento de salud específico (Aristizábal, Blanco, Sánchez, Meléndez & María, 2011) y mayor éxito para obtener determinados resultados positivos de salud (Bandura, 1977).

La autoeficacia se ha relacionado con diferentes conductas de salud (Olivari-Medina & Urra-Medina, 2007). En personas con diabetes incrementa el cumplimiento de las actividades de autocuidado (Mendoza-Catalán, Gallegos-Cabriales & Gutiérrez-Valverde, 2018; Mishali, Omer & Heymann, 2010), la adherencia a los medicamentos (Álvarez & Barra 2010; González, González, Vázquez & Galán, 2015), control glucémico (Amer, Mohamed, Elbur, Abdelaziz, & Elrayah, 2018; Canales & Barra, 2014) y mejora la calidad de vida (Guerrero-

Alcedo, Parra-Soteldo & Mendoza-Oropeza, 2016). En otros países, las personas con DMT2 han reportado niveles altos de autoeficacia con respecto al control de la diabetes. Lo anterior, se ha asociado con el nivel educativo, la exposición a educación en diabetes y el apoyo social (Amer et al., 2018; Canales & Barra, 2014).

Las poblaciones indígenas en diferentes países presentan menor esperanza de vida, mayor tasa de muerte prematura y pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos (Brown, 2013). Se considera que las personas indígenas con DMT2 pueden presentar mayores desigualdades que la población con diabetes no indígena. Por ejemplo, las poblaciones indígenas en Canadá tienen mayor prevalencia de diabetes y mayor desarrollo de complicaciones que la población no indígena (Crowshoe et al., 2018). En México, se han realizado estudios en poblaciones indígenas de mazatecos (Castro & Escobedo, 1997) y otomís (Alvarado-Osuna, Milian-Suazo & Valles-Sánchez, 2001). Sin embargo, no se identificaron estudios en la población indígena mixteca del estado de Oaxaca.

En México, Oaxaca es el estado que concentra el mayor porcentaje de población indígena. Dentro del tema de salud y enfermedad prevalecen las creencias culturales sobre las causas de sus padecimientos y el uso de medicinas tradicionales (Espinoza et al., 2016). Entre la población indígena la diabetes se atribuye a un *susto*, por lo que suele ser tratada a través de remedios caseros. Se sabe que la población tiene dificultades para seguir una alimentación saludable, debido a que la mayor parte de la comida tradicional es hipercalórica, misma que se acostumbra a acompañar con bebidas azucaradas (Frank & Durden, 2017). Por tanto, el contexto cultural, económico y educativo que presentan las poblaciones indígenas, podría interferir en la autoeficacia para el manejo de la DMT2.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de autoeficacia en el manejo de la DMT2 en personas de origen mixteco que habitan en el estado de Oaxaca. Adicionalmente, se planteó identificar la asociación entre las características sociodemográficas y variables clínicas con el nivel de autoeficacia en el manejo de la DMT2. También se buscó explorar las diferencias en la autoeficacia en el manejo de la DMT2 acorde al sexo, el consumo de alcohol y tabaco.

Metodología

Para este estudio se realizó un diseño de tipo descriptivo y correlacional (Grove, Gray, & Burns, 2016). La población de interés fueron personas con diagnóstico de DMT2, con un rango de 20 a 65 años, residentes de las comunidades de Santiago Jamiltepec, San Pedro Jicayán y San Lorenzo, Oaxaca, que acudían a la consulta médica en los centros de atención primaria de su localidad. La muestra fue de 212 personas y el muestreo fue por conveniencia. Se incluyeron personas con diagnóstico previo de

un año, que hablaban y entendían el español. Fueron excluidos quienes presentaban algún problema de salud mental y que no se autoidentificaran como mixtecos.

Para las mediciones se construyó una cédula para datos sociodemográficos -edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y horas de trabajo a la semana-, antropométricos y clínicos. Las mediciones antropométricas incluyeron el IMC y circunferencia de cintura. Las mediciones clínicas fueron: el tiempo de diagnóstico -años que han transcurrido desde su diagnóstico hasta el momento de la entrevista- y las cifras de presión arterial. Para medir la autoeficacia en DMT2 se utilizó el cuestionario de la Autoeficacia en el manejo de la DMT2 (Bijl, Poelgeest, & Shortridge, 1999). El cuestionario se integra por 20 ítems, distribuido en cuatro dimensiones: a) alimentación específica y peso, ítems 6, 13-16; b) nutrición general y tratamiento médico, ítems 4, 5, 7, 9, 10, 17-20; c) ejercicio físico, ítems 8, 11, 12; d) monitoreo de la glucosa, ítems 1-3. La escala de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos; donde 5 corresponde a *Definitivamente sí*, 4 *probablemente sí*, 3 *tal vez sí o no*, 2 *probablemente no* y 1 *definitivamente no*. La puntuación mínima corresponde a 20 y la máxima a 100 puntos, las puntuaciones más altas indican una mayor autoeficacia en el manejo de la DMT2. El Alfa de Cronbach en este estudio fue de 0.81 (Grove, Gray, & Burns, 2016).

La investigación se apegó a los principios establecidos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). El estudio se realizó con previa aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California y se obtuvo la autorización de las Instituciones de salud de cada localidad.

La recolección de datos se realizó en cada centro de atención primaria, para ello se abordó a los usuarios que acudían a consulta. Al contacto con cada paciente se verificaron los criterios de inclusión y exclusión. En caso de ser candidato, se dio a conocer el objetivo de la investigación y si la persona aceptaba participar, se procedía con la lectura y firma del consentimiento informado, otorgando copia de este. Para el caso de las personas que fueron analfabetas, se realizó la lectura del consentimiento informado en presencia de algún familiar. Posteriormente se tomaron los datos sociodemográficos, se realizaron las mediciones clínicas y antropométricas. Después se aplicó el cuestionario de autoeficacia en el manejo de la DMT2. Todas las mediciones fueron realizadas en un espacio que favoreció la privacidad y comodidad de los participantes.

En el análisis estadístico, los datos fueron capturados y analizados en el programa SPSS versión 24. Para la descripción de los datos, se utilizaron porcentajes para variables categóricas y medidas de tendencia central para variables continuas. Previo al análisis inferencial, se efectuó la prueba de normalidad de Kolmogorov-

Smirnov con corrección de Lilifors $p < .05$. Se utilizó la prueba U de Mann Whitney para analizar las diferencias de la autoeficacia en el manejo de la DMT2 acorde al sexo, consumo de alcohol y tabaco. Finalmente, se realizó una matriz de correlación con la prueba de Spearman.

Resultados

La muestra estuvo conformada principalmente por mujeres -69.8%-. Respecto a los datos sociodemográficos se encontró que el 68.4% de la muestra se encontraba casado y el nivel de escolaridad en promedio correspondió a primaria. El 19.3% reportó consumir bebidas alcohólicas y 9.4% fumaba. Los participantes presentaron en promedio un IMC que corresponde a sobrepeso. Mientras que las medias de las cifras de presión arterial se encontraron en el rango óptimo. El nivel de autoeficacia en el manejo de la DMT2 fue superior a la media.

Respecto a las diferencias acorde al sexo, consumo de alcohol y tabaco, se encontró que los hombres y los participantes que reportaron consumir alcohol y tabaco tenían una menor autoeficacia para el manejo de la DMT2.

Finalmente, se encontró correlaciones significativas entre la autoeficacia en el manejo de la DMT2 y la circunferencia de cintura y con las horas de trabajo. Por sub-dimensiones, la escolaridad se correlacionó con el ejercicio físico ($r = .143$, $p < .05$), la cintura con la nutrición general y el tratamiento médico ($r = -.180$, $p < .01$) y monitoreo de glucosa ($r = -.350$, $p < .01$).

Discusión

El objetivo de esta investigación fue identificar el nivel de autoeficacia en el manejo de la DMT2 en población indígena mixteca de Oaxaca y las variables asociadas. La población se caracterizó por pertenecer a tres comunidades mixteco hablantes y tener un tiempo de diagnóstico menor de diez años, nivel educativo de primaria, presentar sobrepeso, puntuaciones de presión arterial aparentemente óptimas y un nivel de autoeficacia por encima de la media, a diferencia de otros estudios en poblaciones urbanas (Mendoza-Catalán et al., 2018), la población indígena presentó menor puntuación de autoeficacia en el manejo de la DMT2.

Los niveles de autoeficacia en el manejo de la DMT2 presentaron diferencias por el sexo de las personas que participaron. Consistente con estudios previos, los hombres presentaron niveles inferiores de autoeficacia en comparación con las mujeres (Mendoza-Catalán, Chaparro-Díaz, Gallegos-Cabriales & Carreno-Moreno, 2018). De acuerdo con la construcción social de la masculinidad, en la edad adulta los hombres tienen como prioridad trabajar y ser proveedores del hogar. En las comunidades indígenas las principales actividades laborales son la agricultura y

la ganadería, ambos centros de trabajo suelen estar retirados de sus comunidades, limitando el acceso a las instituciones de salud, monitoreo, control y educación en DMT2. Por el contrario, las mujeres en las comunidades mantienen las creencias e ideas de dedicarse al hogar y a la familia y ser quienes deban desarrollar habilidades de cuidado para sus familiares y para ellas mismas (Jiménez-Ruiz & Moya-Nicolás, 2018).

Así mismo, las personas que consumen alcohol y tabaco presentaron menor nivel de autoeficacia en el manejo de la DMT2. Esto puede deberse a la resistencia por parte de las personas a los cambios de estilos de vida y la falta de aceptación de su enfermedad (Lorente, 2007; Rodríguez-Moctezuma et al., 2015). A diferencia de otros estudios, el consumo de alcohol y tabaco fue menor en esta población indígena con DMT2 (Jiménez-Corona, Aguilar-Salinas, Rojas-Martínez & Hernández-Ávila, 2013). A pesar de ser menor el consumo, en las comunidades rurales se presenta mayor prevalencia de consumo excesivo de alcohol, situación que podría empeorar la búsqueda de atención médica y el desarrollo de habilidades de cuidado cuando se pretende disminuir el consumo de estas sustancias que son dependientes.

Finalmente, la autoeficacia se correlacionó de manera negativa con la circunferencia de cintura y las horas de trabajo. En las poblaciones indígenas prevalece el imaginario de que las personas con sobrepeso son saludables y el hecho de que la DMT2 no genere síntomas alarmantes por los cuales se deba buscar atención médica, refuerza sus creencias, las cuales pueden interferir en las habilidades para seguir un régimen nutricional adecuado, adherirse al tratamiento y para el monitoreo sistemático de la glucosa. Por otra parte, a medida que las personas trabajan más horas presentan menores niveles de autoeficacia, la falta de tiempo es un factor que se ha reportado anteriormente como una barrera para la búsqueda de atención médica y diagnóstico de enfermedades crónicas (Hawkins et al., 2015; Paduch et al., 2017). En las comunidades rurales también se encuentra otras barreras para el acceso a la atención médica, como la distancia, falta de medicamentos y el trato recibido (Hirnas-Adaury et al., 2013; Montero-Mendoza, 2011).

En conclusión, es determinante desarrollar programas para mejorar los niveles de autoeficacia en el manejo de la DMT2 en las poblaciones indígenas de origen mixteco. Dichas estrategias necesitan contemplar el género como una dimensión transversal socio-estructural que permea los procesos de salud-enfermedad, que refuerza y construye normas sociales asociadas a las masculinidades y a las formas de ser y de percibirse mujer. Las estrategias necesitan incluir y articular elementos como el acceso a servicios de prevención y tratamiento de la DMT2, desde el traslado a dichos servicios, como el costo y el idioma en que estos servicios son otorgados. De igual manera, realizar las visitas domiciliarias o a los centros de trabajo para el caso de los hombres que permita obtener información para desarrollar habilidades

de cuidado en la DMT2 en su ambiente de laboral e incidir en las conductas que pueden derivar en resultados negativos para la salud.

Como limitación, por el tipo de diseño no se puede identificar causa-efecto entre las variables. No se pudo abordar a la población mono-bilingüe por la falta de adaptación de los cuestionarios al idioma mixteco y la estimación del nivel de hemoglobina glucosilada para determinar el efecto de la autoeficacia.

Referencias

- Alvarado-Osuna, C., Milian-Suazo, F., & Valles-Sánchez, V. (2001). "Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes". *Salud Pública de México*, 43, 459-463.
- Álvarez-Mabán, E., & Barra-Almagiá, E. (2010). "Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados". *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 63-72.
- Amer, F. A., Mohamed, M. S., Elbur, A. I., Abdelaziz, S. I., & Elrayah, Z. A. (2018). "Influence of self-efficacy management on adherence to self-care activities and treatment outcome among diabetes mellitus type 2". *Pharmacy Practice*, 16(4).
- Aristizábal, G. P., Blanco, D. M., Sánchez, A., Meléndez, O., & María, R. (2011). "El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión". *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23.
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change". *Psychological review*, 84(2), 191-215
- Bijl, J. v. d., Poelgeest-Eeltink, A. v., & Shortridge-Baggett, L. (1999). "The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus". *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 352-359.
- Brown, A. (2013). "The impact of diabetes in Indigenous people-putting an end to harm on harm". *Diabetes Voice*, 58(1), 18-19.
- Canales, S. V., & Barra, E. A. (2014). "Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II". *Psicología y Salud*, 24(2), 167-173.
- Castro, H., & Escobedo, J. (1997). "Prevalencia de la diabetes mellitus no dependiente de insulina y factores de riesgo asociados, en población mazateca del estado de Oaxaca, México". *Gaceta Médica de México*, 133(6), 527.
- Crowshoe, L., Dannenbaum, D., Green, M., Henderson, R., Hayward, M. N., & Toth, E. (2018). "Type 2 diabetes and Indigenous peoples". *Canadian Journal of Diabetes*, 42, S296-S306.
- Espinoza, G. R., Castañeda, S. F., Pérez, R. L., Nodora, J. N., González, P., López, E. J., & Talavera, G. A. (2016). "Diabetes Cultural Beliefs and Traditional Medicine Use Among Health Center Patients in Oaxaca, Mexico". *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1413.

- Everett, M., & Wieland, J. N. (2012). "Diabetes among Oaxaca's transnational population: an emerging syndemic". *Annals of Anthropological Practice*, 36(2), 295-311.
- Frank, S. M., & Durden, T. E. (2017). "Two approaches, one problem: Cultural constructions of type II diabetes in an indigenous community in Yucatán, Mexico". *Social Science and Medicine*, 172, 64-71.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7ma ed.). España: Elsevier.
- Guerrero-Alcedo, J. M., Parra-Soteldo, L. R. & Mendoza-Oropeza, J. C. (2016). "Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis". *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 193-203
- González-Cantero, J. O., González, M. D. L. Á., Vázquez, J., & Galán, S. (2015). "Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2". *Revista de Investigación en Psicología*, 18(1), 47-61.
- Hawkins, J., Watkins, D. C., Kieffer, E., Spencer, M., Espitia, N., & Anderson, M. (2015). "Psychosocial factors that influence health care use and self-management for African American and Latino men with type 2 diabetes: An exploratory study". *The Journal of Men's Studies*, 23(2), 161-176.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). "Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia". *Salud Pública de México*, 55, s129-s136.
- Hernández-Ávila, M., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Acosta, L., Gaona-Pineda, E., ... & Villalpando-Hernández, S. (2016). "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública".
- Hirmas-Adauy, M., Poffald-Angulo, L., Sepúlveda, J., María, A., Aguilera-Sanhueza, X., Delgado-Becerra, I., & Vega-Morales, J. (2013). "Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas* (8th edn.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Recuperado de: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_Diabetes_Atlas_8e_ES_final.pdf [18 de septiembre de 2019]
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). "Características de las defunciones registradas en México durante 2017". Comunicado de prensa. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf> [10 de noviembre de 2019]
- Jiménez-Corona, A., Aguilar-Salinas, C. A., Rojas-Martínez, R., & Hernández-Ávila, M. (2013). "Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control". *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S137-S143.

- Jiménez-Ruiz, I., & Moya-Nicolás, M. (2018). “La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar”. *Enfermería Global*, 17(49), 420-447.
- Lorente, I. (2007). “Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico”. *Avances en Diabetología*, 23(2), 94-99.
- Mendoza-Catalán, G., Chaparro-Díaz, L., Gallegos-Cabriales, E., & Carreno-Moreno, S. (2018). “Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa”. *Enfermería Universitaria*, 15(1), 90-102
- Mendoza-Catalán, G., Gallegos-Cabriales, E., & Gutiérrez-Valverde, J. M. (2018). Autocuidado del hombre con diabetes mellitus tipo 2: impacto del machismo. *Enfermería Global*, 17(51), 1-25.
- Mishali, M., Omer, H., & Heymann, A. D. (2010). “The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes”. *Family Practice*, 28(1), 82-87.
- Montero-Mendoza, E. (2011). “Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica: el caso del sureste de Veracruz, México”. *Salud Colectiva*, 7(1), 73-86.
- Olivari-Medina, C., & Urra-Medina, E. (2007). “Autoeficacia y conductas de salud”. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15.
- Paduch, A., Kuske, S., Schiereck, T., Droste, S., Loerbroks, A., Sørensen, M., ... & Icks, A. (2017). “Psychosocial barriers to healthcare use among individuals with diabetes mellitus: a systematic review”. *Primary Care Diabetes*, 11(6), 495-514.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson Education.
- Rojas-Martínez, R., Basto-Abreu, A., Aguilar-Salinas, C. A., Zárate-Rojas, E., Villalpando, S., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). “Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México”. *Salud Pública de México*, 60, 224-232.
- Rodríguez-Moctezuma, J. R., López-Delgado, M. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Jiménez-Luna, J., López-Ocaña, L. R., & Chacón-Sánchez, J. (2015). “Etapas del Duelo en diabetes y control metabólico”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5), 546-551.
- Secretaría de Salud (2014). “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud”. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf [10 de noviembre de 2019]

Capítulo VII. Factores psicosociales y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2: revisión sistemática

DCE. Lilibiana Leticia Juárez Medina

DCE. Geu Mendoza Catalán

Dra. Nohemí Selene Alarcón Luna

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 -DMT2- es una enfermedad metabólica que se caracteriza por tener niveles elevados de glucosa en sangre, lo que a la larga puede causar múltiples complicaciones. La prevalencia mundial de DMT2 es de 8.8% y se prevé que para el año 2045 la cifra aumente a 9.9% (Federación Internacional de Diabetes, [FID], 2018). “En México, la enfermedad muestra tendencia al incremento ya que en el 2012 fue de 9.2% y en el 2016 de 9.4%” (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2016). Entre las causas de la DMT2 se encuentran la falta de actividad física, el sobrepeso, el factor hereditario y la mala alimentación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

La DMT2 está asociada con distintas complicaciones como cardiopatías y nefropatías lo que incrementa la mortalidad en edades más tempranas. No obstante, los estudios han demostrado que, con un buen manejo, “muchas de las complicaciones de la diabetes se pueden prevenir” o retrasar (Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD], 2019):

[...]La diabetes representa un reto para el sector sanitario y para la sociedad, no solo por los recursos económicos y de infraestructura que requieren los prestadores de servicios de salud para brindar una atención adecuada, sino también por el costo económico y emocional en las personas que la padecen.

En el tratamiento del paciente con DMT2, es necesario enfocarse en los cambios relacionados con la alimentación, nutrición y fomentar la actividad física, así como el apego al tratamiento para prevenir o controlar los niveles altos de glicemia en la sangre, ya que si uno de estos requisitos no se lleva a cabo el tratamiento no funcionará y esto tiene como consecuencia complicaciones en distintos órganos blancos (ALAD, 2019). De acuerdo con la *American Diabetes Association* (ADA, 2018) las medidas terapéuticas que deben llevar los pacientes con DMT2 son: monitoreo de glucosa, tratamiento farmacológico, terapia psicológica, terapia nutricional, actividad física y cambios en los estilos de vida.

Sin embargo, existen diversos factores que conllevan a que la persona con diabetes no modifique sus estilos de vida y no siga las recomendaciones en cuanto a su tratamiento (Blackburn, Swidrovich y Lemstra, 2013). La adherencia al

tratamiento o adherencia terapéutica se refiere al “grado en que el comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004). Los factores que pueden ocasionar la no adherencia terapéutica pueden ser de tipo social o de ende psicológico. Dentro de los de tipo social se encuentran el apoyo familiar y el nivel socioeconómico, mientras que los de tipo psicológico pueden ser el estrés, la depresión, la ansiedad y la personalidad (FID, 2017).

Es importante identificar los factores psicosociales que afectan la adherencia terapéutica del paciente para comprender este fenómeno y poder tomar las medidas necesarias en el apego al tratamiento. La no adherencia terapéutica representa un tema fundamental en el cuidado del paciente con DMT2, por lo que conocer los factores que inciden en los cambios en el estilo de vida, puede dar sustento a las intervenciones de enfermería en la promoción de la adherencia. Asimismo, es necesario que los factores psicosociales se expliquen dentro de un contexto determinado, en este caso en la población latina, debido a las diferencias sociales y culturales en relación con otras poblaciones. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como propósito analizar la literatura que menciona cuál es la relación entre los factores psicosociales y la adherencia terapéutica en pacientes adultos latinoamericanos con DMT2.

Metodología

La revisión sistemática se realizó con base en el protocolo de Harris Cooper (2010): 1) planteamiento del problema, 2) recolección de los datos, 3) evaluación de los datos, 4) análisis e interpretación de los datos y 5) reporte final. También se utilizaron las guías Cochrane para revisiones sistemáticas (Higgins y Green, 2011).

Búsqueda de la literatura

Se realizó una búsqueda de literatura para identificar los artículos que contenían información sobre factores psicológicos y sociales y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2. Se identificaron los estudios en las bases de datos de PubMed, EBSCO, SciELO y Web of Science. La búsqueda incluyó artículos publicados del 2009 al 2014.

Estrategia de búsqueda

La combinación de palabras clave que se utilizó fue: *(diabetes OR diabetes type 2 OR diabetes mellitus type II NOT “type I” NOT “type I”) AND (psychosocial OR psychological OR social) AND (therapeutic adherence OR self management OR self care OR treatment adherence OR compliance OR diet OR exercise OR physical activity OR medication) AND (latin* OR mexican**

*OR mexican american OR Hispanic**). Se emplearon Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y descriptores del Medical Subject Headings (MeSH).

Criterios de inclusión

Los estudios incluidos fueron de: 1) adultos de origen latino americano, 2) idioma inglés y español, 3) artículos de texto completo, 4) artículos sobre los factores psicológicos y sociales para la no adherencia al tratamiento farmacológico o no farmacológico, 5) estudios cuantitativos de correlación de los factores y la no adherencia al tratamiento, 6) artículos del año 2009 a 2014. Se excluyeron los estudios de diabetes tipo 1.

Selección de artículos

En una primera fase, se realizó la búsqueda en las bases de datos mediante la combinación de las palabras clave y se obtuvieron 734 de los que se removieron 12 duplicados. Posteriormente se eligieron los artículos mediante el título y el resumen y se aplicaron los criterios de inclusión, quedando 107 artículos de elegibilidad. De estos se excluyeron 89 por las siguientes razones: estudios de tipo cualitativos, estudios de diabetes tipo 1, estudios que no eran de correlación y que no eran de población latina. Finalmente, se obtuvieron 18 artículos para analizar a texto completo que cumplieron con las características necesarias. Para lo anterior, se utilizaron los lineamientos para la elaboración de revisiones sistemáticas PRISMA [*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*] (Urrutia y Bonfill, 2010).

Para la crítica de los estudios a elegir se utilizaron las preguntas de la guía de revisión del programa *Critical Appraisal Skills Programme España* (CASPe), mediante las cuales se identifica el tipo de población, el diseño y la pertinencia de los resultados (Cabello, 2005).

Resultados

Se seleccionaron 18 artículos para la revisión sistemática de los cuales 5 fueron realizados en México, 2 en Brasil, 10 en Estados Unidos y 1 en Chile. La población en los estudios fueron latinos adultos con una edad promedio entre 48 y 68.7 años. Las muestras que se manejaron en los estudios estuvieron entre 50 a 1276.

Los factores psicológicos que se identificaron fueron: depresión, percepción de calidad de vida, estrés, afrontamiento, autoestima y creencias de la enfermedad y medicamentos. Los factores sociales que se localizaron en los estudios fueron: apoyo social, escolaridad, religión, apoyo familiar, conocimiento de la enfermedad, nivel socioeconómico, seguridad alimenticia, conocimiento en salud y apoyo del

equipo en salud. El tipo de tratamiento que se identificó en los artículos fue: dieta, autocuidado, ejercicio, medicamentos y control glucémico.

En cuanto a las relaciones que se identificaron entre los factores psicológicos y la adherencia terapéutica fueron las siguientes. La depresión tuvo relación negativa con la adherencia terapéutica en 4 estudios -1, 2, 3, 4- lo que significó que a mayor depresión menor adherencia; sin embargo, en 3 estudios -5, 6, 7- no se encontró relación. El estrés estuvo relacionado con la dieta en un artículo -6-, lo que significó que a mayor estrés menor apego a la dieta. El afrontamiento se relacionó con el apego a la dieta y a los medicamentos en otro estudio -8-, mientras que en otro no tuvo relación -6-. Las creencias negativas de la enfermedad y del medicamento tuvieron relación negativa con la adherencia a los medicamentos en un estudio -9- que identificó que esas creencias eran predictoras para un pobre apego a los medicamentos. Además, la percepción de la calidad de vida estuvo relacionada con el ejercicio y la dieta en otro estudio -10-, lo que se interpreta a mayor calidad de vida mayor apego.

Las relaciones que se identificaron entre los factores sociales y la adherencia terapéutica fueron las siguientes: El apoyo social tuvo relación positiva con la adherencia terapéutica en 6 estudios -3, 4, 8, 12, 13, 14-; solo en el estudio 6 no se encontró relación. Además, en el estudio 14 el apoyo familiar estuvo relacionado con el control glucémico, mientras que en el 15 no se encontró relación con la adherencia a los medicamentos. En cuanto al apoyo del equipo de salud, en el estudio 15 hubo relación con el apego a los medicamentos. Por otro lado, en el 16 la religión tuvo relación negativa, por lo que a menores creencias religiosas mayores eran las habilidades en el autocuidado.

La escolaridad tuvo relación positiva con la adherencia en 3 estudios -7, 12, 16-, mientras que en el 11 fue negativa; sin embargo, no se encontró relación en 6 estudios -2, 3, 4, 10, 17, 18-. En el estudio 14, sobre nivel de conocimiento de la enfermedad y control glucémico, no hubo relación; no obstante, en el estudio número 17 sobre conocimiento en salud relación negativa con el autocuidado y los medicamentos, en donde a menor conocimiento mayor apego. El nivel socioeconómico tuvo relación positiva con la adherencia en 3 estudios -2, 7, 12-, mientras que en 4 no hubo relación -3, 4, 10, 18-. Por último, en los estudios de 2 y 12 la seguridad alimenticia se relacionó de manera positiva con la adherencia.

Discusión

Los hallazgos de la revisión sistemática dan como evidencia que existen pocos estudios de tipo cuantitativo sobre la relación de los factores psicosociales y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes tipo 2 de origen latino.

En cuanto al factor psicológico depresión los resultados fueron heterogéneos, ya que la relación con la adherencia a algún tratamiento solo se dio en algunos artículos, no obstante, fue la variable más estudiada como factor psicológico asociado al apego. En diversos estudios se ha demostrado que la depresión ocasiona efectos negativos en el autocuidado y la adherencia terapéutica, por lo que es importante que el personal de salud la diagnostique. Además, hay que considerar que la relación entre la DMT2 y la depresión es bidireccional (Lin, Rutter, Katon y Heckbert, 2010). Un factor que es determinante en la adherencia terapéutica es el estrés debido a los efectos negativos en el paciente y su autocuidado, por lo que es fundamental identificarlo y tratarlo (ADA, 2018). También es importante destacar la autoestima y el afrontamiento como variables que afectan el apego, debido a que el paciente con DMT2 se enfrenta con periodos de estrés y depresión relacionados con la enfermedad, lo cual repercute en su nivel de autoestima (González, Tinoco y Benhumea, 2011).

Respecto a los factores sociales, el de mayor relación con la adherencia fue el apoyo social. Se sabe que el apoyo social es el soporte que se le brinda al paciente dentro de una red social, como puede ser del familiar y del propio equipo de salud; este último debe encargarse de proveer al paciente mayores recursos para afrontar la enfermedad y un mayor apego al tratamiento (Goetz y Szecsenyi, 2012). Por otro lado, la escolaridad solo presentó relación en pocos estudios por lo que no queda clara su relación con la adherencia al tratamiento; además hay que diferenciar el nivel educativo, del conocimiento en salud o de la enfermedad. También, se observaron niveles bajos de escolaridad en los estudios y no se encontró relación con la adherencia, esto puede significar que en muchos casos el nivel de escolaridad por sí solo no explica el apego al tratamiento, sino que existen muchos otros factores como los psicológicos. Asimismo, el factor nivel socioeconómico también tuvo resultados heterogéneos. Es importante considerar las limitaciones de la presente revisión ya que se realizó solo en población latinoamericana, solo se incluyeron estudios de tipo cuantitativo y de texto completo.

Conclusiones

Entre los principales factores psicológicos y sociales estudiados en relación con la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2, las más estudiadas son la depresión y el apoyo social. Es importante realizar más estudios en la población latinoamericana sobre otras variables psicosociales que afecten el apego al tratamiento de la diabetes para establecer asociaciones, ya que la mayoría de los estudios encontrados eran en otras poblaciones o de tipo cualitativo. No obstante, también existen diferencias entre la misma población latina de acuerdo con su lugar de origen, por lo que los resultados no pueden ser generalizados.

El estudio de los fenómenos psicosociales sobre el apego al tratamiento debe ser analizado desde distintas aristas, debido a la complejidad del fenómeno. La presente revisión resalta la necesidad de analizar otros factores fuera del paciente como el equipo de salud, el sistema sanitario y las características de la enfermedad. La adherencia al tratamiento es un proceso que debe manejarse de manera individual y con un enfoque multidisciplinar, por lo que se requiere de la acción coordinada de los profesionales de la salud, los investigadores, los planificadores sanitarios y los formuladores de políticas.

Referencias

- American Diabetes Association [ADA]. (2018). "Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes". *Diabetes Care*, 41(1), 38 -50. <https://doi.org/10.2337/dc18-S004>
- Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD]. (2019). "Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia". Recuperado de: http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
- Ávila-Jiménez, L., Cerón O. D., Ramos-Hernández, R. I., & Velázquez, L. L. (2013). "Association of family support and knowledge about the disease with glycemic control in diabetic patients". *Revista Médica de Chile*, 141(2), 173-80.
- Baquedano, I. R., Dos-Santos, M. A., Martins, T. A., & Zanetti, M. L. (2010). "Self-Care of Patients with Diabetes Mellitus Cared for at an Emergency Service in Mexico". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1195-202.
- Boas, L. C. G. V., Foss, M. C., de Freitas, M. C. F., & Pace, A. E. (2012). "Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con diabetes mellitus". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 52-8.
- Cabello, J. B. (2005). "Plantilla para ayudarte a entender una revisión sistemática". *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante, España: CASPe.
- Castro-Aké, G. A., Tovar-Espinosa, J. A., & Mendoza-Cruz, U. (2009). "Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2". *Revista Médica del IMSS*, 47(4), 377-82.
- Cooper, H. (2010). *Research Synthesis and Meta-Analysis: A Step-by-Step Approach* (4ta ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Colby, J., Wang, F., Chhabra, J., & Pérez-Escamilla, R. (2012). "Predictors of Medication Adherence in an Urban Latino Community with Healthcare Disparities". *Journal Immigrant Minority Health*, 14, 589-59.
- Exebio, J., Zarini, G., Exebio, C., & Huffman, F. (2011). "Healthy Eating Index scores associated with symptoms of depression in Cuban-Americans with and without type 2 diabetes: a cross sectional study". *Nutrition Journal*, 10(135).

- Federación Internacional de Diabetes [FID]. (2017). "Diabetes Atlas. Chapter 3 The global picture". Recuperado de: <http://fndiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>
- Fortmann, A. L., Gallo, L. C., Walker, C., & Philis-Tsimikas, A. (2010). "Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(3), 230-4.
- Fortmann, A. L., Gallo, L. C., & Philis-Tsimikas, A. (2011). "Glycemic control among Latinos with type 2 diabetes: the role of social-environmental support resources". *Health Psychological*, 30(3), 251-8.
- Garay-Sevilla, M., Santiago, P.J., & Malacara, J. (2011). "Coping strategies and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus". *Revista de Investigación Clínica*, 63, 155-161.
- Gimenes, T. H., Luchetti, F., & Zanetti, M. (2013). "Factors associated with adherence to treatment of patients with diabetes mellitus". *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 231-7.
- Goetz, K., & Szecsenyi, J. (2012). "The importance of social support for people with type 2 diabetes a qualitative study with general practitioners, practice nurses and patients". *GMS Psycho-social Medicine*, 9.
- González, G. N., Tinoco, G. A., & Benhumea, G. L. (2011). "Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2". *Espacios Públicos*, 14(32), 258-279.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration*. Recuperado de: www.cochrane-handbook.org
- Hu, J., Wallace, D. C., & Tesh, A. S. (2010). "Physical activity, obesity, nutritional health and quality of life in low-income Hispanic adults with diabetes". *Journal Community Health Nursing*, 27(2), 70-83.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 [ENSANUT MC]". Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Kollanoor-Samuel, G., Chhabra, J., Fernández, M. L., Vega-López, S., Pérez, S. S., & Damio, G. et al. (2011). "Determinants of fasting plasma glucose and glycosylated hemoglobin among low income Latinos with poorly controlled type 2 diabetes". *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(5), 809-17.
- Kollanoor-Samuel, G., Vega-Lopez, S., Chhabra, J., Segura-Perez, S., Damio, G., & Perez-Escamilla, R. (2012). "Food insecurity and low self-efficacy are associated with health care access barriers among Puerto-Ricans with type 2 diabetes". *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(4), 552-62.

- Kristin, J., August., & Dara, H. (2011). "Sorkin. Support and Influence in the Context of Diabetes Management: Do Racial/Ethnic Differences Exist". *J Health Psychol*, 16(5), 711-721.
- Lin, E., Rutter, C., Katon, W., & Heckbert S. (2010). "Depression and Advanced Complications of Diabetes". *Diabetes Care*, 33, 264-269.
- Mann, D., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm E. (2009). "Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs". *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 278-28.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). "Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas de la acción". Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Diabetes. (2017). Recuperado de: <http://www.who.int/diabetes/facts/es/>
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). "Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2". *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11.
- Rivera-Hernández, M. (2014). "Depression, self-esteem, diabetes care and self-care behaviors among middle-aged and older Mexicans". *Diabetes Research and Clinical Practice*, 105(1), 70-8.
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). "Declaración Prisma una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis". *Medicina Clínica*, 135(11), 507-5011. Recuperado de: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
- White, R. O., Osborn, C. Y., Gebretsadik, T., Kripalani, S., & Rothman, R. L. (2013). "Health literacy, physician trust, and diabetes-related self-care activities in Hispanics with limited resources". *Journal Health Care Poor Underserved*, 24(4), 1756-68.

Capítulo VIII. Conocimiento, toma de decisiones, aceptación, automanejo de la enfermedad y apoyo familiar percibido en adultos con diabetes mellitus tipo 2

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuilit

Esther C. Gallegos Cabriales, PhD

DCE. María de los Ángeles Meneses Tirado

Introducción

Según las estimaciones más recientes, a nivel mundial 422 millones de adultos han sido diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 -DMT2-; en México la prevalencia de adultos diagnosticados en los últimos 16 años se movió del 4.7 al 9.4% ubicándose como la primera causa de mortalidad (Organización Mundial de la Salud [OMS, 2016]). La morbilidad y mortalidad derivadas de las complicaciones micro y macro-vasculares de la DMT2 contribuyen una carga económica significativa para los individuos y familias. Se ha demostrado que el control glucémico es un predictor de control y prevención de complicaciones micro y macro vasculares (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT MC], 2016).

A nivel nacional se reportan 4.2 millones de adultos con diagnóstico de DMT2. Si conservadoramente se acepta que sólo un miembro por familia padece DMT2, se tendría un 13% de familias (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2016^a) enfrentando la situación de uno de sus miembros con esta enfermedad crónico-degenerativa, lo que según la literatura representa una carga para los miembros no enfermos (Samuel-Hodge, Cene, Corsino, Thomas, & Svetkey, 2012).

México se ha distinguido tradicionalmente por los fuertes lazos familiares que unen a los integrantes de las familias; estos lazos sostienen la satisfacción de necesidades básicas de sus miembros, donde sobresale el cuidado a la salud (INEGI, 2016b; Rintala, Paavilainen, & Åstedt-Kurki, 2013). Actualmente, las instituciones públicas del sector salud desarrollan estrategias dirigidas a las familias para lograr un apoyo al automanejo de la enfermedad -AM- basado en el autocuidado -AC- de los individuos diagnosticados con DMT2.

Dichas estrategias se centran en la promoción y educación para la salud, mediante visitas a los hogares, gestión de consultas, monitorización de niveles de glucosa, vigilancia de apego a la dieta y ejercicio, entre otras actividades. No obstante, los casos de descontrol glucémico en adultos con DMT2, continúan siendo un reto por los altos costos que implica el tratamiento para el control de la diabetes (ENSANUT MC, 2016).

La DMT2 requiere vigilancia y control constantes de parte de las personas que sufren esta enfermedad. Organismos nacionales e internacionales reconocen

que la DMT2 exige a quienes la padecen tomar diariamente decisiones que los lleven a manejar la enfermedad, lo que implica desarrollar actividades complejas de cuidado que resulten en buen control metabólico y en buen estado de salud. El automanejo de la DMT2 requiere la asistencia y apoyo de diversas fuentes y recursos, siendo la familia el principal de ellos (Grady & Gough, 2015).

Del análisis de la literatura, se sabe que el apoyo social, entendido como una experiencia multifacética de que se es aceptado y cuidado por otros, tiene un efecto positivo en el automanejo de la enfermedad por el adulto que la padece y consecuentemente en el control glucémico/metabólico. Se sabe también que el apoyo por parte de familiares a las personas con la enfermedad tiene efectos positivos y negativos, siendo estos últimos frecuentes, repercutiendo en el desapego al tratamiento prescrito. Generalmente, quienes padecen diabetes, culpan a la familia por no proporcionarles el apoyo instrumental necesario para seguir su tratamiento; esto se argumenta especialmente cuando no se cumple con la dieta y ejercicio prescritos. Cuando el apoyo es positivo, se centra en la nutrición, relacionándose con mejores niveles de HbA1c en el miembro de la familia que padece la DMT2 (Hara et al., 2014; De Lima & Silva, 2014; Strom & Egede, 2012).

Diversos factores influyen en la adherencia a conductas de automanejo en aspectos como la dieta, ejercicio, monitorización de los niveles de glucosa, toma de medicamentos son fundamentales para el logro un control adecuado. Contar con herramientas que permitan evaluar el conjunto de acciones que realiza la persona de forma reflexiva y consiente dirigidas al control de signos y síntomas asociados a la DMT2 puede ser de gran valor para investigadores y profesionales de la salud que buscan evaluar múltiples variables asociadas al automanejo y estén interesados en ayudar a las personas a mejorar o mantener un buen control glucémico. Esta investigación exploró la congruencia entre variables del conocimiento, toma de decisiones, aceptación, automanejo de la DMT2 y apoyo familiar percibido, por lo que los resultados contribuyen a ampliar las bases de asociación del automanejo en adultos con DMT2, que actualmente constituye un problema prioritario para el país.

Metodología

La población de interés se integró por 190 adultos diagnosticados con DMT2, los cuales se seleccionaron a partir del listado de instituciones proporcionado por cuatro centros de salud que desarrollan funciones correspondientes al primer nivel de atención en Nuevo León, México. El tamaño de muestra se calculó con el *software* n Query Advisor versión 4 (Elashoff, Dixon, Crede & Fathenringham, 2000), nivel de confianza del 95%, potencia de 0.90, error de estimación de < .05 y tamaño de efecto

medio según Cohen, (Kelley & Preacher, 2012). El muestreo fue por conveniencia y la recolección de datos se llevó a cabo de junio a noviembre de 2017.

Se formalizó la autorización conferida por el Comité de Ética en Investigación misma que aprobó el proyecto con registro en la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA) No. 19CEI024120141127. Todos los aspectos éticos necesarios a la investigación con seres humanos fueron respetados. El consentimiento informado fue obtenido de todos los participantes antes de su inclusión en el estudio, habiéndose asegurado el anonimato a todos.

La colecta de datos se hizo posterior a la aprobación de la propuesta por los Comités de investigación, ética y bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El reclutamiento de participantes se realizó en centros de salud del área metropolitana de Nuevo León. Dependiendo de la organización dentro de la institución, se solicitó listado de pacientes registrados para consulta control programada de la DMT2, o de las personas que acudían por otra razón, pero padecen la enfermedad.

La recolección de información se hizo en el siguiente orden. En el primer contacto, se verificó edad, disposición para participar y dirección dentro del área metropolitana. Si el caso era elegible, se pedía firmar consentimiento informado, estipulando por escrito o de manera verbal el lugar, fecha y horario, para realizar la aplicación de los cuestionarios. Si la o el participante disponía de tiempo, se proseguía con la aplicación de los cuestionarios; en caso contrario se agendaba una cita en el domicilio para dicha aplicación. El orden de aplicación fue el siguiente: 1) Cédula de Datos Generales; 2) Cuestionario Conocimiento de la Diabetes DKN-A; 3) Escala de Conflicto Decisional, DCS; 4) Escala Actitudes en Diabetes, ATT, 39; 5) Cuestionario Automanejo de Diabetes DSMQ y; 6) Cuestionario Soporte Social de Berlín BSSS percibido.

Por último, se agradeció la cooperación de los participantes y se estableció el compromiso de darles a conocer los resultados. Al concluir este procedimiento se resguardaron los instrumentos en un sobre cerrado y fueron consultados sólo por el investigador.

Resultados

Características de la muestra

En primer lugar se presentan las medidas de tendencia central y dispersión de las variables demográficas de los individuos, se observa en su mayoría mujeres ($f=126$, 64.3%), la media de edad se sitúa por encima de los 51 años, lo que indica una edad promedio de adultos maduros ($M= 51.55$, $DE=9.95$); en relación al tiempo de vivir con el padecimiento se identificó una media superior a los 11 años ($M=9.89$,

DE=8.38), de las comorbilidades se evidencia que la hipertensión arterial fue la más frecuente entre los sujetos de estudio ($f=21$; 38.9%); el tipo de tratamiento para controlar sus niveles de azúcar fueron la terapia dual que consiste en la administración combinada de metformina más sulfonilureas, tiazolidinedionas, inhibidor DPP4, GLP-1 AR o insulina basal como lo marca la ADA, 2017 ($f=37$, 68.5%). La confiabilidad de los instrumentos se determinó por medio de Alfa de Cronbach. Según Burns y Grove, (2012, p. 340), los instrumentos presentaron Alphas aceptables.

Relación entre conocimiento, toma de decisiones, aceptación, automanejo de la DMT2 y apoyo familiar percibido

Para dar respuesta al objetivo: “determinar la congruencia entre variables: conocimiento, toma de decisiones, aceptación, automanejo de la DMT2 y apoyo familiar percibido”, se verificó el Coeficiente de Correlación de Pearson con cada uno de los indicadores del individuo -conocimientos, decisiones, aceptación con el automanejo en DMT2 y apoyo familiar percibido-. Los resultados mostraron relación positiva entre automanejo con conocimiento, y aceptación ($r = .464, p < .001$; $r = .398, p < .01$) respectivamente; apoyo familiar percibido y automanejo ($r = .352, p < .01$) y relación negativa entre toma de decisiones y automanejo ($r = -.268, p < .05$); el sentido de la relación fue el esperado, considerando que la escala de toma de decisiones expresa menor conflicto decisional a mayor puntaje.

Discusión

El objetivo general fue analizar las relaciones directas de las variables conocimiento, toma de decisiones, aceptación, automanejo de la DMT2 y apoyo familiar percibido. La mayor proporción de los integrantes con DMT2 fue de mujeres adultas, concordando con las características de este grupo poblacional según el censo de la ENSANUT MC (2016); en su mayoría con problemas de obesidad, más de 10 años de diagnóstico y comorbilidades como la HTA aspectos que favorecen el síndrome hiperglucémico y sus complicaciones (ENSANUT MC, 2016; OMS, 2016). Llama la atención el tipo de tratamiento que llevan -terapia dual-, el cual no es congruente con el algoritmo de atención en personas con DMT2 que establece la ADA (2018), al presentar más de 10 años de diagnóstico, presencia de obesidad y cifras de glicemia casual de 181.31 mg/dL (ADA, 2018).

La relación entre las variables del individuo, mostraron coherencia entre sí; el automanejo se correlaciona con el nivel de conocimiento y la capacidad para tomar decisiones, procesos que se benefician de un buen nivel de apoyo familiar. Este hallazgo confirma los reportes de diversas investigaciones (Adeniyi et al.,

2015; Cántaro et al., 2016; Friedemann, 1995; Galindo et al., 2015; Okonta et al., 2014; Schulman et al., 2012). Sin embargo, los niveles de AM reportados por los participantes con DMT2 fueron relativamente bajos, así como la relación del conocimiento con el nivel de AM aunque estadísticamente es significativa, el promedio fue bajo, lo que puede explicar el porcentaje mayor de personas con descontrol glucémico -66.7%-. Llama la atención así mismo, el bajo nivel de aceptación de la enfermedad, elemento crítico para llevar a un buen control glucémico. Diversos estudios muestran claramente que aceptar la enfermedad favorece las conductas de automanejo y sobre todo la capacidad de tomar decisiones asertivas, lo que en esta muestra no se presentó (Adeniyi et al., 2015; Kato et al., 2016; Schulman et al., 2012). El resultado de este estudio es congruente con diversos autores que plantean que la persona es un sistema abierto que depende en gran medida de fuerzas naturales pero tiene la capacidad de crear ambientes favorables que pueden disminuir su vulnerabilidad a través de la adquisición de conocimiento.

Conclusión

El estudio contribuye con datos que permiten comprender de mejor forma las relaciones directas de las variables conocimiento, toma de decisiones, aceptación, automanejo de la DMT2 y apoyo familiar percibido, los métodos de indagación permitieron obtener datos de estas relaciones. Los hallazgos reafirman que el enfoque de la responsabilidad individual interactúa con la dinámica familiar al referir que el apoyo familiar percibido se relaciona de forma positiva con un mejor automanejo de la DMT2; así mismo, a mayor nivel de conocimientos, mejor evidencia de automanejo en aspectos de alimentación, ejercicio y vigilancia en los niveles de glucosa. También se encontró que ante la evidencia de menor conflicto para tomar decisiones se refleja en mejores niveles de automanejo.

La verificación empírica de las relaciones entre los conceptos propuestos, sugieren áreas de oportunidad para el cuidado de adultos con DMT2 en el hogar por lo tanto se sugiere a los profesionales de los servicios de salud desarrollar una relación de confianza especialmente con cuidadores y prestar especial atención a las necesidades de los familiares cercanos -cónyuges, hijos, padres- quienes efectúan el rol de cuidador que a menudo apoyan al cuidado de los integrantes que experimentan una enfermedad crónica, pero enfrentan inseguridad, confusión y preocupación por la insuficiente información para brindar cuidado en el hogar.

Referencias

- American Diabetes Association. (2018). "Standards of Medical Care in Diabetes-2018. USA. pharmaceutical digital advertising". Recuperado de: <https://diabetesed.net/wp-content/uploads/2017/12/2018-ADA-Standards-of-Care.pdf>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). *Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Barcelona, España: Elsevier Saunders.
- De-Lima S. A., & Silva M. S. (2014). "How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care". *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 260-269. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200009&lng=en&tlng=en. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2015.01.012
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. (2016). "Informe final de resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino (informe No. 2016)". Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-de-medio-camino-2016>
- Grady, P., & Gough, L. L. (2015). "El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(3). Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300009
- Hara, Y., Hisatomi, M., Ito, H., Nakao, M., Tsuboi, K., & Ishihara, Y. (2014). "Effects of gender, age, family support, and treatment on perceived stress and coping of patients with type 2 diabetes mellitus". *Biopsychosocial Medicine*, 8: 2-11. DOI:10.1186/1751-0759-8-16
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2016). Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484> [5 de mayo de 2017]
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2016b). "México Fuertes lazos familiares, 2016". Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/familia2016_0.pdf [5 de mayo de 2017]
- Ley General de Salud. (2005). "Ley de salud para el Distrito Federal y disposiciones complementarias, Volumen 1". Diario Oficial de la Federación. Sitio *web*: <https://www.google.com.mx/search?tbm=bks&hl=es&q=la+ley+general+de+salud> [23 de agosto del 2016]
- Norma Oficial Mexicana 008. (2010). "Diario oficial de la República Mexicana". Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010 [mayo del 2018]
- Norma Oficial Mexicana 015. (2010). "Diario oficial de la República Mexicana". Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010 [mayo del 2018]
- Norma Oficial Mexicana 174. (2010). "Diario oficial de la República Mexicana". Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010 [mayo del 2018]

- Organización Mundial de la Salud. (2016). "Informe mundial sobre diabetes 2016". Ginebra. Recuperado de: <http://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/> [6 de mayo del 2017]
- Rintala, T. M., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2013). "Everyday Living with Diabetes Described by Family Members of Adult People with Type 1 Diabetes". *International Journal of Family Medicine*, 1-8. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/967872>
- Samuel-Hodge, C., Cene, C., Corsino, L., Thomas C., & Svetkey, L. P. (2012). "Family diabetes matters: a view from the other side". *Family and Diabetes*, 28 (3), 428-435. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23054922>.
- Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012). "The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review". *Current Diabetes Reports*, 12(6), 769–781. Recuperado de: <http://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>
- Torres, H., Hortale, V., & Schall, V. (2005). "Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus". *Revista de Saúde Pública*, 39(6): 1518-1527. DOI: 10.1590/S0034-89102005000600006
- Urrutia, M., Campos, S., & O'Connor, A. (2008). "Validation of a Spanish version of the Decisional Conflict scale". *Revista Médica Chilena*, 136(11): 1439-1447. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19301775>
- Varela, B., Galain, A., Schwarzer, R., & Schulz, U. (2004). "Escala de Soporte Social de Berlín- Versión en Español". *Research Gate*, 22(3): 319-339. Recuperado de: http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_s.htm
- Wang, C., Inouye, J., Davis, J., & Wang, C. Y. (2013). "Diabetes Knowledge and Self-Management Effects on Physiological Outcomes in Type 2 Diabetes". Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nuf.12037>
- Welch, G., Beeney, L., Dunn, S. M., & Smith R. B. (1996). "The development of the diabetes integration scale: A psychometric study of the ATT39". *Research Gate*, 11(2): 75-88. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/260641642_Welch_G_Beeney_Linda_Dunn_SM_Smith_RBW_The_development_of_the_diabetes_integration_scale_A_psycho

Capítulo IX. Conocimiento sobre VIH y autoeficacia en el uso del condón en migrantes de la frontera norte de México

ME. Patricia Marisol Márquez Vargas

Dra. Yari Rodríguez-Santamaría

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana -VIH- continúa siendo un problema grave para la salud pública por sus consecuencias físicas, sociales y culturales ya que afecta la salud sexual del individuo sin respetar sexo, raza o nivel social. En el 2017, 37 millones de personas vivían con VIH (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida [ONUSIDA], 2018) siendo la sexta causa de muerte a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

En Latinoamérica, se contabilizaron 1.8 millones de nuevas infecciones al cierre del 2018 (ONUSIDA, 2018). México no es ajeno a esta situación; al cierre del mismo año se registraron 10 581 casos nuevos de VIH entre personas entre 18 y 59 años (Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA [CENSIDA], 2018).

Las infecciones de transmisión sexual -ITS- no respetan fronteras, el VIH se encuentra dentro de las de mayor prevalencia en la frontera norte del país (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2016). Los estados de Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, correspondientes a la frontera norte de México, concentraron el 18% del total de casos acumulados desde que se inició el registro hasta el 2018 (CENSIDA, 2019).

Diversos estudios han mostrado una alta prevalencia por VIH en poblaciones clave como hombres que tienen sexo con hombres -HSH-, mujeres trabajadoras sexuales -MTS- y usuarios de drogas (Departamento de Salud, 2017). Sin embargo, una población susceptible al riesgo de adquirir el VIH son los migrantes. Este grupo social marginado comparte características que incrementan su vulnerabilidad ante el riesgo de adquirir el virus. Durante su tránsito, los migrantes son víctimas de escenarios de discriminación, violencia, robo, abuso de autoridad, condiciones peligrosas e insalubres en su traslado y cohabitan en hacinamiento, tienen limitado acceso a servicios de salud, bajo conocimiento sobre medidas de prevención y uso inconsistente del condón masculino, situaciones que perjudican su salud e incitan a las relaciones sexuales casuales y sin protección (Hernández, Verdugo, Torres, López & Valle, 2012; Joint United Nations Programme on HIV and AIDS [UNAIDS], 2018).

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2018) define a un migrante como aquella “persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país” que no sea su lugar de origen “independientemente de su situación jurídica”, un desplazamiento voluntario, motivos o duración del desplazamiento y la estancia. Actualmente, los movimientos migratorios han marcado cambios en la sociedad a nivel internacional debido a la diversidad cultural, social, política y económica (CONAPO, 2017). Para el 2017 se registraron alrededor de 258 millones de migrantes en el mundo -3.4% de la población total-; teniendo como destino principal América del Norte con el 46% (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2018). En México, 138 612 migrante fueron registrados para el 2018, el 75.7% hombres y el 24.3%, mujeres mayores de edad (OIM, 2018). Los estados fronterizos que tienen mayor fluctuación de migrantes son Nuevo León con 3 936 (2.88%), Coahuila con 3 862 -2.82%- y Tamaulipas con aproximadamente 8 983 -6.48%- migrantes. De éstos, en la ciudad de Nuevo Laredo se estima una cantidad de 1 129 migrantes (0.81%) que en su mayoría están en su fase de tránsito con el objetivo de llegar a los Estados Unidos (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2017).

El fenómeno migratorio se ha abordado por distintas disciplinas como la sociología, la psicología y la medicina como un fenómeno social con repercusiones negativas en la salud de las personas que atraviesan este proceso, además de contribuir a la diseminación de infecciones e incrementar los riesgos en salud lo que ha llevado a los países de destino, cambiar políticas de movilidad. Existen estudios que mencionan que las condiciones en las que se da la migración, y no en sí el proceso, es lo que determina la exposición a nuevos riesgos de este grupo poblacional (Cabieses, Gálvez & Ajraz, 2018).

La población migrante atraviesa diferentes procesos de transición hasta llegar a su lugar de destino, situación que los coloca en mayor riesgo de sufrir discriminación, violencia, abuso de poder siendo vulnerable ante el contagio de ITS, específicamente VIH. Dentro de esta transición participan factores psicológicos -estrés, soledad-, personales -edad, sexo, estado civil, escolaridad-, culturales -machismo, marianismo- y sociales -discriminación, acceso a servicios de salud- que influyen en la salud de estas personas. En ocasiones tienen condiciones de vida precarias que los llevan a tener comportamientos que aumenten considerablemente el riesgo de adquirir el VIH, tales como múltiples parejas sexuales, sexo transaccional, consumo de alcohol y en caso de las esposas de los migrantes que se quedan en su país, vulnerabilidad ante el virus por comportamientos de riesgo de la pareja (ONUSIDA, 2008).

El nivel de conocimiento es uno de los factores de riesgo involucrados en el alto índice de contagio por el VIH en los migrantes, ocasionado principalmente por el uso inconsistente o incorrecto del condón masculino. El condón es el método de barrera mayormente recomendado para la prevención de infecciones de transmisión sexual -ITS-, específicamente el VIH y son una de las opciones eficaces para evitar embarazos no deseados, por lo tanto, el uso y la colocación correcta del condón en la población migrante es una práctica en la salud sexual que “debe ser promovida por el personal de salud” (ONUSIDA, 2015).

Considerando que en México existe poca evidencia con énfasis en la salud sexual de los migrantes en la frontera norte, una de las tareas principales del personal de salud para comprender y explicar los comportamientos sexuales en esta población es medir el nivel de conocimiento que tienen acerca del VIH, sus formas de contagio y el uso correcto de condón, tomando en cuenta las realidades que viven los individuos en transición migratoria. Esto, con el propósito de desarrollar futuros programas e intervenciones dirigidos a la prevención y disminución de casos por el VIH. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimiento que tienen los migrantes de la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, sobre el VIH y su percepción de autoeficacia en el uso de condón masculino.

Metodología

El presente trabajo tiene diseño descriptivo con corte transversal. Es transversal ya que los datos fueron recolectados en un solo momento. Y su diseño fue descriptivo ya que la intención fue solo describir y documentar el conocimiento de VIH y la autoeficacia del uso de condón en migrantes, sin manipulación de las variables (Hernández-Sampieri, 2014). La muestra se estimó de una población de 2 200 migrantes pertenecientes a la Casa del Migrante Nazareth de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia, obteniendo una muestra total de 100 participantes. La recolección de datos se llevó a cabo en marzo del 2019.

Se consideró a migrantes heterosexuales, de ambos sexos, con residencia menor a tres meses en la ciudad, de entre 18 y 59, de habla hispana y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyó a migrantes que formaran parte de algún otro estudio, con diagnóstico previo de VIH-positivo, que no pertenecían a la casa del migrante “Nazareth” o que estuvieran residiendo en las calles y hablaran otro idioma.

Resultados

De acuerdo con los resultados se observó que la media de edad de los participantes fue de 32.4 años ($DE = 31.5$), prevaleció el sexo masculino con el 82%, 47% eran

solteros y 58% con pareja estable, se observó también que la mayoría eran extranjeros -58%- y con estudios de preparatoria. un nivel alto -63%- de autoeficacia en el uso del condón; mientras que el nivel de conocimiento sobre el VIH fue medio. Para dar respuesta al objetivo general, el nivel de autoeficacia para el uso de condón en la población migrante de Nuevo Laredo se reporta como nivel alto -63%-; en cuanto al conocimiento sobre el VIH, se observó en un nivel medio -57%-.

Los resultados se basan en los siguientes parámetros de puntaje; eficacia para medir el uso del condón con puntaje máximo de 104 puntos se dividió entre 3 para dar las 3 medidas, autoeficacia baja de 0-35, autoeficacia media de 36-70 y autoeficacia alta con 71-104. Conocimiento de VIH con un puntaje máximo de 18 puntos se dividió entre 3 para dar las 3 medidas, conocimiento bajo de 0-6, conocimiento medio 7-12 y conocimiento alto 13-18. Al realizar una diferenciación por género, se observó que no existe una diferencia significativa entre el conocimiento sobre el VIH y la autoeficacia para el uso del condón entre hombres y mujeres migrantes.

Discusión-conclusión

Se concluye que los migrantes tienen un nivel de conocimiento medio sobre VIH y una alta autoeficacia para el uso del condón. Esto difiere con Ríos et al. (2008), quienes mencionan que los migrantes presentan un conocimiento inadecuado del VIH y por consiguiente se asocia con una autoeficacia baja en el uso del condón. Existen investigaciones que mencionan que un mayor conocimiento sobre VIH/SIDA se asocia con la protección ante el riesgo de adquirir el virus (Weine et al., 2013). La discrepancia entre las investigaciones probablemente se deba a la multiculturalidad de los migrantes o presuntamente por las condiciones desfavorables en su tránsito por el país y por las vulnerabilidades sociales a las que se enfrentan como la discriminación, abuso de poder, trabajos pesados por salarios bajos (Fernández, Segura, Cardona & Caicedo, 2017; Rangel et al., 2012). Además de la probabilidad de presentar CSR que propicien “la adquisición de infecciones de transmisión sexual -ITS-, incluyendo el VIH/SIDA”, en la mayoría de los casos (García-Vega, Menéndez, Fernández & Cuesta, 2012).

Además, en el presente estudio no se encontró diferencia significativa en el conocimiento sobre el VIH entre el sexo femenino y masculino. Esto difiere con Dávila, Taglaferro, Bullones y Daza (2008) quienes mencionan en su estudio que las mujeres mostraron mejor conocimiento sobre el VIH a comparación de los hombres. Esto probablemente se debe al enfoque que tienen las campañas para la prevención del VIH, donde las mujeres buscan más información para el cuidado de la salud sexual (Guerrero & Mercado-Reyes, 2017), además de que el tamaño muestral en ambos grupos no fue equitativo. En cuanto a la autoeficacia sobre el

uso del condón, tampoco se encontró diferencia entre hombres y mujeres. Esto difiere con Lammers, Van Wijnbergen y Willebrands (2013) quienes mencionan en su estudio que los hombres tienen más conocimiento sobre el uso del condón en comparación con las mujeres.

La salud de la población migrante demanda la atención de profesionales de la salud en diferentes etapas del cuidado. En cuanto a la salud sexual, las CSR son un problema complejo compuesto por múltiples factores personales, sociales, culturales y de género. Además, la carencia de atención básica, servicios sanitarios, atención especializada, el acceso a métodos de barrera, como el condón masculino, contribuyen a la transmisión por contacto sexual de ITS, específicamente, el VIH/SIDA.

Referencias

- Berbesi-Fernandez, D., Segura-Cardona, A., Cardona, D., & Caicedo-Velazquez, B. (2017). “Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle”. *Enfermería Global*, 16(2), 154. DOI:10.6018/eglobal.16.2.252001
- Cabieses, B., Gálvez, P., & Ajraz, N. (2018). “Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(2): 285. Recuperado de: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2018). “Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA”.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2019). “Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA”.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC] (2016). “La Región Fronteriza entre los Estados Unidos y México”. Consultado en: <https://www.cdc.gov/usmexicohealth/esp/sobre-fronteraregion.html> [2 de noviembre de 2016]
- Dávila, M., Tagliaferro, A., Bullones, X., & Daza, D. (2008). “Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA”. *Revista de Salud Pública*, 10: 716-722. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000500004>
- Departamento de Salud. (2017). “Enfermedades de Transmisión Sexual en Puerto Rico. Programa de prevención ETS/VIH. Oficina de Vigilancia-ETS”. Recuperado de: <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Estadisticas%20ETS/Datos%20Generales%20de%20las%20%20ETS%202008-2017.pdf>
- Guerrero, F., & Mercado-Reyes, A. (2017). “Vidas inimaginadas: gubernamentalidad y medialidad en la prevención del VIH/sida”. *Debate Feminista*, 54, 34-62. <https://doi.org/10.1016/J.DE.2017.06.001>

- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Verdugo, R., Torres, J., López, M. & Valle, C. (2012). *Acceso para las y los migrantes a los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionado con el VIH/sida*. México, D.F. ed. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2018). “The Gap Report”. Geneva, Switzerland. Recuperado de: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- Lammers, J., Van-Wijnbergen, S., & Willebrands, D. (2013). “Condom use, risk perception, and HIV knowledge: a comparison across sexes in Nigeria”. *HIV/AIDS*, 5: 283-293. DOI:10.2147/HIV.S31687
- Organización Internacional para las Migraciones. (OIM, 2018). *Anuario de migración y remesas*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/386658/Anuario_Migracion_y_Remesas_2018.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2014). *Infecciones de transmisión sexual: Datos y cifras*. [página web]. Recuperado de: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA] (2015). “Aids info” [base de datos en línea]. Recuperado de: <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx>. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. [ONUSIDA] (2018). “Aids info” [base de datos en línea]. Recuperado de: <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx>. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. [ONUSIDA] (2015). “Aids info” [base de datos en línea].
- Ríos, E., Ferrer, L., Casabona, J., Caylá, J., Avelilla, À., Gómez I Prat, J., ... & Esteve, A. (2009). “Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña”. *Gaceta Sanitaria*, 23(6): 533–538. DOI:10.1016/j.gaceta.2008.09.010
- Secretaría de Gobernación [SEGOB] (2017). “Prontuario sobre migración mexicana de retorno. Migración mexicana a Estados Unidos y política migratoria estadounidense”. Recuperado de: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Prontuario_mig_mex_retorno

Capítulo X. Nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y su autocuidado en pacientes que acuden a una clínica hospital en Ciudad Victoria, Tamaulipas

LE. María Teresa Sifuentes Camacho

MSP. Artemisa Sánchez Leo

MSP. Francisco López Leal

Introducción

La Organización Mundial de la Salud -OMS- define la *presión arterial*:

[...] como el producto de la fuerza con la que la sangre presiona contra las paredes de los vasos sanguíneos -arterias- a medida que es bombeada por el corazón, y la hipertensión arterial es un padecimiento en el cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta; los valores considerados normales en un adulto son: sistólica 120 mmhg y una tensión diastólica 80 mmhg, la hipertensión se define como una presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmhg y una presión diastólica igual o superior a 90 mmhg (OMS, 2013). [...] [La] prevalencia de la HTA en México es de 25.5%, y de estos el 40% desconocía que padecía esta enfermedad. La proporción de adultos con diagnóstico previo de HTA y cifras de tensión arterial [controlada] (140 / 90 mmhg) es de 58.7%, de estos el 79.3% reportó tener tratamiento farmacológico para controlar su HTA (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2016).

[...] [La] prevalencia de HTA por género fue de 23% en mujeres y 13.6% en hombres, tanto en hombres como en mujeres se observó un incremento en la prevalencia de HTA a partir de los 40 años. La prevalencia de HTA por diagnóstico médico previo en el estado de Tamaulipas (18.5%) se ubicó arriba de la media nacional -15.9%- (INSP, 2012).

Linares et al. (2016) encontraron que la hipertensión arterial -HTA- es una de las enfermedades que más se padece en el mundo y le llaman la asesina silenciosa porque a veces su presencia se percibe cuando resulta demasiado tarde y se inicia con complicaciones agudas.

[...] Algunos de los factores de riesgo para el desarrollo de la hipertensión arterial son el consumo de alimentos con altas cantidades de sal y grasa, el uso nocivo de bebidas alcohólicas, el sedentarismo y falta de actividad física, altos niveles de estrés, además de algunos factores metabólicos, genéticos y causas específicas desconocidas (OMS, 2013).

[...] Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades

para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para adecuar el consumo de medicamentos, seguimiento de las prescripciones de salud, comportamientos sexuales seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto, búsqueda de información y manejo de diferentes signos y síntomas en las enfermedades (Martin, Cano y Gené, 2019).

Prado et al. (2014) afirma que las personas pueden cuidarse y lo aprenden a lo largo de la vida, principalmente en las relaciones interpersonales, es por ello que el hombre reconoce “prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades”.

Por tal motivo, el objetivo general de esta investigación fue evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en pacientes adultos que asisten a la consulta externa, para en un futuro mejorar su calidad de vida afectada por la enfermedad crónica más frecuente en el adulto.

Metodología

La presente investigación es cuantitativa, descriptiva y correlacional. La población total de pacientes son 350 que acude a la consulta externa de la Clínica Hospital ISSSTE en Ciudad Victoria, Tamaulipas, y que acuden a cita con el médico familiar. Se determinó el tamaño de la muestra con la fórmula estadística de proporciones finitas, teniendo como resultado una muestra de 263 personas. Se aplicó una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se consideraron en el estudio a hombres y mujeres que padecen HTA, que acuden al control a la clínica Hospital ISSSTE de Ciudad Victoria, Tamaulipas, y que den su consentimiento informado. Para la recolección de los datos de interés se utilizaron dos instrumentos y una ficha para obtener los datos sociodemográficos las cuales fueron la edad, estado civil, escolaridad, ocupación y años de evolución de la HTA. El primer instrumento es el de Conocimientos de la Hipertensión -CSH- que permite evaluar el grado de conocimientos de los pacientes hipertensos (Estrada et al., 2013).

El CSH está conformado por:

[...] 22 preguntas de formato cerrado y categórico múltiple -sí, no, no lo sé- que se divide en 9 bloques. Del bloque primero al sexto se recogen preguntas que miden el conocimiento sobre la HTA, sobre los factores de riesgo asociados a la misma, sobre los riesgos de la hipertensión, la dieta, el ejercicio y la medicación. Del séptimo al noveno se recogen variables independientes con información sobre apoyo familiar, nivel de escolaridad y estado laboral.

Cada acierto tiene el valor de un punto, por lo tanto, de 0 a 7 se consideró conocimiento bajo, de 8 a 14 se consideró conocimiento medio, y de 15 a 22 se consideró conocimiento alto. La consistencia interna u homogeneidad entre ítems se midió mediante el coeficiente Alfa de Cronbach de 0.799.

El segundo instrumento es el de Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial, que fue diseñado por Achury et al. (2009), basado “en el modelo teórico de Dorotea Orem. El cuestionario está conformado por 17 ítems de pregunta cerrada que se incluyen en tres dimensiones”: la primera son capacidades fundamentales, considerando las habilidades básicas de individuo -precepción, memoria y orientación-; la segunda es el “componente de poder, que son habilidades que impulsan al individuo a la acción de auto cuidarse -motivación, adquisición de conocimiento, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria-” y el tercero es la capacidad para organizar:

[...] corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.

Cuenta con una escala de respuesta tipo Likert con 5 opciones, con una puntuación de 1 a 5, siempre empezando por el valor más negativo. Se establece que tiene una capacidad baja de autocuidado si tiene una puntuación menor a 29 puntos, mediana de un rango de 29 a 56 puntos y una capacidad alta de autocuidado cuando la puntuación es superior a 56 puntos. Se utilizó el coeficiente de correlación Alfa de Cronbach indicando una consistencia interna satisfactorio de 0.75.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 23, donde se capturó la información obtenida de la ficha de datos sociodemográfica, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, a su vez se analizó el instrumento sobre el conocimiento de HTA y el de capacidad de agencia de autocuidado, donde se utilizó la prueba de Chi-cuadrada para determinar si existe una relación entre el conocimiento y el autocuidado de los pacientes con hipertensión, se utilizó un nivel de significancia del 0.05. Este trabajo de investigación se apegó a lo dispuesto el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, así como a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki.

Resultados

Se encontró que de los 263 pacientes el 58.6% corresponde al género femenino. El grupo de edad dominante fue de 46 a los 60 años -41.1%-, seguido del rango de edad de 61 y más -25.1%-. El 54% de los participantes cuentan con carrera universitaria, seguido por un 23.2% que cuentan con estudios de técnico superior, un 10.3% cuenta con estudios de secundaria completa, el 7.6% cuenta con secundaria incompleta. La mayoría de los pacientes hipertensos son profesionistas y están laborando -36.9%-, seguido por un 27.8% que son jubilados. La mayoría de los participantes declararon su estado civil como casados -60.1%-, un 17.5% que se encuentran solteros, el 13.3% son viudos y el 9.1% restante están divorciados.

En la evolución de la hipertensión arterial, el 24.7% menciona que desde el 1 año a los 3 años se le detectó la enfermedad, seguido del 21.7% hace referencia que tiene la enfermedad de los 7 a los 10 años, el 19% expresa que su padecimiento ha sido en los años de 4 a 6, sin embargo el 17.5% consideran que ya padece la enfermedad desde hace 15 años y más, algo similar a los pacientes que refieren desde los 11 a 14 años.

En el cuestionario de conocimientos aplicado mostró que los participantes ya tenían conocimiento sobre la HTA ya que el 79.5% -209- obtuvieron un nivel de conocimiento alto, seguido del 19.4% -51- con nivel de conocimiento medio y solamente el 1.1% -3- su conocimiento fue bajo. En cuanto a la agencia de autocuidado los participantes no mostraron tener baja capacidad de autocuidado, la mayoría mostro tener una capacidad mediana de autocuidado sobre la HTA -88.2%-, seguido de una capacidad alta de autocuidado mostrando el 11.8% -31- ya que obtuvieron de 57 a 85 puntos. De acuerdo con la prueba de Chi-cuadrada, existe evidencia suficiente para determinar que el grado de autocuidado es independiente del nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial ($X^2=0.680$; $gl=2$; $p=0.712$).

Discusión

El mayor porcentaje de participantes corresponde a mujeres de entre 46-60 años, casadas, activas en ocupación, similar a lo que reporta Kunert (2015) en las variables sociodemográficas de los participantes que acudieron al consultorio de la Clínica Médica, en la Ciudad de Capiatá, siendo el sexo femenino el que tiene mayor prevalencia, en un rango etario comprendido entre los 50 y 69 años de edad con ocupación activa.

Vega, Suárez y Acosta (2015) realizaron un estudio en un Hospital en San José de Cúcuta, Colombia, las autoras encontraron una mediana capacidad de agencia de autocuidado -62.5%-, seguido de alta capacidad -37%-, y baja capacidad -0.5%-. El presente estudio también fue aplicado en los pacientes hipertensos de

la consulta externa del Hospital ISSSTE con una muestra de 263 pacientes de los cuales se determinó la capacidad de agencia de autocuidado, encontrando igualmente el mayor porcentaje en mediana capacidad de autocuidado, seguido de alta capacidad de autocuidado.

Por otra parte, Estrada (2013) encontró en pacientes hipertensos ingresados en el servicio de medicina interna que el conocimiento sobre HTA y el riesgo asociado sigue siendo bajo, lo cual sugiere incrementar los conocimientos ante dicha patología e implicar a los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales.

Por último, en esta investigación se demostró que la relación que tiene el conocimiento y el autocuidado en pacientes con HTA es independiente, ya que el nivel de conocimiento fue alto y el nivel de autocuidado fue medio. Estos resultados difieren a lo que Agudo, Arias, Sarmiento, Almidón & Danjoy (2014) encontraron, ya que ellos lograron identificar una “asociación entre [el] nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes adultos maduros-mayores hipertensos” del consultorio de cardiología del Hospital Nacional en Lima.

Conclusión

En esta investigación sobre el nivel de conocimiento sobre la HTA y su relación con el autocuidado en los pacientes que acuden a la clínica Hospital ISSSTE de Ciudad Victoria, Tamaulipas, se puede apreciar que el sexo donde predomina más la HTA es en el sexo femenino en el grupo de edad de 46 a 60 años, la mayoría tiene una carrera universitaria, es profesionista y se encuentra activamente laborando; puede que no lleguen a tener una buena calidad de vida en la etapa adulto mayor.

También se detectó que es favorable el nivel de conocimientos con los que cuentan los sujetos estudiados, tanto en las complicaciones que puede tener cada persona con hipertensión conjunta con diabetes, como ser obeso o fumar, al igual que los hábitos de autocuidado. Sin embargo, el nivel de autocuidado es regular, lo que representa conductas poco saludables. Por tanto, la prueba de Chi-cuadrado indicó que el grado de autocuidado es independiente del nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial.

Ante esto se recomienda fortalecer las acciones que contribuyan a mejorar el autocuidado en los pacientes con enfermedades crónicas de generativa, en este caso de la HTA. Implementar una intervención educativa incluyendo estrategias para aumentar el nivel de autocuidado en la población adulta para que en un futuro goce de un envejecimiento saludable. Brindar una educación continua al personal de salud para que difunden entre los pacientes con HTA, temas relacionados con el conocimiento y el autocuidado.

Referencias

- Achury, D. M., Sepúlveda, G. J., & Rodríguez, S. M. (2009). "Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial". *Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(2), 9-25.
- Aguado, E., Arias, M., Sarmiento, G., & Danjoy, D. (2014). "Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional". *Revista de Enfermería Erediana*, 7(2), 132-139
- Estrada, D., Jiménez, L., Pujol, E., & De-la-Sierra, A. (2013). "Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un Servicio de Medicina Interna sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular". *Science Direct*, 22, 54-58. doi.org/10.1016/S0212-8241(05)71542-5
- Estrada, D. et al. (2013). "Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión". *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 30(4): 127-134. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2013.05.003>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012". Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/descargas.php>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016". Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/descargas.php>
- Kunert, J. A. (2015). "Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano". *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 2(2), 43-51.
- Linares, M. D. J., Arrate, M. M., Molina, V., Linares, D., & Sarmiento, N. (2010). "Instrucción educativa sobre hipertensión arterial en el Policlínico Universitario Municipal de Santiago de Cuba". *Medisan*, 14(9):2144.
- Martin, A., Cano, J. E., & Gené J. (2019). *Atención Primaria Principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (8a ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). "Información general sobre la hipertensión en el mundo". Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?jsessionid=8AC72E8C3C4E1AC312B2C05131B99003?sequence=1
- Prado, L. A., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). "La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención". *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.
- Vega, O. M., Suárez, J., & Acosta S. (2015). "Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz". *Revista Colombiana de Enfermería*, 10(10): 45-56.

Capítulo XI. Conocimiento sobre el VIH y el uso del condón en mujeres trabajadoras de maquiladora

Dr. Francisco Cadena-Santos
ME. Alma Leticia Juárez-De Llano
Dr. Miguel Ángel Villegas-Pantoja

Introducción

En 1983 se registró el primer caso de VIH/SIDA -virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida- en México por el Instituto Nacional de Nutrición, pero “el gobierno mexicano no reconoció oficialmente la presencia del virus en el país hasta 1985” (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2009). De hecho, durante ese año se registraron los dos primeros casos de VIH en mujeres contagiadas por transfusión sanguínea (Agencia de información NotieSe, 2016).

El VIH se caracteriza por infectar “las células del sistema inmunitario”, alterando y anulando su función, lo cual “produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario”. Esta condición es la consiguiente *inmunodeficiencia*, pues el sistema inmunitario se vuelve “deficiente cuando deja de cumplir su función de lucha contra infecciones y enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). En cambio, el SIDA es uno de los estadios más avanzados de la infección por VIH. Unas de las consecuencias que conlleva tener VIH es que produce daños físicos, psicológicos y sociales en la persona que lo padece (OMS, 2015).

El VIH se contrae de diferentes formas, tales como tener relaciones sexuales sin protección con una persona infectada y compartir jeringuillas o agujas -especialmente entre usuarios de drogas inyectables-. Asimismo, existen factores de riesgo que predisponen a adquirir el VIH. Por ejemplo, mediante fluidos como sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, al:

[...] realizar el coito durante la menstruación, presentar una enfermedad de transmisión sexual -ETS- durante el acto sexual -sobre todo úlceras genitales-, tener un elevado número de parejas sexuales, la inmunosupresión severa y el grado de viremia del portador, siendo éste el más importante, y un problema desde el punto de vista de la prevención (Planned Parenthood Federation of America Inc, 2014).

A nivel mundial se estima que 36.9 millones de personas viven con VIH en el mundo -finales del 2014-, de los cuales 2 millones se infectaron en ese mismo año y “1.2 millones de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA a finales de ese mismo año” (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, [ONUSIDA], 2015).

Se conoce que la transmisión sexual es la forma más predominante en todo el mundo. La transmisión heterosexual es predominante en África, el Caribe y Sudamérica, mientras que la forma homosexual es la “predominante en Europa y Norteamérica -40-60%- aunque con un número creciente de casos de transmisión heterosexual”. Con anterioridad se creía que el VIH solo lo padecían los homosexuales y hombres que tenían prácticas sexuales con sexoservidoras, sin embargo, durante el paso de los años se ha demostrado que no es así.

Hay un incremento considerable de mujeres portadoras de VIH. De hecho, en México el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2014) publicó un estudio comparativo de 1990 a 2013 con el objetivo de mostrar el número de casos de VIH en mujeres., Mientras que en 1990 había 6 000 casos de mujeres infectadas, el número se incrementó a 36 000 casos de mujeres infectadas a finales de 2012. Del total de mujeres infectadas, el 90.6% se contagiaron por vía sexual.

Para evitar nuevos contagios de VIH se ha hecho uso de diversos métodos, sin embargo, la promoción del uso de condón ha sido sin duda el recurso más utilizado. El condón es el método de barrera más efectivo para prevenir los embarazos no deseados, pero también las ETS y el VIH/SIDA. Esto implica, emplear un condón por cada práctica, ya sea vaginal, oral o anal; además del uso adecuado de este método en todas las prácticas sexuales, desde el comienzo hasta su fin.

No obstante, la población femenina ha quedado al margen del uso de este recurso. Por ejemplo, en Colombia se realizaron estudios donde se identificó que entre el 75 y 94% de los encuestados habían escuchado hablar del uso de preservativos para prevenir infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, también se demostró que fueron las mujeres quienes menos los utilizaban, lo cual muestra el área de oportunidad que existe en la población femenina respecto a estrategias para prevenir el VIH mediante el de condón (Arrivillaga, Tovar, & Correa, 2012).

Además, algunos grupos de mujeres son más susceptibles a contraer VIH/SIDA. Por ejemplo, las mujeres que trabajan en industrias y maquiladoras podrían ser más vulnerables al contagio, ya que en este tipo de trabajos contratan al personal femenino joven con escolaridad mínima y con mayores necesidades económicas. Se cree que estas condiciones podrían llevar a las mujeres a aceptar cualquier salario, inclusive cuando las condiciones sean desfavorables. En este sentido, se ha demostrado una prevalencia de alto riesgo de un 20.9% en esta población, donde uno de los factores es que las mujeres trabajadoras de maquiladoras establecen relaciones sexuales con hombres que han tenido múltiples parejas sexuales (Ramírez, Díaz, Zárraga, & Chávez, 2001).

En este sentido, el personal de enfermería tiene el papel de educar y ayudar a prevenir el contagio de VIH, en sus distintas formas, fundamentalmente promoviendo el condón. Es preciso conocer la cantidad de conocimiento que tienen las mujeres respecto al uso de condón y prevención de contagio de VIH con el objetivo de diseñar intervenciones específicas para esta población. Es particularmente importante identificar qué provoca que las mujeres no deseen emplear el condón en sus relaciones sexuales. Asimismo, la realización de estudios en población mexicana contribuye a disminuir los vacíos de conocimiento en esta temática. Por estas razones se planteó realizar un estudio que permita responder la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la relación del conocimiento sobre el VIH y el uso del condón en las mujeres trabajadoras de maquiladoras?

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres de maquiladora sobre el VIH para la prevención de la enfermedad, así como la autoeficacia sobre el uso del condón.

Objetivo específico

Conocer la relación entre el conocimiento sobre el VIH y la autoeficacia del uso de condón en mujeres trabajadoras.

Metodología

El presente estudio fue de tipo descriptivo (Polit & Hungler, 1999), ya que por medio de encuestas se intenta identificar qué tanto conocimiento tienen sobre el VIH y el uso del condón las mujeres que trabajan en maquiladora.

La población estudiada estuvo conformada por un total de 1 522 mujeres trabajadoras en maquiladoras. Para representar a la población se seleccionaron mujeres a través de un muestreo por conveniencia. Así, la muestra quedó constituida por 93 mujeres, las cuales fueron encuestadas para identificar sus conocimientos sobre el uso del condón y el VIH. El período de recolección de datos se ubicó del 12 al 14 de abril del 2016.

Se incluyeron aquellas mujeres con edad entre 18 a 36 años sexualmente activas y quienes firmaron el consentimiento informado. Fueron excluidas aquellas mujeres que no habían tenido relaciones sexuales y que no aceptaron ser parte del estudio.

Para la recolección de datos se utilizaron el *HIV Knowledge Questionnaire* (Heckman et al., 1995) y luego el *Condom Self Efficacy Scale* (Peragallo et al., 2005). El instrumento de conocimientos sobre VIH tiene 12 preguntas dicotómicas, donde cada respuesta correcta suma un punto -0 a 12 puntos-, mayor puntuación sugiere

mayor conocimiento sobre el VIH. Mientras que, el instrumento sobre autoeficacia para uso de condón tiene 15 ítems visuales análogos -de 1 a 10-, donde la mayor puntuación indica mayor autoeficacia.

Se solicitó la aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la UAT y posteriormente se solicitó la autorización de los directivos de las maquiladoras. Una vez que se contó con las autorizaciones se llevaron a cabo las actividades siguientes: se acudió a las maquiladoras, donde se identificaron a las participantes y se les invitó a participar; se procedió a explicar el motivo del estudio, leyéndoles el consentimiento informado; enseguida se procedió a aplicar la encuesta a cada trabajadora. Se explicó cada paso de los instrumentos y se les solicitó no dejar ni una respuesta en blanco y se les agradeció por el tiempo brindado.

Este estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA, 1987) en los que se abordó las inconsistencias éticas para el desarrollo de la investigación en el área salud a fin de garantizar la dignidad y el bienestar de las empleadas de una maquiladora durante la investigación de estudio. El análisis de los datos se procesó en el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva -frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central- y se calculó la asociación del conocimiento de VIH y el uso del condón en mujeres con la edad mediante la prueba no paramétrica coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

En este estudio se reclutaron 93 mujeres, en donde se encontró que la mayoría de las participantes tenían entre 20 y 23 años; el nivel de escolaridad fue secundaria -71.0%-, el estado civil más frecuente fue unión libre -33.3%- y casada -31.2%-. La consistencia interna del instrumento de autoeficacia se obtuvo a través del coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach fue de .76. En el caso del instrumento de conocimientos sobre VIH, por la naturaleza de sus reactivos -sobre conocimientos-, el coeficiente Alfa de Cronbach no se considera un método fiable de calcular su consistencia interna.

En el caso del conocimiento sobre el VIH, el promedio 7.25 se ubicó en el tercer cuartil, mientras que la puntuación de autoeficacia para el uso de condón ($M = 123.93$) se ubicó en el cuarto cuartil. Ambas puntuaciones se consideran dentro de un nivel moderado a alto.

Dado que ninguna de las variables numéricas a analizarlas tuvo una distribución normal se optó por utilizar estadística no paramétrica. Para dar respuesta al objetivo del estudio se calculó el Coeficiente de Correlación de

Spearman, para identificar una correlación positiva significativa que indica que más conocimientos sobre el VIH se relacionan con mayor autoeficacia para el uso de condón ($r = .202, p = .05$).

Discusión

La presente investigación permitió conocer que el uso del condón en mujeres trabajadoras de maquiladoras contribuye a la prevención del VIH. Participaron 93 mujeres con un promedio de edad entre 20 y 23 años, el grado de escolaridad más frecuente fue secundaria -71%-. El rango de edad de las participantes, así como su nivel educativo y otras características concuerdan con lo reportado por Castañeda y Gómez (2005); Ledezma et al. (2009); Scarone (2014), en el sentido de que la población trabajadora en el sector de las maquiladoras tiene características sociodemográficas similares. Esto probablemente se debe a que las industrias manufactureras y las maquiladoras representan una fuente de trabajo importante para la franja fronteriza (Calderón, 2000), por lo que estas se han dado a la tarea de contratar mujeres jóvenes con poca experiencia laboral y bajo nivel académico. La población de mujeres jóvenes representa en el sector vulnerable ante el contagio del VIH (OMS, 2013).

En relación al uso del condón, aunque no se registraron estadísticas significativas, se observó ligeramente una puntuación más representativa. Esto sigue la tendencia de lo encontrado por Peragallo et al. (2012; 2015), quienes en sus estudios obtuvieron puntuaciones similares a la de la presente investigación. Para finalizar con una respuesta positiva, las mujeres tienen conocimiento del uso del condón, sobre el virus de inmunodeficiencia humana y un alto nivel de eficacia con el uso del condón.

Conclusión

Un alto porcentaje de las participantes solo contaba con nivel básico de educación -estudios de secundaria- y gran parte de las participantes vive en unión libre. Se encontró que tener más conocimientos sobre el VIH se relaciona con mayor autoeficacia para el uso de condón. De forma general, tanto el conocimiento como la autoeficacia no se ubicaron en los niveles más bajos que los instrumentos pueden detectar. Aunque habría que realizar comparaciones con otros segmentos de la población para evaluar si esto es consistente, sobre todo al considerar que hay poca evidencia de la población local. Es necesario que el personal de enfermería continúe estudiando esta problemática y contribuya a llenar los vacíos de conocimiento persistentes en la población mexicana.

Recomendaciones

Implementar capacitaciones para el personal femenino sobre enfermedades de transmisión sexual y uso de preservativos. Estas capacitaciones podrían ayudar a disminuir las ETS en las mujeres trabajadoras de maquiladoras. Se recomienda fomentar programas donde se ayude a aclarar cualquier duda en el contexto sexual para el beneficio de las mujeres, ya que muchas personas no tienen la disponibilidad de ir a la unidad de salud solo para aclarar este tipo de dudas. Finalmente, se sugiere a las maquiladoras y empresas locales que contraten a una enfermera/o capacitada/o para orientar sobre sexualidad, que otorgue pláticas privadas a las empleadas.

Referencias

- Arrivillaga, M., Tovar, L. M., & Correa, D. (2012). “Evidencia poblacional y análisis crítica de determinación social sobre el uso del condón en Colombia”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 553-561.
- Calderón, C. & Mendoza, J. (2000). “Demanda regional de trabajo en la industria maquiladora de exportación de los estados de la frontera norte”. *Frontera Norte*, 12(24), 59-83.
- Castañeda, D. & Gómez, E. (2005). “HIV/AIDS Risk Behavior of Mexican Women Working in a Maquiladora”. *Revista Interamericana de Psicología*, 29(2), 267-274.
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA. (2010). “El condón”. Recuperado de: www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (2009). *El VIH/SIDA en México*. México, D.F.
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA. (2014). “Mujeres y el VIH y el sida en México”. Recuperado de: www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf
- Frías, S. M., Leyva-Flores, R., Castellón, K., Duarte, B., Valin, J. E., & Vázquez, L. A. (2013). “Prevención de ITS/VIH en jóvenes de comunidades fronterizas de Centroamérica”. *Salud Pública de México*, 55 (suppl. 1): S39-S46.
- Heckman, T. G., Kelly, J. A., Sikkema, K., Cargill, V., Norman, A., Fuqua, W., ... & Perry, M. (1995). “HIV risk characteristics of young adult, adult, and older adult women who live in inner-city housing developments: implications for prevention”. *Journal of Women's Health*, 4(4), 397-406.
- NotieSe. (2016). *El VIH/sida en México*. Recuperado de: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=2450
- Pavia-Ruz, N., Góngora-Biachi, R., Vera-Gamboa, L., Moguel-Rodríguez, W & González-Martínez, P. (2012). “Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México”. *Revista Biomédica*, 23(2), 53-60.

- Peragallo, N., DeForge, B., O'Campo, P., Lee, S. M., Kim, Y. J., Cianelli, R., & Ferrer, L. (2005). "A randomized clinical trial of an HIV-risk-reduction intervention among low-income Latina women". *Nursing Research*, 54(2), 108-118.
- Peragallo, N., Gonzalez-Guarda, R. M., McCabe, B. E., & Cianelli, R. (2012). "The efficacy of an HIV risk reduction intervention for Hispanic women". *AIDS and Behavior*, 16(5), 1316-1326.
- Pérez, H., Taracena, R., Magis, C., Gayet, C., & Kendall, T. (2004). *Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud*. D.F., México: Ángulos del SIDA.
- Planned Parenthood Federation of America Inc. (2014). "VIH/SIDA". Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual/vih-sida>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2015). "Estadísticas globales". Recuperado de: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_factsheet_2015_es.pdf
- Ramírez, J. M., Díaz, M. G., Zarraga, M. E., & Chávez, G. (2001). "Factores de riesgo de VIH/SIDA en trabajadoras de maquiladoras rurales y urbanas de Nuevo León". *Medicina Universitaria*, 3(13): 212-216.

Capítulo XII. Capacidad de afrontamiento y adaptación y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes

Dr. Carlos Reyes Sánchez

DCE. Brenda Guadalupe Yañez Castillo

DCE. Perla Martínez Aguilera

Introducción

La adolescencia es un período de crecimiento y desarrollo humano entre los 10 y los 19 años, donde ocurren cambios psicológicos, biológicos y sociales, durante la cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia, más allá de la maduración física y sexual, sino que es también la transición hacia la independencia social, económica y el desarrollo de la identidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018a). Además, en esta etapa de la vida son particularmente intensas las conductas de riesgo tales como, la mala nutrición, actividad física inadecuada, actividad sexual irresponsable que pudiera desenlazar en un embarazo no deseado o en infecciones de transmisión sexual, la violencia, lesiones y el consumo de alcohol (Rosbal, Romero, Gaquín & Hernández, 2015).

La Organización Mundial de la Salud a través del informe mundial de la Situación sobre el Alcohol (OMS, 2018b), señala que “cada año mueren en el mundo 3.3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.9% de todas las defunciones anuales”. Los adolescentes presentan patrones de consumo mucho más peligrosos en las Américas que en otras regiones.

En México es preocupante el incremento del consumo de alcohol, lo que se refleja en una tendencia ascendente según la Encuesta Nacional de Adicciones 2016-2017 (ENCODAT, 2016-2017). La prevalencia de consumo *alguna vez en la vida* reportado en el año 2016 fue de 39.8%, para el último año fue de 28%, para el último mes fue de 16.1% en la población de 12 a 17 años (Secretaría de Salud [SS], Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Instituto Nacional de Psiquiatría [INP], Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

[...] La ubicación geográfica del Estado de Tamaulipas y la dinámica social que ha venido presentando en los últimos años, colocan en una condición de alta vulnerabilidad a los adolescentes; el incremento de la violencia social, la delincuencia organizada, la migración internacional y la presencia e intensidad de estrés en los adolescentes que residen permanentemente en el estado, [pueden considerarse como condiciones que incrementan el riesgo de presentar un consumo de alcohol] (Emmerich, 2014; González-Pérez, Vega-López, Cabrera-Pivaral & Vega-López, 2011).

Aunado a esto, el consumo de alcohol llega a modificar las capacidades físicas, mentales y conductuales de los adolescentes. Sin contar que causa reacciones específicas en la psique y el organismo, su abuso conlleva daños potenciales a corto y largo plazo, así como consecuencias negativas psicológicas y sociales en la vida de los consumidores y sus familias (Rodríguez, Echeverría, Martínez & Morales, 2017).

“Dado lo anterior, la alta exposición a situaciones de estrés a la que están expuestos los adolescentes y la manera en como estos las afrontan, resulta un aspecto relevante en el estudio del consumo de alcohol” (Muñoz & Arellanez, 2015). La forma en la que el adolescente intenta:

[...] dar respuesta al estrés y la adversidad ha sido uno de los temas centrales de la Psicología. En sus inicios, dentro de la orientación psicodinámica, recibieron el nombre de mecanismos de defensa. En los años sesenta se empieza a utilizar el término *afrontamiento* para referirse a los mecanismos de defensa maduros que favorecen la adaptación del individuo (Gómez, Luengo, Romero, Villar & Sobral, 2006).

Es importante para el personal de salud informar a los adolescentes-padres y sociedad sobre este problema, el profesional de enfermería “puede desarrollar actividades para prevenir el uso y abuso de alcohol” (Miotto-Wright, 2002),

[...] actuando sobre los factores de riesgo y en el fomento de la salud focalizando sobre los factores protectores con metas a favorecer el autoestima, asertividad, autoeficacia y al desarrollar intervenciones breves para el mantenimiento de conductas saludables y prevenir el desarrollo de hábitos tóxicos como el consumo de alcohol, podrá elaborar programas de prevención, y así, una intervención dirigida para aumentar la competencia personal mediante entrenamiento asertivo sobre varios factores psicológicos, por ejemplo, adquirir habilidad para rechazar ofrecimientos de bebida y mejorar la autoestima, factores que protegen del abuso de sustancias (Espada, Méndez, Griffin & Botvin, 2003).

Es importante identificar el número o porcentaje de adolescentes que reportan haber consumido alcohol al menos una vez en la vida; así como analizar y describir las condiciones que rodean al consumo de alcohol y los factores de riesgo que contribuyen facilitando su abuso. Es necesario que en los proyectos de atención a la salud de los adolescentes, haya una participación directa, tanto para la detección oportuna, prevención de adicciones, tratamiento y rehabilitación de adolescentes con adicciones. Por tanto, el propósito de investigación conocer la relación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y el consumo de alcohol de los adolescentes.

Metodología

El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo, correlacional ya que se buscó la relación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación con el consumo de alcohol en adolescentes. La población estuvo conformada por estudiantes de tres secundarias de Nuevo Laredo, Tamaulipas. La población total fue de 1450 estudiantes de los cuales 917 adolescentes son del turno matutino y 533 del turno vespertino, distribuidos en 35 grupos. El tamaño de la muestra fue calculado con el paquete estadístico STATA versión 16.0 (STATA, 2007) con un nivel de significancia de .05, con un error estimado del 5%, con un valor z de 1.96, y una potencia de 90%. Por tanto, la muestra total estuvo conformada por 302 adolescentes. El muestreo fue aleatorio por conglomerados donde se aleatorizaron los grupos de la secundaria.

En el estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de drogas -CDPyPCD- y la escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación -CAPS-, elaborada por Roy (2004). Validada al español por Gutiérrez, Veloza, Moreno, Durán, López, y Crespo en el 2007.

[...] Esta fue diseñada para medir el grado en el que un individuo responde a experiencias, crisis o eventos extremadamente difíciles. El Alfa de Cronbach reportada por la autora fue de .94, con un rango en las subescalas de .86 a .78. La validez del constructo se estableció a través de un análisis factorial, donde se identificaron cinco factores que explicaron el 45 % de varianza.

[...] La escala consta de 47 reactivos con cinco dimensiones. El patrón de respuesta es de cuatro puntos, que va desde 1 = nunca a 4 = siempre La puntuación total de CAPS se obtiene invirtiendo los valores de las preguntas 5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45, 47 (Roy, 2004).

[...] El puntaje oscila entre 47 y 188, donde un mayor puntaje indica que hay un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. Los puntajes de baja capacidad de afrontamiento son de 47 a 82, media capacidad de 83 a 118, y alta capacidad de 119 a 153 y muy alta capacidad de 154 a 188 (Gutiérrez, 2009).

El procedimiento de recolección de inició el 1 de febrero del 2018 y finalizó el 31 de mayo del 2018, tras obtener la autorización de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT). De igual forma se contó con el permiso por escrito de la institución educativa donde se realizó el estudio. Para la recolección de los datos, se solicitó al director de la institución educativa el listado de los alumnos inscritos por grado escolar, grupo y turno. Los grupos participantes del estudio fueron elegidos al azar con la función de números aleatorios del programa EXCEL® v.360. Una vez que se

seleccionaron los grupos participantes, se acudió a la institución educativa en el horario y turno programado, para contactar a los participantes seleccionados y entregarles el asentimiento informado para ellos por ser menores de 18 años y el consentimiento informado para sus padres.

Posteriormente se aplicaron los instrumentos CDPyPCAT y CAPS a los participantes que aceptaron y entregaron su asentimiento informado firmado, y en caso de que fueran menores de 18 años, el consentimiento informado firmado por su madre, padre o tutor. Se reunió a los adolescentes seleccionados y nuevamente se explicaron los objetivos, instrumentos, posibles riesgos y beneficios y su consentimiento o asentimiento informado del estudio, así como del derecho que tienen de retractarse sin que esto tenga ninguna consecuencia escolar o de cualquier otro tipo. La aplicación de los instrumentos se realizó en un horario que no perjudicó al adolescente en sus horarios de actividades académicas; al terminar la recolección de información se les agradeció su participación en el estudio.

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, 2000) versión 24.0. Se obtuvieron estadísticas descriptivas como frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión, así como la prueba Chi cuadrada para diferencias de proporciones y el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Por último, la investigación se fundamentó en lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) referente al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

Se garantizó el anonimato del participante y la información que llegase a proporcionar. La investigación fue considerada de riesgo mínimo, ya que se abordaron aspectos relacionados a la conducta del adolescente, que eventualmente pudieran tener alguna repercusión de sentimientos o emociones negativas, por lo que se consideró que si esto ocurría, se suspendería inmediatamente la aplicación de los instrumentos, programando esta aplicación en otra cita de así aceptar el participante; esta situación no se presentó.

Además, se garantizó al sujeto de estudio que recibiría respuesta a cualquier pregunta y aclaración sobre dudas acerca de los procedimientos a seguir en el estudio, los riesgos y los posibles beneficios a largo plazo relacionados con la investigación; así como también la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que ello le ocasionase algún perjuicio en su condición de estudiante.

Resultados

Dentro de las características sociodemográficas, se encontró que el 51.4% eran del sexo masculino, el 37.1% fueron del primer grado, el 37.1% son hijos mayores y el 90.1% solo estudia, la media de edad fue de 13.2 ($DE=0.971$), la edad de inicio del consumo de alcohol fue de 11.1 ($DE=2.218$) y la media de consumo de alcohol en un día típico fue de 2.2 ($DE=1.421$) bebidas estándar. Dentro de las prevalencias del consumo de alcohol el 26.8% de los participantes ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 19.5% en el último año y el 8.3% en el último mes. En relación, al nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación en adolescentes el 50.3% tiene un nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación alta el 39.4% tiene un nivel de capacidad media.

Al analizar cada subescala de *recursivo y centrado* en el nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación en adolescentes, el 50.3% de ellos tiene un nivel de capacidad alto y el 33.1% tiene un nivel de capacidad media. La subescala de *físico y enfocado* el 57% de los adolescentes tiene un nivel de capacidad media. La subescala de *proceso de alerta* el 46% de los adolescentes tiene capacidad de tener un proceso de alerta medio y el 31.8% contaba con una capacidad alta. En la subescala de *procesamiento sistemático*, el 35.1% de los adolescentes tiene un nivel de capacidad alto y el 29.5% contaba con una capacidad media. En la subescala de *conocer y relacionar* el 35.1% de los adolescentes tiene un nivel de capacidad alta y el 27.8% contaba con una capacidad media.

Al realizar el análisis inferencial se comparó el nivel de la capacidad de afrontamiento y adaptación de los adolescentes según el sexo, se encontró diferencia significativa entre la capacidad de *afrontamiento y adaptación* según el sexo de los adolescentes ($\chi^2= 9.482$; $p= .024$), donde la mayor proporción de nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación bajo, lo obtuvieron los adolescentes del sexo masculino -76.5%- y el nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación muy alto, las adolescentes del sexo femenino -58.3%-. Por otro lado, se encontró diferencia significativa entre la capacidad de ser recursivo y centrado según el sexo de los adolescentes ($\chi^2= 7.007$; $p= .029$), donde la mayor proporción de nivel de capacidad de ser recursivo y centrado baja, la obtuvieron los adolescentes del sexo masculino -68.8%- y el nivel alto, las adolescentes del sexo femenino -57.8%-.

Existe diferencia significativa entre la capacidad de ser *físico y enfocado* según el sexo de los adolescentes ($\chi^2= 11.410$; $p= .010$), donde la mayor proporción de nivel de capacidad de ser físico y enfocado bajo lo obtuvieron los adolescentes del sexo masculino -65.4%- y el nivel de capacidad de ser físico y enfocado alto, las adolescentes del sexo femenino -65%-. Además, se encontró diferencia significativa entre la capacidad de procesamiento sistemático según el sexo de los adolescentes

($\chi^2= 6.892$; $p= .016$), donde la mayor proporción de nivel de capacidad de procesamiento sistemático bajo lo obtuvieron los adolescentes del sexo masculino -65.7%- y el nivel de capacidad de procesamiento sistemático muy alto las adolescentes del sexo femenino -57.4%-.

Se encontró diferencia significativa entre la capacidad de conocer y relacionar según el sexo de los adolescentes ($\chi^2= 7.274$; $p= .013$), donde la mayor proporción de nivel de capacidad de conocer y relacionar bajo lo obtuvieron los adolescentes del sexo masculino -67.6%- y el nivel de capacidad de conocer y relacionar muy alto, las adolescentes del sexo femenino -58.1%-.

Por último, existe una relación negativa significativa entre la capacidad de *afrentamiento y adaptación* y el consumo de alcohol ($r_s = -.779$, $p=.000$), esto quiere decir que, a mayor capacidad de afrontamiento y adaptación menor será el consumo de alcohol de los adolescentes. Además, se encontró relación negativa significativa entre el consumo de alcohol y la capacidad de ser *recursivo y centrado* ($r_s = -.589$, $p=.000$), *físico y enfocado* ($r_s = -.535$, $p=.000$), *proceso de alerta* ($r_s = -.558$, $p=.000$), *procesamiento sistemático* ($r_s = -.608$, $p=.000$) y *conocer y relacionar* ($r_s = -.565$, $p=.000$), es decir, que cuando el adolescente se aplica y se enfoca en un objetivo, tiene un proceso de alerta adecuado y conoce y relaciona las consecuencias del consumo de alcohol, y además cuenta con un pensamiento sistemático, por lo que menor será su consumo de alcohol.

Discusión

Esta investigación permitió profundizar en el conocimiento de la relación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación con el consumo de alcohol en adolescentes.

El 26.8% de los participantes ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 19.5% en el último año y el 8.3% en el último mes. Este resultado es menor a lo reportado por Telumbre, Esparza, Alonso y Alonso-Castillo en el 2017 ya que encontraron la prevalencia de consumo de alcohol en alguna vez en la vida de 83.7%, del último año del 73.5% y el último mes con 33.7%. Además, estos resultados están por debajo a lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones 2016 donde muestran una prevalencia de haber tomado alcohol *alguna vez en la vida* de 39.8%, para el último año fue de 28%, para el último mes fue de 16.1% en la población de 12 a 17 años (Secretaría de Salud [SS], Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Instituto Nacional de Psiquiatría [INP], Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). Esto podría deberse a que los adolescentes hacen ajustes o modificaciones a medida en que se sienten aceptados socialmente. Su inestabilidad emocional por desconocimiento los hacen probar el alcohol y el temor a nuevas vivencias o toma de decisiones los pueden llevar a no seguir consumiendo alcohol (Arrijoja, Frari, Torres, Gargantúa, Ávila & Morales 2017).

El 50.3% de los adolescentes tiene un nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación alta. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Hermosilla-Ávila y Sanhueza-Alvarado; en el 2015 encontraron que el 61.2% contaban con alta capacidad de afrontamiento (Hermosilla-Ávila & Sanhueza-Alvarado, 2015).

Esto sugiere que los adolescentes tienen estrategias de afrontamiento productivas tales como fijarse en lo positivo, invertir tiempo en amigos íntimos, similar a las estrategias que se relacionan al estilo activo (Salavera, & Usán, 2017). Además, una alta capacidad refleja en los adolescentes un estilo activo, con estrategias enfocadas en el problema, estrategias positivas tales como la planificación, la reinterpretación positiva del problema, aceptación y la búsqueda de apoyo emocional (Gutiérrez, 2009).

Por otro lado, se encontró diferencia entre la capacidad de afrontamiento y adaptación según el sexo de los adolescentes ($\chi^2= 9.482$; $p= .024$), donde la mayor proporción de nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación bajo lo obtuvieron los adolescentes del sexo masculino -76.5%- y el nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación muy alto las adolescentes del sexo femenino -58.3%-. Algunos autores reportan que existen diferencias entre hombres y mujeres (González-Arratia & Valdez-Medina, 2013). Estas diferencias se fundamentan en la forma de afrontar los problemas los adolescentes del sexo masculino y femenino (Frydenberg & Lewis, 1993). Es decir, los adolescentes del sexo masculino hacen deporte y las adolescentes se orientan hacia otros, lo que hacen preocuparse más que los adolescentes del sexo masculino, Las adolescentes del sexo femenino perciben un mayor número de eventos como estresantes y amenazantes, especialmente los procedentes del ámbito interpersonal y familiar. Por el contrario, los adolescentes del sexo masculino ignoran más los problemas, utilizan más la distracción física y la búsqueda de diversiones relajantes y, cuando los problemas son inevitables, los intentan solucionar por ellos mismos.

Por último, se encontró que existe una relación negativa, significativa entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y el consumo de alcohol, es decir que, a mayor capacidad de afrontamiento y adaptación menor será el consumo de alcohol de los adolescentes. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Lara-Beltrán, que en el año 2019, encontró relación negativa significativa entre la capacidad de afrontamiento y el consumo de alcohol; esto corrobora que el disponer de una actitud positiva hacia sí mismo, la propia vida y el futuro, el tener la capacidad de afrontar los problemas y de adaptarse a los cambios, parece actuar como factor protector, disminuyendo las posibilidades de que el adolescente se inicie en el consumo de alcohol (Lara, Bermúdez & Pérez-García, 2013). En este sentido, el adolescente refleja los esfuerzos por mantener los aspectos emocionales al margen

y mantener el equilibrio afectivo, es decir, que los adolescentes del estudio tuvieron un buen control de sus emociones y eso influyó de cierta manera en mantener un bajo consumo de alcohol.

Conclusiones

Primeramente, se concluye que los grupos de adolescentes del sexo masculino y femenino eran semejantes, la mayoría fueron del primer grado, predominaron los hijos mayores y la mayoría solo estudia, la media de edad fue de 13.2 años. Respecto a la edad de inicio del consumo de alcohol fue de 11.1 años y la media de consumo de alcohol en un día típico fue de 2.2. En este sentido, el 26.8% de los adolescentes ha probado alguna vez vida, el 19.5% lo ha consumido en el último año y el 8.3% lo consume en el último mes.

Por otro lado, la mitad de los adolescentes cuentan con un nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación alta. Cabe resaltar, que el 39.4% de los adolescentes tiene un nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación media. Al comparar los niveles de capacidad de afrontamiento y adaptación según el sexo de los adolescentes, se encontró que existen diferencias y los adolescentes del sexo masculino obtuvieron un nivel bajo de capacidad de afrontamiento y adaptación y las adolescentes del sexo femenino obtuvieron un nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación muy alto. Por último, se encontró que a mayor capacidad de afrontamiento y adaptación menor será el consumo de alcohol de los adolescentes. Además, cuando el adolescente se dedica y se enfoca en un objetivo, tiene un proceso de alerta adecuado y conoce y relaciona las consecuencias del consumo de alcohol y además cuenta con un pensamiento sistemático, menor será su consumo de alcohol.

Referencias

- Arriola, M. G., Frari, G. S., Torres, R. A., Gargantúa, A. S., Ávila, A. A., y Morales, C. F. (2017). "Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes". *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 13(1), 22-29.
- Emmerich, N. (2014). "Estudios sobre el narcotráfico en América Latina Estudio I. Infancia y narcotráfico en México". Universidad de Belgrano, Documentos de Trabajo. [En línea]. Recuperado de: <http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2627/300/Emmerich.pdf?sequence=1>. Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2019.
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K., & Botvin, G. J. (2003). "Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas". *Papeles del Psicólogo*, 84(9), 17.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). *Manual: The Adolescent Co-ping Scale*. Melbourne: Australian Council for Educational Research

- Gómez, F.J. A., Luengo, M. A., Romero, T. E., Villar, T. P. & Sobral, F.J. (2006). “Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3) 581-597
- González-Arratia, L. F. N. I., & Valdez-Medina, J. L. (2013). “Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos”. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 941-955. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322013000100004&lng=es&tlng=es [2 de diciembre de 2019]
- González-Pérez, G.J., Vega-López, M. G. Cabrera-Pivaral, C. E., & Vega-López, A. (2011). “Violence and health: an epidemiological analysis of homicides in Mexico, 1979-2008”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65. Poster session 1 Other themes: P1-432. DOI:10.1136/jech.2011.142976g.22
- Gutiérrez, C., Veloza, M., Moreno, M., Durán, M. M., López, C. & Crespo, O. (2007). “Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy”. *Aquichán*.7(1):54-63.
- Gutiérrez, L. C. (2009). “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Colombia”. *Hallazgos*, 6(12): 201-213.
- Hermosilla-Ávila, A. & Sanhuesa-Alvarado, O. (2015). “Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado”. *Ciencia y Enfermería*, 21(1): 11-21.
- Lara, M. D., Bermúdez, J. & Pérez-García, A. (2013). “Positividad, Estilo de Afrontamiento y Consumo de Tabaco y Alcohol en la Adolescencia”. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 345-366
- Lara-Beltrán, M. D. (2019). “Afrontamiento, afecto y tabaco en una muestra de adolescentes españoles”. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2): 9-14
- Miotto-Wright, M. D. G. (2002). “La contribución de la enfermería frente al fenómeno de las drogas y la violencia en América Latina: un proceso de construcción”. *Ciencia y Enfermería*, 8(2), 09-19.
- Muñoz, G. A. N., & Arellanez, H. J. L. (2015). “Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes”. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.7.S.*, 06(02), 01-20.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018a). “Desarrollo de la adolescencia”. [En línea] Recuperado de: <http://www.who.int/about/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018b). “Alcohol”. [En línea] Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Rodríguez, D. C. A., Echeverría, S. V.L., Martínez, M. K. I. & Morales, C. S. (2017). “Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico”. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 03(01), 16-27.

- Rosbal, G. E., Romero, M. N., Gaquin, R. & Hernández, M. R. A. (2015). "Conductas de Riesgo en los adolescentes". *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44 (2), 218-229
- Roy C. (2004). "Coping and Adaptation Processing Scale: Development and Testing". Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1657-59972007000100005&caller=www.scielo.org.co&lang=pt>
- Salavera, B. C., & Usán, S. P. (2017). "Repercusión de las estrategias de afrontamiento de estrés en la felicidad de los alumnos de Secundaria". *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 20(3), 65-77.
- Secretaría de Salud [SS], Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Instituto Nacional de Psiquiatría [INP], Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). "Encuesta Nacional de Adicciones 2016 del alcohol". México.
- Secretaría de Salud. México. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Editorial Porrúa.
- StataCorp, L. P. (2007). "Stata data analysis and statistical Software". *Special Edition Release*, 10, 733.
- Statistical Package for the Social Sciences [SPSS, 2000], Inc. Base 24.0 para Windows.
- Telumbre-Terrero, J. Y., Esparza-Almanza, S. E., Alonso-Castillo, B. A. & Alonso-Castillo, M. T. J. (2017) "Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería". *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(2):69-81

Investigación de enfermería en las diferentes etapas de la vida de Nohemí Selene Alarcón Luna, Yari Rodríguez Santamaría y Liliana Leticia Juárez Medina, publicado por la Universidad Autónoma de Tamaulipas y Colofón, se terminó de imprimir en diciembre 2020, en los talleres de Ultradigital Press S.A. de C.V. Centeno 195, Col. Valle del Sur, C.P. 09819, Ciudad de México. El tiraje consta de 350 ejemplares impresos de forma digital en papel Cultural de 75. El cuidado editorial estuvo a cargo del Consejo de Publicaciones UAT.

