

ISSN: 2954-4459



Revista Salud y Cuidado

Volumen 3

Número

3

**julio - septiembre
2023**

Equipo Editorial

Directora General

Dra. María Dolores Martínez Garduño

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

Coordinadora Editorial

Mtra. Beatriz Elizabeth Martínez Talavera

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

Equipo de Traducción

Mtra. Ana Laura Mandujano Garrido

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

Mtra. Gabriela Jacinto Hernández

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

Mtra. Diana Jaimes Cortés

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

Consejo Editorial

Dra. Gloria Ángeles Ávila

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

Mtra. Livia Quiroz Benhumea

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

Dra. Isabel Álvarez Solorza

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

Dra. Jessica Belen Rojas Espinoza

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

Dra. Jannet Delfina Salgado Guadarrama

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

Mtro. Julio Cesar Cadena Estrada

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; México.

Dra. Nora Hilda González Quirarte

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico; México.

Dra. Marcela Carrillo Pineda

Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; Colombia.

Dra. Bruna Espinoza Fernández

Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería Campus San Felipe; Chile.

Dr. Domingo Muñoz Arteaga

Internacional Nursing Network (INN); México.

Mtra. Kimm Alegría Castañeda Arellanes

Internacional Nursing Network (INN); México

Consejo de Redacción Nacional

Dr. José Ángel Luna Rojas

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia; México.

Dr. Juan Pineda Olvera

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala; México.

Dra. Juana Beltrán Rosas

Universidad Autónoma de Guerrero, Escuela Superior de Enfermería No.1; México.

Dra. Hortensia Castañeda Hidalgo

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería; México.

Dra. María de los Ángeles Cabañas Rosales

Universidad Autónoma de Guerrero, Escuela Superior de Enfermería No.1; México.

Dra. Gandhi Ponce Gómez

Universidad Nacional Autónoma, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; México.

Dra. María Gicela Pérez Hernández.

Universidad de Colima, Facultad de Enfermería; México.

Dra. María de Lourdes Vargas Santillana.

Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Zumpango; México.

Dra. Bertha Cecilia Salazar González.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería; México.

Mtra. Claudia Hernández del Valle.

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud; México.

Dr. Raymundo Velasco Rodríguez.

Universidad de Colima, Facultad de Enfermería; México.

Dr. Francisco Javier Arroyo Cruz

Universidad de Guanajuato; México.

Consejo de Redacción Internacional

Dra. Magda Núñez Vargas

Universidad Nacional del Callao, Escuela de Posgrado en Enfermería; Perú.

Dra. Silvana Silverira Kempfer

Universidad Federal de Santa Catarina, Campus Trindade; Brasil.

Dra. Vilanice Alves de Araujo-Püschel

Universidad de São Paulo, Escola de Enfermagem; Brasil.

Dra. Chie Teramoto Shimizu

The University of Tokyo; Japón.

Dra. Lorena Bettancourt Ortega

Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería; Chile.

Dra. Cibeles González Nahuelquin

Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería; Chile.

Dra. Denisse Ruth Parra Giordiano

Universidad de Chile Departamento de Enfermería; Chile.

Dra. Sandra Valenzuela Sauzo

Universidad de Concepción, Facultad de Enfermería; Chile.

Índice

Editorial

Las voces de Enfermería durante la pandemia por COVID-19, aún se escuchan
Nursing voices during the COVID-19 pandemic, are still heard
As vozes da enfermagem durante a pandemia da COVID-19, ainda são ouvidas

Ángel Gabriel Hilerio López **1**

Artículos Originales Resultados de Investigación

Intervención educativa en cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica o discapacidad: Estudio piloto y de factibilidad
Educational intervention in family caregivers of older adults with chronic illness or disability: Pilot and feasibility study
Intervenção educativa em cuidadores familiares de idosos com doença crônica ou deficiência: estudo piloto e de viabilidade

Perla Lizeth Hernández Cortés, Bertha Cecilia Salazar González,
Sofía Lizzet Martínez Ortiz, Dayanna Neitakrith Pérez Cavazos **7**

Factores de riesgo materno que predisponen el ingreso del Neonato a la UCIN

Maternal risk factors that predispose the newborn to the NICU
Factores de risco maternos que predispõem à admissão de recém-nascidos na UTIN

Rosa Anahí Bonaga Ramírez, María Antonieta Cuevas Peñaloza,
Víctor Manuel Pérez Ilago, Blanca Díaz Bernal,
Rafael Antonio Estévez Ramos **22**

Estilo de vida y funcionalidad familiar en adultos con diabetes mellitus de Tecomanapa Guerrero, México

Lifestyle and family functionality in adults with diabetes mellitus from Tecomanapa Guerrero, Mexico
Estilo de vida e funcionalidade familiar em adultos com diabetes mellitus de Tecomanapa Guerrero, México

Leonel Eduardo Ponce Santiago, Flor Esthela Carbajal Mata,
Patricia Rivera Vázquez **35**

Eficacia del método del ritmo utilizando las aplicaciones móviles de control del ciclo menstrual

Efficacy of the rhythm method using mobile menstrual cycle applications

Eficácia do método do ritmo utilizando aplicações do ciclo menstrual móvel

Nancy Karina García Hernández, Jannet Delfina Salgado Guadarrama,
María Sandra Dávila Villada, María Dolores Martínez Garduño,
Rafael Antonio Estévez Ramos

52

Artículos de Revisión y Relatos de Experiencia

Cuidados paliativos en atención primaria de salud. Revisión narrativa en el contexto iberoamericano

Palliative care in primary health care. Narrative review in the Ibero-American context

Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. Revisão narrativa no contexto ibero-americano

Cynthya Maya Hernández, Jorge Alberto Álvarez Díaz

71

Las voces de Enfermería durante la pandemia por COVID-19 aún se escuchan

Nursing voices during the COVID-19 pandemic are still heard

As vozes da enfermagem durante a pandemia da COVID-19 ainda são ouvidas

Ángel Gabriel Hilerio López¹
<http://orcid.org/0000-0001-8198-5363>

¹ Universidad de Colima, Facultad de Enfermería, Colima. México.

Correo electrónico:
ahilerito@ucol.mx

ISSN: 2954-4459

La enfermería mexicana es una de las profesiones que más se destacó en el frente contra uno de los virus altamente letales de los que se tenga memoria, un agente de comportamiento fuera de toda proporción que puso a prueba a todos los sistemas de salud en el mundo, su embate superó cualquier capacidad instalada, recursos, equip sofisticado o personal capacitado.

En este texto se compone de la narrativa de los hechos a través de las voces y reflexiones de algunos profesionales de enfermería de contrato de INSABI, dentro del hospital de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del gobierno del Estado.

Corría el mes de diciembre de 2019, cuando los noticieros y comunicaciones científicas anunciaban por primera vez una nueva enfermedad (2019-nCov) las personas infectadas presentaban problemas en las vías respiratoria^{1,2}, los mismos reportes informaron que las personas cursaban con dificultad respiratoria similar a un resfriado común, cefalea,

rinorrea, diarrea, náuseas y vómito, estas características definitorias conformarían la definición operacional de casos sospechosos y casos confirmados de COVID-19 .

La información sobre la reconversión de espacios para la atención de los casos se turnó caótico, los tomadores de decisión tenían diferencias de opinión, sobre alinearse a lo establecido por organismos internacionales como: la Organización Mundial para la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro de Control de las Enfermedades y su Prevención (CDC), nacionales como los lineamientos del sector salud, o los reportes que publicaban los colegas chinos.

Aspecto similar ocurrió con el uso del equipo de protección personal (EPP), establecer puntos de encuentro sobre la secuencia de pasos para colocarlo y retirarlo. Sin lugar a duda, cada hospital en el país tuvo su propia experiencia. En la nuestra, se dispusieron de dos áreas en planta baja y alta respectivamente para la entrega del EPP y su colocación.

En planta baja se adecuó un Triage, consultorio, espacio para tomar muestras, cuarto de shock, área para pacientes en espera de resultado para adultos y otro espacio para pediátricos. Quienes resultaron con diagnóstico positivo, se trasladaban bajo un protocolo de seguridad utilizando una cabina donde se colocaba a los pacientes, de esta forma se evitaba la propagación de aerosoles mientras era trasladado hacia el área de reconversión en planta alta, aquí se hospitalizaban los que tenían prueba de PCR positiva. Cabe señalar que se optimizaban los movimientos de pacientes, para tomar Rx o tomografías y finalmente ubicarlos en el espacio asignado.

Retomando los inicios de la pandemia, en las primeras semanas se presentaban uno o dos casos que cumplían criterios de caso sospechoso, pero las pruebas resultaron negativas, lo que permitió profundizar más en la capacitación que inició desde el 28 de marzo de 2020.

Esta capacitación consistió en colocación del EPP, ingreso, flujo de trayecto para cada una de las áreas, técnica de pronación, toma de muestra sanguíneas, participación en la intubación de pacientes, administración de fármacos, amortajamiento de cadáveres, identificación de cadáveres, comunicación interna/externa para dotar de insumos, materiales, medicamentos solicitudes y dieta para pacientes.

Algunos nos capacitamos en cursos bajo la modalidad en línea que ofertó el gobierno federal para reproducir estas a nuestros compañeros, de esta forma la brecha del miedo y resistencia a colaborar se redujo.

Un aspecto que consideramos importante fue la sensibilización de la población para que se mantuviera en casa, el gobierno federal había anunciado el distanciamiento social³, como una de las medidas que podrían evitar contagios masivos, el uso de cubrebocas en todo momento y saludo de etiqueta, poco a poco fuimos generando conciencia, probablemente, el miedo mimetizado en una conducta de prevención influyó en el ánimo de las personas para evitar las aglomeraciones y por ende el contagio de esta enfermedad.

Los ensayos sobre el uso del EPP, la forma de ingresar y el flujo de tránsito interno hacia el área de pacientes COVID, implicó tiempo, asimilación y adaptación para garantizar nuestra propia seguridad, compañeros de base mostraron resistencia para laborar en las áreas de reconversión, pero otros elementos comprometidos, con vocación y dominando el miedo ingresamos a estas áreas, convencidos del juramento y protesta realizada en el acto académico de nuestra graduación, *¿protesta usted en el ejercicio de su profesión cumplir y hacer cumplir las leyes de nuestro país y los principios de la ética profesional sin tomar en cuenta los intereses personales o lucro alguno? ¡¡¡Sí Protesto!!! Dijimos.*

La toma de protesta, para los profesionales de Enfermería tiene un valor especial, se trata del clímax, la llegada a la cúspide profesional por haber logrado en cinco años, formarse como profesionistas, pero, no se trata de un mérito personal solamente, incluye el apoyo y sacrificio de padres y madres de familia, de hermanos y hermanas que contribuyeron para que la sociedad a través de las Universidades o Escuelas de Enfermería cuenten con ciudadanos globales, que dejando de lado sus intereses personales contribuya de forma recíproca, servicios de atención con los más altos valores de la ética profesional y de estándares de calidad y eficiencia.

Volviendo a nuestras opiniones, mientras los primeros casos aparecían en México, las compras de pánico se presentaron en la población y también entre nosotros, se escaseó el alcohol, comparto que algunos productores de este antiséptico contactaron al Colegio de Profesionistas de Enfermería del Estado de Colima

y donaron algunos bidones, mismo que se entregaron al Hospital Regional Universitario (HRU).

Los cubrebocas del tipo bicapa o quirúrgico se agotaron, algunas personas de buena voluntad se habilitaron con el apoyo de tutoriales para diseñar cubrebocas los cuales llevaron a los hospitales para ser utilizados por el personal, también el personal de enfermería dispuso de sus propios recursos para contribuir a la escases que prevalecía, diseñaron cubrebocas y mascarillas de acetato para utilizarlos en las áreas de reconversión, estos elementos se opacaron en las diluciones de cloro a mil partes por millón no permitía la visibilidad.

Con relación a productos de protección personal como googles protectores y mascarillas protectoras, estos equipos no solo escasearon sino que, lo poco que había en existencia incrementó su valor en un 500%, por lo que profesionistas hicieron inversiones importantes para integrarlos su EPP, en el mercado aparecieron dispositivos modificados, mascarillas que se utilizan con otro propósito como el buceo y, que adaptando un dispositivo fue posible conectar una nariz artificial, permitiendo mayor fijación del dispositivo al rostro, el costo de este dispositivo oscilaba en los \$600.00 MXN.

Por otro lado, la máscara 3M6800 con filtros NIOSH 100% oscilaban los \$8,000.00 a \$10,000.00 MXN, por lo que, las adaptaciones ofertadas en plataforma resultaban por mucho más económicas. La mascarilla 3M media cara tenía un costo de \$3,000.00 MXN sin filtros, estos últimos, oscilaban en \$580.00 MXN.

En su momento, algunos medicamentos también escasearon como el: Paracetamol, por sus efectos antipirético fue uno de los más utilizados. Ivermectina se anunció que podría tener algún efecto contra COVID-19 particularmente en la sintomatología gastrointestinal, hoy sabemos que no tiene efecto alguno contra la enfermedad, se trata de un tratamiento para la strongiloidiasis y oncocercosis intestinales, enfermedades de etiología parasitaria.

Mientras que la Dexametasona, uno de los medicamentos clave en el tratamiento de COVID-19 comenzó a escasear en nuestro Estado, incluso familiares suministraron el medicamento a partir de pedidos importantes en las farmacias que

informaron que harían pedidos especiales, desde luego el costo se elevó considerablemente; sí como el Midazolam, Propofol, Fentanyl y Dexmedetomidina que son fármacos utilizados en las áreas críticas.

Recordaran que la planta alta se destinó para hospitalizar a quienes contaban con prueba PCR positiva, las 28 camas se convirtieron en área de pacientes intubados COVID-19, por lo que, dichos medicamentos comenzaron a escasear, las condiciones físicas de nuestros pacientes y su respuesta biológica al tratamiento no tenía el efecto esperado y poco a poco informábamos de los decesos, hecho que impactaron en nuestro ánimo porque fueron días de lucha, de dar palabras de ánimo o acompañar y de ser familia. Enfermería se convirtió en un puente de comunicación, recuerdo que con las mascarillas puestas las personas nos decían, en un tono de por favor sin dejarlo explícito, *“cuando salgas de tu jornada: busca a mi mamá”, “busca a mis hijos”, “busca a mi esposa y diles que le estoy echando ganas que nos vemos pronto”,* muchos saben a qué me refiero.

Esta pandemia nos hizo pasar por dilemas éticos importantes que dejaron enseñanzas y aprendizajes significativos. Tuvimos claridad en la forma de contagio, protegimos la vía de entrada, entonces pudimos proteger a los familiares para que acompañaran el proceso a sus familiares enfermos.

Por protocolo ningún familiar podía ingresar a las áreas de reconversión, vimos cómo se despedían, un dejo de volver esa sensación de tristeza e impotencia. Como profesionales siempre estábamos ocupados en lo nuestro porque había que protocolizar la atención y los dejamos incomunicados; no debía utilizarse papel o equipos móviles porque se consideraban artículos fómites que podría llevar el virus fuera de las áreas de reconversión.

También por protocolo el sistema de aire acondicionado debía contar con filtros “High Efficiency Particle Arresting”, (HEPA), por sus siglas en inglés, filtro recogedor de partículas de alta eficiencia, pero en algunos hospitales o centros de salud no tuvieron este equipo a su alcance. Finalmente, “las marcas en el rostro” personal de INSABI fue contratado para la atención de pacientes COVID-19, hubo que establecer un cronograma de actividades, un rol de servicio y controlar las horas de exposición de cada uno de ellos.

Recordemos que al inicio de la pandemia no había un protocolo de actuación único, los organismos del sector salud respondieron de acuerdo a su marco legal institucional, en el uso del EPP cada institución tomo de los referentes internacionales y nacionales los elementos importantes de acuerdo a su legislación, el uso frecuente del EPP y bajo la idea de crear un ajuste hermético en el rostro, la presión tuvo su efecto en los tejidos de contacto, generando una irritación o lesiones en el puente de la nariz, la frente, los pómulos y las orejas, estas lesiones en su momento fueron motivos para retirarlos de las áreas, pues las heridas podrían ser una vía de entrada no solo para covid, sino de otras enfermedades cruzadas.

Referencias

1. Chen,N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y., Qiu Y., Wang J., Liu Y., Wei Y., XiaJ., Yu T., Zhang X., y Zhang L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet, 2020; 395(10223), 507-513. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
2. Lancet T. Editorial Emerging understandings of 2019-nCoV. 2019;6736(20), 30186.
3. López-Gatel H. Conferencia 14 de marzo. 2020 Gobierno de México.

Intervención educativa en cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica o discapacidad: Estudio piloto y de factibilidad

Educational intervention in family caregivers of older adults with chronic illness or disability: Pilot and feasibility study

Intervenção educativa em cuidadores familiares de idosos com doença crônica ou deficiência: estudo piloto e de viabilidade

Bertha Cecilia Salazar González¹
<http://orcid.org/0000-0002-6610-8052>

Perla Lizeth Hernández Cortés²
<http://orcid.org/0000-0001-9185-9416>

Sofía Lizzet Martínez Ortiz³
<http://orcid.org/0009-0002-6376-5898>

Dayanna Neitakrith Pérez Cavazos⁴
<http://orcid.org/0000-0002-5138-7482>

¹Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León. México.

²Facultad de Organización Deportiva, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León. México.

³Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León. México

⁴Hospital San José Tec. de Monterrey, Nuevo León. México

Autor de Correspondencia:

Perla Lizeth Hernández-Cortés

Correo electrónico:

perla.hernandezcrt@uanl.edu.mx

Recibido: 19 julio 2023

Aceptado: 05 agosto 2023

Publicado: 10 septiembre 2023

Resumen

Introducción: Los adultos mayores suelen requerir cuidado de otros, generalmente de familiares que deben poseer conocimientos y habilidades.

Objetivo: Determinar la factibilidad y aceptación de una intervención dirigida al cuidador familiar (CF) de adultos mayores; explorar efectos preliminares del conocimiento del CF sobre manejo de la enfermedad.

Metodología: Estudio preexperimental con intervención educativa de ocho sesiones. Participó un grupo de cuidadores de una clínica universitaria. La intervención educativa (información, demostración y práctica de procedimientos) incluyó temas de interés por cuidadores (grupos focales). Se exploró la satisfacción del CF (duración, utilidad y aplicabilidad de contenidos de la intervención), y aceptación de facilitadores. Se aplicó el cuestionario de conocimiento, la prueba sobre la carga del cuidador y la subescala de horario interrumpido.

ISSN: 2954-4459

Resultados: Se obtuvo un 70.58% de retención de participantes. Los cuidadores señalaron duración adecuada y temas útiles. Se mostró incremento del conocimiento ($Z = -2.94$, $p = .003$, aumentó 19.44 puntos). El horario diario interrumpido disminuyó (8.33 puntos), sin embargo, no alcanzó significancia ($Z = -1.56$, $p = .12$), ni la carga del cuidador ($Z = .944$, $p = .34$).

Discusión y Conclusiones: Los resultados mostraron incremento de conocimiento. El estudio mostró ser factible, aunque con áreas de mejora.

Palabras clave: Enfermedad crónica, dependencia, cuidado familiar, adulto mayor, intervención educativa.

Abstract

Introduction: Older adults often require care from others, usually from relatives who must have knowledge and abilities.

Objective: Determine feasibility and acceptability of an intervention offered to family caregiver of older adults; explore preliminary effects of family caregivers' knowledge management of disease.

Methodology: Pre-post study, eight sessions with one group. Participants were family caregivers recruited from a university clinic. The educational intervention (information, and practice) included themes expressed by caregivers (focus groups). Caregiver's satisfaction with the intervention was explored (duration, utility and content applicability), among others. They responded to a knowledge questionnaire, caregiver's burden test and interrupted schedule subscale.

Results: Out of 17 caregivers who started the intervention 12 completed all sessions (70.58% retention). They expressed duration was accurate and themes were useful. Wilcoxon test showed improvement in knowledge ($Z = -2.94$, $p = .003$, increase 19.44 points). Even though the score on the interrupted schedule decreased (8.33 points) it did not reach significance ($Z = -1.56$, $p = .12$), nor the caregiver burden scale ($Z = .944$, $p = .34$).

Discussion and Conclusions: Results showed significant increase in knowledge. The study was feasible, nevertheless with betterment aspects.

Keywords: Chronic disease, dependency, family care, older adult, educational intervention.

Resumo

Introdução: Os idosos requerem cuidados de outras pessoas, geralmente de parentes que devem ter conhecimentos e habilidades.

Objetivo: Determinar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção oferecida a cuidadores familiares de idosos; explorar os efeitos preliminares da gestão do conhecimento da doença pelos cuidadores familiares.

Metodologia: Estudo pré-pós, oito sessões com um grupo. Os participantes foram cuidadores familiares recrutados em uma clínica universitária. A intervenção educativa (informação e prática) incluiu temas expressos pelos cuidadores (grupos focais). Foi explorada a satisfação do cuidador com a intervenção (duração, utilidade e aplicabilidade do conteúdo), entre outros. Eles responderam a um questionário de conhecimento, teste de sobrecarga do cuidador e subescala de horário interrompido.

Resultados: Dos 17 cuidadores que iniciaram a intervenção, 12 completaram todas as sessões (70,58% de retenção). Eles expressaram que a duração era precisa e os temas eram úteis. O teste de Wilcoxon mostrou melhora no conhecimento ($Z = -2,94$, $p = 0,003$, aumento de 19,44 pontos). Embora a pontuação no esquema interrompido tenha diminuído (8,33 pontos), não alcançou significância ($Z = -1,56$, $p = ,12$), nem a escala de sobrecarga do cuidador ($Z = ,944$, $p = ,34$).

Discussão e Conclusão: Os resultados mostraram aumento significativo no conhecimento. O estudo foi viável, porém com aspectos de melhoria.

Palavras-chave: Doença crônica, dependência, cuidado familiar, idoso, intervenção educativa.

Introducción

Desde finales del siglo pasado México reconoce como crítica la situación de las personas de la tercera edad. Este grupo etario, con alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, muestra incremento sostenido en la esperanza de vida reflejado en el envejecimiento de la población.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía¹; los mayores de 60 años en el país constituyen el 12.3% de la población estimando que esta proporción se doblará en un lapso de 30 años², a mayoría de ellos vive en hogares nucleares (47.9%) o en hogares ampliados (39.8%).

El envejecimiento y el estilo de vida practicado a lo largo de los años afectan el estado de salud física y mental del adulto mayor; estas condiciones, aunadas a los padecimientos crónico-degenerativos y combinadas con el declive funcional natural, generan dependencia, requiriendo de apoyo para sobrevivir³.

La prevalencia más alta de diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA) en México se registra en personas de más de 604; en este segmento, además, el 50.9% sufre de discapacidad (1). Aunado a esto, los adultos mayores con frecuencia sufren demencia senil y enfermedad de Alzheimer, incrementando su dependencia y necesidad de cuidados especializados³⁻⁵.

La protección al adulto mayor por parte del estado es limitada a pesar de los marcos legales que proclaman apoyo para este grupo de edad⁶. La fuente de apoyo para el cuidado del adulto mayor es la familia⁷. Tradicionalmente la familia mexicana ha desempeñado un papel central en el cuidado de sus integrantes.

Generalmente, el cuidado al adulto mayor en la familia lo toma el miembro más allegado, hijo(a) o cónyuge, reconocido como cuidador(a) principal (CP). En el contexto mexicano investigaciones muestran que en la mayoría de los casos el CP es del sexo femenino (> 75%), entre 40-50 años, educación básica, responsable además de las tareas del hogar y en ocasiones con trabajo asalariado fuera de casa. Cuando el cónyuge es el CP, suele tratarse de un adulto mayor. Dependiendo de la condición de la persona que cuida, el CP, puede sufrir de “sobrecarga” de trabajo llegando a desarrollar “Síndrome del Cuidador” (SC) lo que implica deterioro de su salud física y mental⁸.

Los cuidadores desempeñan actividades complejas asociadas a la coordinación con instituciones de salud (ej. control y monitoreo de visitas médicas y prescripciones) y acciones o tareas de cuidado a la salud en el hogar (ej. medicar, manejar plan alimentario), además de actividades de aseo e higiene, vestido. Todas ellas pueden tornarse difíciles cuando el paciente no coopera por la razón que sea.

Desempeñarse como CP exige conocimiento y entrenamiento; algunos señalan no estar preparados para el cuidado, debido a que les falta experiencia e información

sobre el manejo de la enfermedad⁹. En el país han funcionado iniciativas que buscan apoyar el cuidado a la salud en casa como el programa multidisciplinario “El médico en tu casa” desarrollado en la ciudad de México, dirigido a atender problemas de pacientes generalmente postrados; este modelo no enfocó las necesidades de habilitación o información del cuidador que podían ser parte del cuidado de enfermería o de un familiar entrenado. Otros programas dirigidos a habilitar o certificar cuidadores tienen costo y generalmente lo cursan personas que se desempeñan como cuidadores como forma de vida.

La necesidad de políticas que atiendan las necesidades y protejan al CP es indispensable inclusive a nivel institucional. La Clínica de Servicios Médicos de una Institución de Educación Superior del norte del País reporta alrededor del 30% de su consulta y servicios médicos brindados a personas de la tercera edad. Conforme la población continúe envejeciendo este porcentaje incrementará, con mayor necesidad de cuidados. En este contexto se propuso diseñar y ensayar un programa educativo orientado a preparación de cuidadores familiares de personas de la tercera edad que eventualmente pudiera adoptarse institucionalmente.

El objetivo del estudio fue doble: a) determinar la factibilidad y aceptación de la intervención dirigida a cuidadores familiares (CF) de adultos mayores con enfermedad crónica; b) explorar efectos preliminares sobre conocimiento en el manejo de la enfermedad por parte del CF. Se exploró la satisfacción de los cuidadores con la intervención, además de la facilidad/dificultad para el reclutamiento, barreras para la participación y entrega de la intervención, identificación de cambios necesarios.

Metodología

El diseño del estudio fue preexperimental con un solo grupo. La intervención educativa (información y demostración y práctica de procedimientos) incluyó los temas expresados previamente por cuidadores familiares de dicha clínica (grupos focales), las sesiones fueron semanales por ocho semanas.

Los temas fueron información sobre la enfermedad, alimentación, medicamentos, procedimientos (baño, movilización), qué hacer en caso de urgencias, manejo del enojo o intolerancia del familiar y autocuidado del cuidador.

Al inicio se dieron a conocer los temas a tratar y se preguntó si necesitaban algún(os) otro(s) tema(s). Solicitaron aplicación de inyecciones y qué hacer frente a diarrea y constipación, temas que se agregaron.

Se aplicó una cédula de datos para identificar datos como edad, sexo, parentesco con persona que cuida, años como cuidador, horas dedicadas al cuidado y actividades que realiza, ayuda de otros familiares o vecinos, enfermedad del familiar.

Se recabó la edad, escolaridad y enfermedad(es) del adulto mayor que recibía el cuidado. Se administró un cuestionario de conocimiento sobre posición después de comer o beber agua, higiene bucal, cambios de posición, mecánica corporal al brindar cuidado, identificación de signos de estreñimiento, alimentos que favorecen o contribuyen al estreñimiento, a quién llamar en caso de urgencia.

Se aplicó también, la prueba breve sobre la carga del cuidador¹⁰ (versión en español), y la subescala de horario interrumpido de la escala de valoración de la reacción del cuidador¹¹.

La escala abreviada de sobrecarga del cuidador contiene 12 reactivos. Un puntaje alto significa mayor sobrecarga. La subescala del horario interrumpido mide el impacto del cuidado diario, es decir si el cuidado interrumpe o impide llevar a cabo sus propias actividades diarias. El patrón de respuesta de 5 puntos va de 1 = nada de acuerdo, a 5 = muy de acuerdo.

De acuerdo con Abbott¹² un estudio de factibilidad permite determinar: a) la facilidad o dificultad de acceso a los participantes, disposición del personal en el reclutamiento de participantes, respuesta de participantes, proporción de participantes que cumplen los criterios de elección, b) factibilidad e idoneidad de los procedimientos de valoración y resultados, c) tiempo requerido y recursos para la valoración, d) competencia de instructores, e) barreras para entregar la intervención, f) apego en la entrega del protocolo (identificación de cambios necesarios y razones), g) aceptación de los participantes a la intervención, h) deserción y motivos y las modificaciones necesarias para continuar probando la intervención, i) asistencia de los participantes. La figura 1 muestra el diagrama de flujo.

El estudio se apegó a los principios de la declaración de Helsinki y Ley General de Salud en materia de investigación, aprobado por el comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, UANL (No. 19 CEI-004-20180614). Todos los participantes firmaron consentimiento informado.

Fig. No.1 Diagrama de Flujo

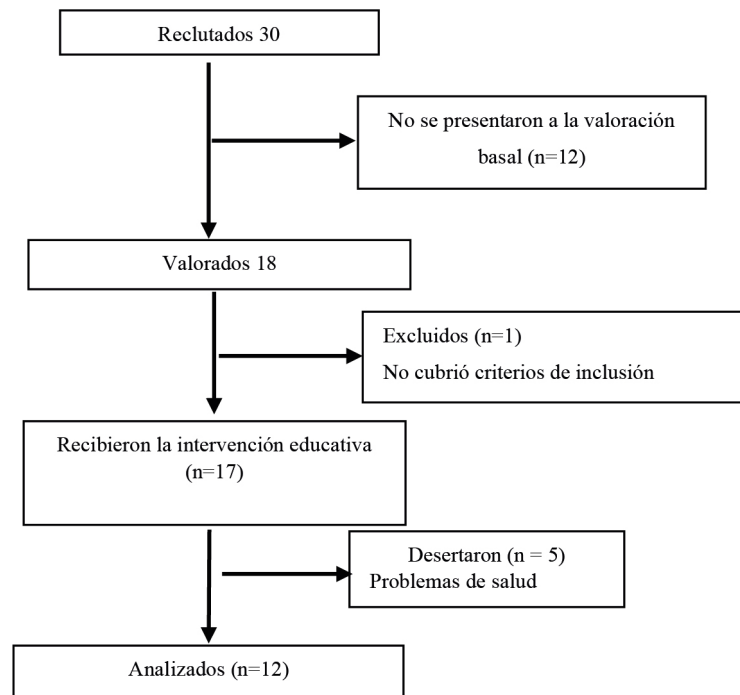


Figura 1 Diagrama de Flujo

Resultados

Primero se presentan los resultados de factibilidad y segundo los resultados preliminares. Los resultados de factibilidad se presentan en el siguiente orden: acceso a participantes y tiempo de reclutamiento, colaboración del personal de salud en el reclutamiento, barreras para entregar la intervención, aceptación de la intervención, retención, deserción, y cambios sugeridos.

El personal directivo de la clínica de salud colaboró con la difusión del tríptico de invitación en lugares visibles de la clínica y la médica geriatra también colaboró repartiendo el material a sus pacientes. Esta última invitó al investigador principal y asistente de investigación a asistir a la reunión mensual de familiares de pacientes con la enfermedad de Alzheimer, de donde se reclutó a cuatro participantes,

mismas que cumplieron con la asistencia.

Para el reclutamiento de cuidadores familiares se acudió dos días a la semana (días de consulta de las geriatras) por seis semanas, a las áreas de consulta, invitando a entrar al estudio a las personas que acompañaban a un adulto mayor, se daba una breve explicación del estudio y se les entregaba un tríptico informativo. De los que manifestaban estar interesados en participar (30 CF) se registraba el nombre y número de teléfono celular. Adicionalmente se invitó a cuidadores que habían participado en el grupo focal, solamente una persona aceptó, una expresó que su familiar había fallecido, otros señalaron trabajar.

A todos los participantes potenciales se les llamó una semana antes para conocer si continuaban interesados e indicarles la fecha de inicio del estudio; a los que no respondían la primera llamada se les marcó en dos ocasiones más, también se dejó mensaje en su celular. Un día antes de la programación de la aplicación de mediciones basales, a todos se les recordó la cita e indicó el lugar y hora de la reunión.

De los 30 cuidadores familiares que manifestaron estar interesados en participar durante el período de reclutamiento, 12 (40%) no respondieron las llamadas y no se presentaron a la sesión de valoración. La tasa de reclutamiento fue del 56%, 17/30, una persona no fue aceptada por ser cuidador eventual (ver figura diagrama de flujo).

Se gestionó la disponibilidad del aula climatizada acondicionada con equipo de proyección, butacas para llevar a cabo las sesiones, con la encargada del departamento de Educación. A cada participante potencial se le preguntó el horario de su preferencia estableciendo dos horarios, uno por la mañana 10:00 hrs. y otro por la tarde 16:00 hrs. Ocho cuidadores eligieron el horario de mañana y nueve refirieron el horario de tarde. Tener dos horarios facilitó que una cuidadora acudiera en el otro horario y no perdiera esa sesión.

Con relación a las barreras para la entrega se presentaron dos eventos no anticipados¹, una fuerte tormenta por la que las instalaciones fueron cerradas por dos días (coincidiendo uno de ellos con la sesión)², evento de la clínica no anticipado por lo que se tuvo que gestionar un aula alternativa.

Todos los cuidadores fueron avisados con tiempo sobre el cambio y se les recordó el día previo. El contenido y las actividades de las sesiones se cumplieron conforme lo planeado, aunque hubo necesidad de extender una semana la calendarización por intensas lluvias.

La retención fue de 70.5% (12 de 17). Tres cuidadoras cumplieron con el 100% de la asistencia, el resto cumplió entre 75% y 87%, los motivos de inasistencia fueron por problema de salud del familiar al que cuida, citas médicas no programadas y salir de la ciudad. A cuatro participantes que tuvieron faltas se les ofreció reponer los temas que fueron movilización y transferencia, baño en cama, caídas y alimentación. Esto se hizo una semana después de las ocho semanas programadas, en el mismo día de la semana y horario de las sesiones previas.

La tabla No. 1 presenta las medias de aceptación (escala de 1-5) de cada uno de los temas y la calificación de la presentación de todas las sesiones. El expositor fue calificado con el puntaje máximo en todos los temas, razón por la que no se presentan datos descriptivos.

Tabla No.1

Aceptación de los temas

	Media	DE	Mediana	IC 95%	
				LI	LS
Agrado	4.98	.13	5.00	4.96	5.01
Interesante	4.97	.16	5.00	4.94	5.00
Cubre mis expectativas	4.96	.19	5.00	4.93	5.00
Útil	4.96	.19	5.00	4.93	5.00
Lo puedo aplicar	4.94	.23	5.00	4.90	4.99
Apropiado a mis necesidades	4.01	.44	5.00	4.82	4.99
Fácil de entender	4.96	.19	5.00	4.93	5.00
Presentación en general	4.99	.09	5.00	4.97	5.01

Nota: IC = intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS = límite superior.

En general los participantes expresaban la bondad de las sesiones. Señalaban que más personas deberían tomarlo; una de ellas dio testimonio de poner en práctica lo aprendido sobre caídas con su suegra.

Datos del paciente que recibe cuidado

El rango de edad del paciente que recibe cuidado es de 68 a 93 años; el 77.7% (14) correspondió al sexo femenino. Los años de escolaridad oscilaron de 0 a 18 años. Las enfermedades que más se presentaron fueron hipertensión arterial (6 casos), siempre en combinación con al menos dos comorbilidades, y seis casos de demencia o Alzheimer.

Datos del cuidador familiar

De los 17 cuidadores que iniciaron el programa educativo solo uno fue del sexo masculino. Diez cuidaban a la mamá, dos a la abuela, dos al esposo, dos al papá y mamá y uno a la suegra. El tiempo que cuidó a su familiar osciló entre un mes y 25 años. La tabla No. 2 presenta sus datos descriptivos.

Tabla No.2

Datos descriptivos del cuidador familiar e instrumentos

Variable	Media	DE	Mediana	IC 95%		Valor p K-S*
				LI	LS	
Edad	57.00	6.65	57.00	52.78	61.22	.200
Escolaridad	12.58	3.39	13.50	10.43	14.74	.023
Meses cuidando	55.83	36.00	54.82	21.00	90.66	.096
Salud Percibida	7.53	1.17	8.00	6.92	8.14	.001
Conocimiento Pretest	66.11	16.19	73.33	55.92	76.40	.029
Conocimiento Postest	85.55	10.95	86.66	78.59	92.51	.200
Horario interrumpido Pretest	61.17	22.21	65.90	47.06	75.28	.035
Horario interrumpido Postest	52.84	18.00	52.27	41.40	64.28	.200
Carga del cuidador Pretest	47.39	23.58	55.20	32.40	62.38	.152
Carga del cuidador Postest	51.21	19.31	44.79	38.94	63.48	.200

Nota: * K-S = Prueba de Kolmogorov con corrección de Lilliefors

Resultados pre-post

Por el tamaño de la muestra se usaron pruebas no paramétricas. La prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas mostró diferencia significativa del conocimiento entre el pretest y postest ($Z = -2.94$, $p = .003$). En la tabla 2 se observa un aumento de 19.44 puntos.

La prueba de signos mostró que 11 participantes incrementaron el puntaje de conocimiento y sólo un empate, no hubo signos negativos o retrocesos (esta tabla no se muestra). El puntaje en el cuestionario de horario diario interrumpido disminuyó, sin embargo, no alcanzó significancia ($Z = -1.56$, $p = .12$); la carga del cuidador tampoco mostró cambio significativo ($Z = .944$, $p = .34$).

Discusión

El estudio piloto permitió conocer la problemática que viven los cuidadores familiares para asistir a un programa educativo. El reclutamiento se llevó a cabo mediante la colocación de trípticos informativos en los pizarrones de las áreas de consulta de la clínica, así como por invitación directa a candidatos potenciales mientras esperaban su consulta médica y asistiendo a una sesión del grupo de cuidadores de familiares con la enfermedad de Alzheimer en etapa avanzada.

El tiempo de reclutamiento de seis semanas se considera aceptable, sin embargo, tal vez sea conveniente ampliar los días por semana a fin de aumentar el número de participantes potenciales.

En ese sentido, Gómez-Sánchez¹³ señala que los cuidadores no son de fácil acceso, evidenciado por el alto porcentaje de rechazos o abandonos a los programas revisados con cuidadores. Si transcurre mucho tiempo entre el reclutamiento y la intervención puede ser que pierdan el interés, les surjan otras actividades que les impidan asistir e inclusive ocurra la muerte del familiar¹⁴.

En ese sentido el inicio del reclutamiento fue realizado en el verano cuando algunos profesores se encuentran sin carga académica con un horario flexible y al paso de seis semanas cuando inició la intervención algunos expresaron no tener disponibilidad de tiempo.

El tiempo de 50 minutos a una hora programado para cada sesión lo consideraron adecuado; este tiempo permite tratar un tema por sesión de manera que les permita asimilar la información nueva y habilidades. Es importante reiterar las ideas importantes o aspectos básicos que se pretende puedan aplicar en el cuidado de sus familiares.

Ocho sesiones se consideran un tiempo razonable, sin embargo, la realidad muestra que a los cuidadores les surgen imprevistos importantes que atender, por ello se ofreció reponer los temas a aquellos que tuvieron faltas; ese fue el caso de cuatro cuidadoras familiares. Se recomienda anticipar cierta flexibilidad.

El personal médico mostró disposición de colaborar colocando trípticos informativos en los pizarrones de las áreas de consulta y avisando a sus colegas sobre el estudio. Sin embargo, se observó que poca gente lee la información, solamente hubo dos llamadas solicitando información sobre el estudio.

La dificultad para estacionar el automóvil principalmente por la mañana fue uno de los inconvenientes señalados; algunas cuidadoras manifestaron que, si no querían pagar estacionamiento, en ocasiones, tenían que esperar alrededor de 30 minutos para encontrar espacio en el estacionamiento gratuito. Ello hacía que se tuvieran que venir con tiempo.

Las sesiones informativas se extendieron una semana debido a que la semana que hubo lluvias intensas, las instalaciones permanecieron cerradas. Todas las cuidadoras aceptaron el cambio. Las sesiones iniciaban 10 minutos después de la hora acordada a fin de dar tiempo que llegaran todas las participantes que habían confirmado asistencia para ese día. Todas estuvieron de acuerdo en ese tiempo de espera. Se exploraron los puntajes basales obtenidos en todos los instrumentos aplicados de las cuidadoras que abandonaron el estudio, sin embargo, no se observaron diferencias con el resto del grupo en relación a conocimientos, impacto del horario interrumpido o sobrecarga por cuidar.

Como se esperaba los resultados mostraron incremento en los conocimientos. Estos resultados concuerdan con¹⁴. En este estudio una cuidadora narró cómo tuvo oportunidad de aplicar con éxito lo aprendido sobre caídas, señaló estar contenta porque logró levantar del suelo a su suegra y con ello obtuvo su confianza. Expresó “ahora mi suegra dice pregúntale a ella (refiriéndose a la cuidadora), lo que ella diga”.

Aunque la intervención no se orientó a modificar el impacto del horario interrumpido por actividades de cuidado, éste disminuyó ocho (8) puntos, disminución no significativa. La intervención de Aggar, Ronaldson y Cameron tampoco mostró diferencia significativa en cuidadores de personas con fragilidad¹⁵.

Diversos tipos de intervenciones como psicoeducativas, de apoyo, psicoterapia, ayuda en el cuidado (cuidador pagado o centro de cuidado de día), y de multi-componente han mostrado efectos sobre la carga del cuidador¹⁶. En este estudio el puntaje de la escala de carga del cuidador tampoco se modificó significativamente.

Como ya se mencionó el enfoque de este estudio fue de tipo educativo, aunque se ofreció una sesión con el tema de qué hacer en situaciones difíciles no se esperaba disminuir la carga del cuidador. Dicha variable fue medida con fines de explicación, sin embargo, el pequeño número de participantes no permitió llevar a cabo otros análisis estadísticos.

Las modificaciones que se sugieren para futuras intervenciones son: a) en virtud del bajo reclutamiento, tal vez tal vez sea necesario acudir todos los días de la semana y no solo cuando consultan las geriatras, b) otra estrategia pudiera ser pedir a cada cuidador(a) reclutado(a) que invite a conocidos (de la misma clínica) o bien les comparta el tríptico de invitación con los datos a donde comunicarse.

Conclusiones

El estudio piloto permitió determinar si los efectos de la intervención son consistentes o no con las expectativas y la literatura, los problemas encontrados y las modificaciones necesarias para continuar probando la intervención. En el futuro incrementar el tamaño de muestra permitirá conocer si se obtienen más resultados significativos.

En conclusión, el estudio mostró ser factible, aunque con áreas de oportunidad. El estudio contó con financiamiento del Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica (PAICYT) de la UANL (SA 759-19).

Referencias

1. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018. Vol. 2, Información demográfica y social. [Internet] 2018. Available from: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

2. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. CONAPO. [Internet] 2019. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/796630/SDM_Partel_2022.pdf

3. Mejía-Arango S., Miguel-Jaimes A., Villa A., Ruiz-Arregui L., Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud Publica Mex. [Internet] 2007;49(Supl. 4):475-481. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000006

4. Ávila MH., Dommarco JR., Levy TS., Nasu LC., Elsa B. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. (ENSANUT MC 2016). Instituto Nacional de Salud Pública. [Internet] 2016. Available from: <https://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-de-medio-camino-2016>

5. Gutiérrez-Robledo LM., Arrieta-Cruz I. Demencias en México: La necesidad de un Plan de Acción. Gac Med Mex. [Internet] 2015;151(5):667-673. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gml55p.pdf>

6. Hernández S., De la Fuente Y. Análisis competencial de la atención a la dependencia en los adultos mayores desde el ámbito institucional de México. Gestión y Política Pública. [Internet] 2016;25(1):299-334. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792016000100008

7. Villegas SG., Espinoza SM. Una aproximación a la relación familia, envejecimiento y política social en México. Revista Kairós-Gerontología [Internet]. marzo de 2011;13(2). Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5360>

8. Fhon JRS., Gonzales-Janampa JT., Mas Huaman T., Marques S., Rodrigues RAP. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Avances en Enfermería. [Internet]. 2016;34(3):251-258 Available from: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704>.

9. Giraldo-Rodríguez L., Guevara-Jaramillo N., Agudelo-Botero M., Mino-León D., López-Ortega M. Qualitative exploration of the experiences of informal care-givers for dependent older adults in Mexico City. Ageing Soc. [Internet]. 2019;39(11):2377-96. Available from: [doi:10.1017/S0144686X18000478](https://doi.org/10.1017/S0144686X18000478)

10. Zarit SH., Zarit JM. Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy*. [Internet]. 1982;19(4): 461-471 Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0088459>
11. Given CW., Given B., Stommel M., Collins C., King S., Franklin S. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. [Internet]. *Res Nurs Health*. 1992;15(4): 271-283. Available from: 10.1002/nur.4770150406.
12. Abbott JH. The distinction between randomized clinical trials (RCTs) and preliminary feasibility and pilot studies: what they are and are not. *J Orthop Sports Phys Ther*. [Internet]. 2014 Aug;44(8):555-8. Available from: doi: 10.2519/jospt.2014.0110. PMID: 25082389.
13. Toribio-Rodríguez E., Fuente SB., Fuentes-Gómez A., Ordorica CA., Cobo-Saiz Y., et al. Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. *Nuberos científica*. [Internet]. 2013; 2(11): 21-26. Available from: <https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/11/88>
14. Moreira ACA, Silva MJD, Darder JdT, Coutinho JFV, Vasconcelos MIO, Marques MB. Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 May;71(3):1055-1062. Portuguese, English. Available from: doi: 10.1590/0034-7167-2017-0100. PMID: 29924180.
15. Aggar C, Ronaldson S, Cameron ID. Self-esteem in carers of frail older people: resentment predicts anxiety and depression. *Aging Ment Health*. [Internet]. 2011 Aug;15(6):671-8. Available from: doi: 10.1080/13607863.2011.562176.
16. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*. [Internet]. 2002 Jun;42(3):356-72. Available from: doi: 10.1093/geront/42.3.356.

Factores de riesgo materno que predisponen el ingreso del Neonato a la UCIN

Maternal risk factors that predispose the newborn to the NICU

Factores de risco maternos que predispoem
à admissão de recém-nascidos na UTIN

Rosa Anahí Bonaga Ramírez¹
<http://orcid.org/0009-0000-7845-6524>

María Antonieta Cuevas Peñaloza¹
<http://orcid.org/0000-0001-9117-5161>

Víctor Manuel Pérez Ilagor¹
<http://orcid.org/0000-0001-6581-9701>

Blanca Díaz Bernal¹
<http://orcid.org/0000-0002-3376-7588>

Rafael Antonio Estévez Ramos²
<http://orcid.org/0000-0001-6638-0550>

¹ Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Estado de México, Toluca; México.

² Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario de Chalco. Estado de México, Chalco; México

Autor de Correspondencia:

Rosa Anahí Bonaga-Ramírez
Correo electrónico:
anay_3030@hotmail.com

Recibido: 12 julio 2023

Aceptado: 10 agosto 2023

Publicado: 10 septiembre 2023

Resumen

Introducción: La salud en la etapa perinatal es fundamental para disminuir las complicaciones que diversos factores. Es por lo que las instituciones de salud realizan trabajo arduo para disminuir los factores de riesgo maternos a través de planes y programas, en este caso se retoma la salud materna y perinatal.

Objetivo: Analizar los factores de riesgo materno que predisponen el ingreso del neonato a la UCIN, en un hospital de ginecología y obstetricia de la ciudad de Toluca.

Metodología: ECuantitativo de casos y control, los primeros corresponden a 10 madres con hijos en UCIN, los segundos 20 madres con hijos en alojamiento conjunto. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con 62 ítems y el expediente clínico. El tratamiento de datos se ejecutó con el programa SPSS versión 23, Se utilizo OR X^2 para la significancia de los datos.

ISSN: 2954-4459

Resultados: Uno de cada tres hijos de madres solteras ingresará a UCIN, de las madres casadas ingresaría uno de cada seis neonatos. La escolaridad predominante para el estudio fue secundaria, el 40% de los neonatos tanto de UCIN como de alojamiento conjunto tenían una madre con edad materna de riesgo, determinando que la edad no es relevante.

La ganancia de peso materna no representa significancia en relación con el peso del neonato con chi cuadrado de 0.397. Además, se rectifica la relación del RNPT con el ingreso a la UCIN con un chi cuadrado de 0.000.

Discusión y Conclusiones: Se reafirma que el RNPT tiene mayor riesgo de ingreso a la UCIN, sobre otros factores. Existe asociación entre las madres que tienen tres o menos gestas con una OR de 3.8 veces de riesgo sin demostrar estadísticamente, por lo que se sugiere continuar con los estudios con tamaño de muestras mas grandes para poder demostrar la sucesión estadística. Los factores sociodemográficos tienen relevancia para el ingreso del neonato a la UCIN.

Palabras clave: UCIN, neonato, factores de riesgo, enfermería, estudio cuantitativo.

Abstract

Introduction: Health in the perinatal stage is essential to reduce complications caused by various factors. This is why health institutions carry out hard work to reduce maternal risk factors through plans and programs, in this case maternal and perinatal health is resumed.

Objective: To analyze the maternal risk factors that predispose neonatal admission to the NICU in a gynecology and obstetrics hospital in the city of Toluca.

Methodology: Quantitative case-control study, the first corresponds to 10 mothers with infants in the NICU, the second to 20 mothers with infants in joint housing. A questionnaire with 62 items and the clinical record were used for data collection. Data processing was performed with SPSS version 23. OR X^2 and were used for data significance.

Results: One out of every three children of single mothers will be admitted to the NICU, while married mothers will admit one out of every six neonates. The predominant schooling for the study was high school, 40% of both NICU and rooming-in neonates had a mother with maternal age at risk, determining that age is not relevant.

Maternal weight gain is not significant in relation to neonatal weight with a chi-square of 0.397. In addition, the relationship of PTNB with NICU admission is rectified with a chi-square of 0.000.

Discussion and Conclusions: It is reaffirmed that the RNPT has a higher risk of admission to the NICU, over other factors. There is an association between mothers who have three or less gestations with an OR of 3.8 times the risk without being statistically proven, so it is necessary to continue with studies with larger sample sizes in order to demonstrate the statistical succession. Sociodemographic factors have relevance for the admission of the neonate to the NICU.

Keywords: NICU, neonate, risk factors, nursing, quantitative study.

Resumo

Introdução: A saúde na fase perinatal é essencial para reduzir complicações causadas por diversos fatores. É por isso que as instituições de saúde realizam um trabalho árduo para reduzir os fatores de risco materno através de planos e programas, neste caso a saúde materna e perinatal é retomada.

Objetivo: A analisar os fatores de risco maternos que predispõem à internação neonatal na UTIN em um hospital de ginecologia e obstetrícia da cidade de Toluca.

Metodologia: Estudo quantitativo caso-controle, correspondendo o primeiro a 10 mães com bebês na UCIN e o segundo a 20 mães com bebês em alojamento conjunto. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário com 62 itens e o registo clínico. O tratamento dos dados foi efectuado com recurso ao SPSS versão 23. Para a significância dos dados foram utilizados OR e X^2 .

Resultados: Um em cada três bebês nascidos de mães solteiras será admitido na UCIN, um em cada seis bebês nascidos de mães casadas será admitido na UCIN. A escolaridade predominante no estudo foi o ensino secundário, 40% dos bebês internados na UCIN e nos co-alojamentos tinham uma mãe com idade materna de risco, determinando que a idade não é relevante. O ganho de peso materno não é significativo em relação ao peso do lactente com um qui-quadrado de 0,397. Além disso, a relação do RNPT com a internação na UTIN é retificada com um qui-quadrado de 0,000.

Discussão e Conclusão: Reafirma-se que o PTNB tem maior risco de internação na UTIN do que outros fatores. Existe uma associação entre mães que têm três ou menos gestações com um OR de 3,8 vezes o risco sem ser estatisticamente comprovada, pelo que estudos com amostras de maior dimensão devem ser continuados de forma a demonstrar a sucessão estatística. Os fatores sociodemográficos são relevantes para a admissão do neonato na UTIN.

Palavras-chave: UTIN, neonato, fatores de risco, enfermagem, estudo quantitativo.

Introducción

La salud es un derecho inherente de orden jurídica, regulada en México por la ley General de Salud, dentro del cual la salud materna, perinatal y del recién nacido es primordial.

Es por lo que se realizan planes de acción específica centrados en esta población con la finalidad de proteger, promover la salud y detectar factores de riesgo, permitiendo un desarrollo del embarazo saludable, basado en la prevención.

Las necesidades de salud llevan a trabajar en estrategias de atención para el binomio madre e hijo, canalizando el máximo esfuerzo en la atención médica integral especializada. La muerte neonatal se debe principalmente a las complicaciones en el embarazo y en los primeros días de vida, si bien a partir de la década de los 90's los decesos han disminuido significativamente, el problema sigue estando de pie, en el año 2019 según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) murieron alrededor de 2.4 millones de neonatos en todo el mundo.

La mortalidad materna y la mortalidad neonatal constituyen dos graves problemas de salud pública en México de origen multifactorial¹. México se encuentra entre los países con altos índices de niños con BPN².

Es por lo que las instituciones de salud realizan trabajo arduo para disminuir los factores de riesgo maternos a través de planes y programas, en este caso se retoma la salud materna y perinatal con la finalidad de contribuir a minimizar el daño al binomio a través de la presente investigación.

La salud en la etapa perinatal es fundamental para disminuir las complicaciones que diversos factores como la edad, el peso, la mal nutrición,

diabetes, enfermedades de transmisión sexual, estados hipertensivos, entre otros puedan tener en la salud del binomio y de este modo puedan ser prevenidas o controladas.

Para poder dar una buena calidad de atención, se requiere que la atención médica inicie antes de las 12 semanas de gestación, para la detección de factores de riesgo y mejorar las intervenciones clínicas adecuadas. En México al igual que en otros países de América Latina, la mortalidad neonatal constituye más del 60% de la mortalidad infantil¹.

La atención prenatal y perinatal debe ser oportuna, efectiva, integral y de calidad, principalmente en los grupos más vulnerables de la población. También se debe reconocer que la atención prenatal con intervenciones de manera oportuna, contribuyen a detectar y modificar conductas de riesgo, la reducción de probabilidades de las complicaciones, no solo fisiológicos si no conductuales.

La adolescencia es uno de los grupos más vulnerables por la edad y el entorno social y cultural en el que se desenvuelve la madre, “La gestación en la adolescencia es una variable de riesgo obstétrico y neonatal que aumenta la probabilidad de tener hijos prematuros y de bajo peso al nacer, condiciones de importancia desde la perspectiva de la salud pública”³. Otro estudio realizado en Perú demuestra existe un aumento del 26% en mortalidad para los hijos de madres adolescentes, “lo que demuestra que las madres adolescentes se encuentran en situación de desventaja frente a las no adolescentes”⁴.

Metodología

Investigación de corte cuantitativo retrospectivo con diseño metodológico de casos y controles, se realizó el Hospital de Ginecología y obstetricia del IMIEM, el universo de estudio fueron 30 madres (20 con neonatos en alojamiento conjunto y 10 con neonatos ingresados en UCIN).

Los criterios de inclusión fueron las mujeres que hayan tenido un parto en el Hospital de Ginecología y obstetricia del IMIEM, mujeres con hijos ingresados en la UCIN, mujeres con hijos en alojamiento conjunto, para los criterios de exclusión fueron las mujeres en puerperio patológico atendidas fuera del hospital, aquellas que

no quisieran participar en el estudio, los criterios de eliminación se basaron en las mujeres que no cuente con expediente clínico completo y mujeres que no respondieron al total del cuestionario. Se llevo a cabo una prueba piloto obteniendo un alfa de Cronbach de .779.

La recolección de datos se llevó a cabo en un cuestionario directo y el expediente clínico, con un total de 62 ítems. Para tratamiento de la información se elaboró una base de datos utilizando en programa estadístico SPSS versión 21, en el análisis de asociación se consideró OR y X^2 .

El aspecto bioético está basado en la declaración de Helsinki , así como en los cuatro principios éticos de la medicina, así como en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, en el titulo segundo *De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos*, capítulo I artículos 13 y 17 categoría 1; el capítulo cuatro “De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida.” Artículo, 43, 45 y 47.

En el titulo sexto *De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud*, en el artículo 113.

Se cuenta con el consentimiento informado de cada participante y la aprobación por escrito del comité de ética del Hospital de Ginecología y Obstetricia.

Resultados

Se establece que las mujeres con estado civil unión libre, cuentan con mayor grado de estudios, a comparación de los estados civil soltera y casada, del mismo modo se considera que a más alto nivel escolar se tiene es menor la frecuencia, como se muestra en la tabla No.1.

Tabla No.1

Porcentaje de estado civil y madres estudiadas, IMIEM 2023

Estado civil/ Escolaridad		Grado escolar en años de estudio				
		6	9	10	12	17
Soltera	control	33.3% (1)	33.3% (1)			
	caso		33.3% (1)			
Unión libre	control	9.5% (2)	28.6% (6)	4.8% (1)	19.0% (4)	
	caso	9.5% (2)	14.3% (3)		9.5% (2)	4.8% (1)
Casada	control	50.0% (3)	16.7% (1)	16.7% (1)		

Fuente: Instrumento aplicado 2022-2023

Dentro de las características se considera que albañil es la ocupación del padre más predominante en ambas situaciones, siendo particularmente en los casos el 60% del total, mientras que en los controles predomina con el 35%.

Podría afirmarse que en los casos puede influir la ocupación del padre, sin embargo, se tendría que hacer una investigación a fondo para poder afirmar esta hipótesis.

En la tabla No. 2 se observa que el 40 % de los neonatos ingresados en la UCIN tenían una madre con edad de riesgo, no se encuentra relevancia ya que es mayoría para el grupo de edad sin riesgo.

Tabla No.2

Porcentaje de casos y controles según la edad materna de las madres estudiadas, IMIEM 2023

Caso o control / edad materna	Edad materna		
	Menor 18	19-34	Mayor 35
Control	25.0% (5)	60.0% (12)	15.0% (3)
Caso	30.0% (3)	60.0% (6)	10.0% (1)

Fuente: Instrumento aplicado 2022-2023

Las madres solteras tienen el riesgo de uno de cada tres neonatos va a ingresar a la UCIN, mientras que para las mujeres casadas uno de cada 6 ingresará a la UCIN (tabla No. 3).

Tabla No.3

Porcentaje de ocupación según el estado civil de las madres estudiadas en los casos y controles, IMIEM 2023

Estado civil, ocupación/ casos y control			Control - Caso	
			Control	Caso
Soltera	Ocupación	Hogar	66.7% (2)	33.3% (1)
Unión libre		Trabajo	4.8% (1)	9.5% (2)
		hogar	52.4% (11)	28.6% (6)
		Estudio	4.8% (1)	0
Casada		Hogar	83.3% (5)	16.7% (1)

Fuente: Instrumento aplicado 2022-2023

El 50% de las madres con hijos en alojamiento conjunto (control) tenían un IMC normal antes de embarazarse, mientras que las mujeres con hijos en UCIN el 40% tenían un IMC normal y de estas el 75% tuvieron un recién nacido con bajo peso y un 25% con peso adecuado (tabla No.4).

Tabla No.4

Porcentaje del peso del neonato según el IMC de las madres estudiadas, IMIEM 2023

Caso-Control- IMC de la madre / peso del neonato al nacimiento		Peso del neonato	
		Menor 2.5 kg	2.501- 3.999 kg
Control	18.5-24.9 peso ideal		50.0% (10)
	25-29.9 sobrepeso		40.0% (8)
	30-34.9 obesidad leve		10.0% (2)
Caso	IMC menor 18.5 bajo peso	10.0% (1)	
	18.5-24.9 peso ideal	30.0% (3)	10.0% (1)
	25-29.9 sobrepeso	20.0% (2)	10.0% (1)
	30-34.9 obesidad leve	10.0% (1)	10.0% (1)

Fuente: Instrumento aplicado 2022-2023

También se vinculan las variables de la edad materna y el peso del neonato como se muestra en la tabla No. 5, el 13.3% de cada 7 de las mujeres con recién nacidos con bajo peso se encuentran en el grupo etario de 19- 34 años.

Tabla No.5

Porcentaje de la edad materna y peso del neonato en las madres estudiadas, IMIEM 2023

Edad materna / peso del neonato		Peso del neonato	
		menor 2.5 kg	2501-3999
Edad materna	menor18	6.7% (2)	20.0% (6)
	19-34	13.3% (4)	46.7% (14)
	mayor35	3.3% (1)	10.0% (3)

Fuente: Instrumento aplicado 2022-2023

El estudio arrojó que de las 14 mujeres que tenían un IMC ideal previo al embarazo, tres tuvieron un parto pretérmino (tabla No.6).

Tabla No.6

Capurro del neonato según el IMC materno en las madres estudiadas, IMIEM 2023

Edad materna / peso del neonato		Peso del neonato	
		menor 2.5 kg	2501-3999
Edad materna	menor18	6.7% (2)	20.0% (6)
	19-34	13.3% (4)	46.7% (14)
	mayor35	3.3% (1)	10.0% (3)

Fuente: Instrumento aplicado 2022-2023

Se encuentra un chi cuadrado de 0.397 no representa significancia, para la ganancia adecuada o no adecuada en relación con el peso del recién nacido. También se encuentra sin relevancia el estado civil con el peso del recién nacido. Con un chi cuadrado de .852 (tabla. No. 7).

Tabla No.7

Ganancia del peso materno y estado civil en relación con el peso al nacimiento del neonato de las madres estudiadas, IMIEM 2023

Ganancia de peso Materno / peso del neonato		Peso del neonato	
		menor 2.5 kg	2501-3999
Ganancia de Peso materno	adecuado	10.0% (3)	20.0% (6)
	no adecuado	13.3% (4)	56.7% (17)
Estado civil	soltera	3.3% (1)	6.7% (2)
	unión libre	16.7% (5)	53.3% (16)
	casada	3.3% (1)	16.7% (5)

Fuente: Instrumento aplicado 2022-2023

En cuanto al factor de embarazos previos de termino en las mujeres participantes se obtiene chi cuadrada de 0.002 (tabla No. 8)

Tabla No.8

Porcentaje de los embarazos previos de termino en las mujeres participantes, IMIEM 2023

Embarazos previos de termino / caso y control		Caso - control	
		Control	Caso
Embarazos previos de termino	si	53.3% (16)	6.7% (2)
	no	13.3% (4)	26.7% (8)

Fuente: Instrumento aplicado 2022-2023

Para el factor de capurro de los neonatos de las mujeres estudiadas, se encuentra un valor de Chi cuadrada de 0.000 (tabla No.9)

Tabla No.9

Porcentaje de Capurro de los neonatos de las mujeres estudiadas, IMIEM 2023

Capurro / casos y control		Caso control	
		control	caso
Capurro	RNPT 22-36.6 SDG	0	23.3% (7)
	RNT 37-42 SDG	66.7% (20)	10.0% (3)

Fuente: Instrumento aplicado 2022-2023

Discusión

El proceso fisiológico de la gestación fuera del rango de los 19 a los 35 años se ha podido relacionar como un factor de riesgo. La plenitud de la fertilidad se da entre los 20 y los 34 años, tanto en hombres como en mujeres⁵.

La adolescencia es un periodo en el que existen múltiples cambios físicos y mentales, se encuentra definida entre los 10 y 18 años, el embarazo en esta etapa supone un alto riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

Entre los factores sociales que repercuten en el bajo peso al nacer, están también el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel educacional, la mala adherencia al control prenatal, factores que se encuentran casi siempre presentes en las adolescentes³.

En un estudio realizado en Cuba en el 2018 se encontró que de 22 neonatos pretérmino el 50 % fueron hijos de madres con adolescencia tardía; el 9.09% de madres en adolescencia temprana y el resto 40,9 % en adolescencia intermedia.

Presentando complicaciones como restricción del crecimiento intrauterino, trastornos respiratorios e hiperbilirrubinemia, además de dos defunciones.

El peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y un desarrollo satisfactorios².

Un estudio realizado en México menciona que la edad materna de riesgo para el bajo peso al nacimiento es de igual o mayor 36 años, coincide con otro estudio⁵ donde las gestantes con más de 35 años tuvieron hijos con bajo peso, en otro estudio realizado por Rodríguez, observa mayor frecuencia de bajo peso entre las de 19 años y menos⁶.

Al contrario de nuestro estudio donde la edad materna en la que presentaron mayor incidencia de bajo peso fue de 19 a 35 años, el cual empata significativamente con un estudio realizado en Cuba, en el que los hijos con bajo peso al nacer, predominó la edad materna entre 27 a 34 años con un 48 %⁷. Del mismo modo, Suarez en su estudio da a conocer que, los casos de bajo peso al nacer fueron más frecuentes en el grupo de edades maternas de 21 a 35 años⁸.

Machin en su estudio, halló que, las mujeres gestantes con recién nacido de bajo peso, predominaron el nivel educacional secundario (65,4%)⁹, empata con lo encontrado en este estudio donde 13 de las 30 mujeres participantes tenían grado escolar de secundaria. El 86% también se dedicaba al hogar.

Este estudio no coincide con el realizado por Caraballos Hernández, en el que las madres solteras fueron un factor de riesgo para el BPN¹⁰⁻¹¹, ya que no se encontró relevancia en el estado civil y el peso del recién nacido, pero significativamente 5 de los 7 neonatos con peso bajo la madre se encontraba en unión libre.

La morbi mortalidad del neonato se encuentra relacionada directamente con el bajo peso al nacer, la prematuridad que a nivel mundial representa el 35%, en el estudio de Cano se presentaron 19.1 % de muertes relacionadas a la prematuridad.

Conclusiones

Se pueden asociar los factores sociodemográficos como riesgo del neonato principalmente para el bajo peso al nacimiento, los cuales podrían ser modificables con planes y programas para la salud de la mujer en la etapa prenatal y gestacional principalmente.

Agradecimientos

Al Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM por las facilidades para la realización de esta investigación

Referencias

1. Secretaría de Salud . Programa de Salud Materna y Perinatal en Programa Sectorial de Salud 2013-2018. [Internet] 2015, Gobierno de México. Available from: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegr-12031>.
2. Franco-Monsrea J., Mendicuti-Xec GC., Serralta-Peraza LE. Asociación de factores de riesgo en el bajo peso al nacer en Lázaro Cárdenas, Quintana Roo. Secretaría Salud de Quintana Roo. [Internet] 2017; 10(37):13-27. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2017/sqr1737c.pdf>
3. Mendoza TL., Arias MG., Mendoza LI. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012; 77(5): 375-382. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>.
4. Alcarraz, Cl. Edad materna temprana como factor de riesgo de desnutrición. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2020; 46(4):1-17. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102734>
5. Góngora C., Vázquez L., Mejías R., Cruz J., Linares M., Frías M. Caracterización de gestantes en edades extremas de la vida. 16 de Abril. [Internet] 2021; 60(280)e-1160. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2021/abr21280m.pdf>

6. Rodríguez-Domínguez PL., Hernández-Cabrera J, Reyes-Pérez A. Bajo peso al nacer: Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005; 31(1):1-

7. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100005&lng=es.

8. Zorrilla-Quñones AM., De la Cruz -Pérez D. Factores asociados al bajo peso al nacer en el municipio Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 Oct; 24(5): e4434. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000500013&lng=es.

9. Suárez-Orama M., Pupo-Pérez Y., Ochoa-Suárez Y., Urquiza-Yero Y. Factores maternos y bajo peso al nacer en el policlínico “Guillermo Tejas”, Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2019; 44 (6):1-6. Available from: <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1964>

10. Machín T, Rodríguez G, Hechavarría G, Verdaguer L. Factores de riesgo sociodemográficos relacionados con el bajo peso al nacer. Acta Medica del Centro. [Internet] . 2019; 13(4):532-540. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec194g.pdf>

11. Caballaroso M. Bajo peso al nacer y tabaquismo. Rev Cubana Salud Pública. [Internet] 1999; 25(1):64-69. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000100008

Estilo de vida y funcionalidad familiar en adultos con diabetes mellitus de Tecomanapa Guerrero, México

Lifestyle and family functionality in adults with diabetes mellitus from Tecomanapa Guerrero, Mexico

Estilo de vida e funcionalidade familiar em adultos com diabetes mellitus de Tecomanapa Guerrero, México

Leonel Eduardo Ponce Santiago¹
<http://orcid.org/0009-0003-1340-9980>

Flor Esthela Carbajal Mata²
<http://orcid.org/0000-0002-1099-6409>

Patricia Rivera Vázquez²
<http://orcid.org/0000-0003-4444-0123>

¹Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Guerrero, Guerrero, México.

²Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tamaulipas, México.

Autor de Correspondencia:

Flor Esthela Carbajal-Mata

Correo electrónico:
flore Carbajal@hotmail.com

Recibido: 26 agosto 2023

Aceptado: 03 septiembre 2023

Publicado: 10 septiembre 2023

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: La diabetes es una enfermedad crónica que afecta a un alto porcentaje de individuos a nivel mundial, donde muchos de ellos viven con este problema; sobre todo en zonas urbanizadas, siendo ellos el sustento fuerte de su hogar y que son los activos laboralmente.

Esta afección causa estragos, entre ellos las incapacidades físicas y la pronta mortandad, además no respeta rubros etarios puede afectar desde la niñez hasta la ancianidad.

Objetivo: Identificar el estilo de vida y su relación con la funcionalidad familiar en un grupo de adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 habitantes de la comunidad rural de Chautipa, municipio de Tecomanapa, Guerrero.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional, se aplicaron los instrumentos de Apgar Familiar e IMEVID en 40 adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2.

La edad estuvo comprendida entre los 33 a 83 años, con una media de 60.33 años y una $DE \pm 11.9$. El 70% fueron mujeres.

Resultados: El APGAR Familiar indico que el 65.0% tuvo una disfunción leve; el cuestionario IMEVID destaco un estilo de vida regular con un 72.5%, por dimensiones las más afectadas fueron la falta de ejercicio físico, consumo de sustancias nocivas destaco el consumo de bebidas alcohólicas, sobre el cuidado de su enfermedad el 60% tienen mala información, el 42.5% tiene regular control de sus emociones y el 35.0% tiene regular adherencia a su terapia medicamentosa. Los resultados de las correlaciones entre las variables de interés no mostraron significancia ($p=0.33$).

Discusión y Conclusiones: Se concluye que existe un regular estilo de vida en este grupo de adultos siendo necesario aumentar sus conocimientos y autocuidado.

Palabras clave: Adultos, estilo de vida, funcionalidad familiar, diabetes mellitus, enfermería.

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic disease that affects a high percentage of individuals worldwide, where many of them live with this problem; especially in urbanized areas, they are the strong breadwinners of their home, and they are the active ones at work.

This condition causes havoc, including physical disabilities and early mortality. It also does not respect age groups and can affect people from childhood to old age.

Objective: To identify lifestyle and its relationship with family functionality in a group of adults diagnosed with type 2 diabetes mellitus, inhabitants of the rural community of Chautipa, municipality of Tecoaapa, Guerrero

Methodology: Quantitative, descriptive, cross-sectional and correlational study, the Familial Apgar and IMEVID instruments were applied in 40 adults with type 2 diabetes mellitus. The age ranged from 33 to 83 years, with a mean of 60.33 years and a $SD \pm 11.9$. 70% were women.

Results: The Family APGAR indicated that 65.0% had a mild dysfunction; The IMEVID questionnaire highlighted a regular lifestyle with 72.5%, by dimensions the

most affected were the lack of physical exercise, consumption of harmful substances, I highlighted the consumption of alcoholic beverages, regarding the care of their illness, 60% have bad information, 42.5% have regular control of their emotions and 35.0% have regular adherence to their medication therapy.

The results of the correlations between the variables of interest did not show significance ($p=0.33$).

Discussion and Conclusions: It is concluded that there is a regular lifestyle in this group of adults, making it necessary to increase their knowledge and self-care.

Keywords: Adults, lifestyle, family functionality, diabetes mellitus, nursing.

Resumo

Introdução: A diabetes é uma doença crônica que afeta uma elevada percentagem de indivíduos em todo o mundo, onde muitos deles convivem com este problema; especialmente nas zonas urbanizadas, eles são os fortes sustentos da sua casa e são os activos no trabalho.

Essa condição causa estragos, incluindo incapacidades físicas e mortalidade precoce, também não respeita faixas etárias e pode afetar pessoas desde a infância até a velhice.

Objetivo: Identificar o estilo de vida e sua relação com a funcionalidade familiar em um grupo de adultos com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, habitantes da comunidade rural de Chautipa, município de Tecoaapa, Guerrero.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, foram aplicados os instrumentos Apgar Familiar e IMEVID em 40 adultos com diabetes mellitus tipo 2.

A idade variou de 33 a 83 anos, com média de 60,33 anos e DP+ 11,9. 70% eram mulheres.

Resultados: O APGAR de Família indicou que 65,0% apresentavam disfunção leve; O questionário IMEVID destacou um estilo de vida regular com 72,5%, por dimensões as mais afetadas foram a falta de exercício físico, consumo de substâncias nocivas, destaquei o consumo de bebidas alcoólicas, relativamente aos cuidados com

a sua doença, 60% têm má informação, 42,5 % têm controle regular das suas emoções e 35,0% têm adesão regular à terapêutica medicamentosa. Os resultados das correlações entre as variáveis de interesse não apresentaram significância ($p=0,33$).

Discussão e Conclusão: Conclui-se que existe um estilo de vida regular neste grupo de adultos, sendo necessário aumentar o seu conhecimento e autocuidado.

Palavras-chave: Adultos, estilo de vida, funcionalidade familiar, diabetes mellitus, enfermagem.

Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta a un alto porcentaje de individuos a nivel mundial, donde muchos de ellos viven con este problema; sobre todo en zonas urbanizadas, siendo ellos el sustento fuerte de su hogar y que son los activos laboralmente.

Esta afección causa estragos, entre ellos las incapacidades físicas y la pronta mortandad, además no respeta rubros etarios puede afectar desde la niñez hasta la ancianidad. Se estima además que las prevalencias como lo muestran las estadísticas cada año van en aumento, afectando a poblaciones de edades más jóvenes¹.

En la región de las Américas más de 60 millones de personas tienen un diagnóstico positivo de esta afección, y como en la mayoría de los países de ingresos medios la prevalencia ira en aumento por los estilos de vida que llevan los individuos como la mala alimentación, la poca actividad física, la presencia de consumo de diferentes sustancias nocivas para la salud, la herencia familiar, entre otras².

En nuestro país México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2013, indico que más de 12 millones de personas padecen diabetes, que como bien se sabe al ser una enfermedad crónica, la persona debe saber adaptarse y sobrellevarla con un buen autocuidado para evitar las complicaciones que trae consigo como daños la vista, a la piel, a los diferentes órganos como el páncreas, riñones, corazón, etc.

La literatura marca los diferentes procesos patogénicos que provocan la aparición de la diabetes, cuyo origen de este problema son el metabolismo del consumo de carbohidratos en forma desmedida (grasas y proteínas), provocando que nuestros órganos dejen de hacer en forma correcta su función sustancial que es procesar la

insulina en forma adecuada⁴.

Los riesgos que conlleva el padecer esta afección se elevan debido primeramente a la carga genética y después a los malos hábitos insanos o estilos de vida deficientes, que si bien en determinado momento pueden ser reversibles solo si la persona pone empeño de su parte para solventarlos ya que las complicaciones que se derivan después son daños que muchas veces no tienen remedio como la pérdida de algún miembro inferior, la incapacidad laboral, los estragos a nivel familiar, de pareja, etc.⁵.

En este sentido estos estilos de vida se consideran como aquellas alternativas de las personas para elegir lo que es bueno para su salud en cuanto a seguir buenos patrones de conducta y que a veces tienen mucho que ver la capacidad mental y económica de la persona para poder hacer su elección⁶.

Y algo que es muy importante es la relación estrecha con el apoyo de la familia la cual es un círculo conductual y motivacional de los individuos, ya que es un grupo especial con condiciones de vida similares, que posee un estilo de vida propio, que determina su propia salud de sus miembros y sus componentes⁷.

Y tanto el estilo de vida como la funcionalidad familiar se relacionan directamente con actividades que la persona portadora de la enfermedad crónica lleva a cabo en sus actividades de la vida diaria como el cuidado de su salud física, mental y la interacción que tiene con su entorno que le rodea como la familiar o laboral⁸.

La funcionalidad familiar como es bien sabido es la base para el crecimiento y desarrollo de cada integrante de un núcleo familiar, esto se relaciona con las conductas que adopta los integrantes de la familia, como ejemplo, las conductas de riesgo que llevan a comportamientos que perjudican la salud que lleva a cabo la persona o comunidad, en su momento esto puede causar satisfacción, pero en un determinado tiempo traerá consecuencias en ese núcleo familiar o comunidad⁹.

Dicha adaptación familiar consiste en el apoyo recibido para la solución de algún problema o estrés que llegue a experimentar un miembro del núcleo familiar y se entiende que cada integrante debe participar en la solución de algún problema,

donde se demuestre amor, cariño e interés con la finalidad de apoyar en la resolución de la problemática resolución refiere el compartir el tiempo dinero y espacio en la familia⁹.

Resultados de algunos estudios sobre estilo de vida y funcionalidad familiar refieren lo siguiente, como el de Hernández-Yépez *et al*¹⁰, mencionan que la familia es la columna vertebral de toda sociedad y por ende el mejor soporte ante cualquier enfermedad, lo que se traduce en una buena funcionalidad familiar a mejor manejo de su afección sobre todo en las afecciones crónicas; como quedó demostrado en los resultados en donde más del 50% de pacientes estudiados pertenencia a una familia disfuncional y que además no cumplían con el tratamiento para su enfermedad lo que indico que la adecuada funcionalidad familiar está asociada a la adherencia al tratamiento farmacológico.

Romero *et al*¹¹ en sus resultados de su trabajo de investigación sobre el cuidado de complicaciones de la diabetes mellitus específicamente lesiones en pie diabético, identifico que en efecto la disfuncionalidad familiar tiende a aumentar el riesgo de perdida de miembros inferiores mas aun cuando existen problemas al interior del seno familiar.

Basto-Abreu *et al*¹² identifico que las altas prevalencias en México se presentan debido al descontrol glucémico, las cuales se asocian vivir en el centro y sur del país y aparte que dicho control no lo llevan en forma adecuada con un médico de cabecera de algún servicio de seguridad social, sino que piden orientación en farmacias.

Troncoso-Pantoja y Soto-López¹³ en sus resultados sobre funcionalidad familiar y salud física, no encontró relación entre las mismas, donde un alto porcentaje fueron familias funcionales con capacidad de valía por sí mismos con su ya enfermedad presentada y solo un pequeño porcentaje eran semi dependientes.

Leiva *et al*¹⁴ exploraron y describieron los factores asociados al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, dentro de dichos factores de riesgo que no se pueden modificar es la edad, el sexo y antecedentes familiares, aquellos que pueden ser trabajados y modificados son hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, inactividad física y alto nivel de sedentarismo.

Mar-García *et al*¹⁵ en su análisis de la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes tipo 2, encontraron mayor participación por parte del sexo femenino, más del 40% son integrantes de familias nucleares y además tuvieron una correlación positiva en un buen funcionamiento familiar y el automanejo de su enfermedad crónica.

Cantú y Martínez¹⁶, describieron que a pesar de que muchos de los adultos que padecen diabetes mellitus y que llevan su control glucémico en algún centro de salud urbano, los datos arrojan que mas de un 70% llevan malos estilos de vida que afecta el resto de sus esferas laborales, familiares, sociales, mentales, etc., o que finalmente repercute en complicaciones agregadas.

Por lo anterior se puede deducir que la familia es una fuerte influencia en la adopción de buenos estilos de vida, por lo que es necesario que los profesionales de enfermería incluyan a estos miembros en las actividades en pro de la salud de la persona que la padece.

El objetivo fue identificar el estilo de vida y su relación con la funcionalidad familiar en un grupo de adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 habitantes de la comunidad rural de Chautipa municipio de Tecoaapa Guerrero, México.

Metodología

La metodología del presente trabajo fue cuantitativa, descriptiva, transversal y correlacional^{17,18}.

Participaron 40 adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2 de forma voluntaria los cuales estaban integrados en un Grupo de Apoyo a Crónicos del Centro de Salud Rural de Población Dispersa de la comunidad de Chautipa municipio de Tecoaapa Guerrero; los cuales cumplieron los criterios inclusión al estudio: ambos sexos, mayores de 18 años, previo diagnóstico de diabetes mellitus, aceptación de consentimiento informado. Regido lo anterior descrito en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en los Estados Unidos Mexicanos.

Para la recolecta de los datos sociodemográficos del grupo participante se elaboró una cedula que recoge la edad, sexo, escolaridad, religión, estado civil, ocupación y aspectos personales y familiares de enfermedades crónicas.

Otro de los instrumentos utilizado fue el IMEVID¹⁹ que evalúa el estilo de vida de las personas con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2. Integrada por 25 preguntas, dispersas en 7 dominios con 3 opciones de respuesta con valores que van del 0, 2 y 4 siendo este el valor más esperado; así mismo se divide en varios subdominios que lo integran la evaluación de la alimentación, el ejercicio físico, la cantidad de información sobre esta afección, la parte emocional y su apego al tratamiento médico y puede evaluarse de acuerdo con los siguientes puntajes: de 69 a 100 puntos puntúa un buen estilo de vida, de 34 a 67 puntos puntúa un regular estilo de vida y de 0 a 33 puntos puntúa un mal estilo de vida, con un alfa de Cronbach de 0.91.

Finalmente, el ultimo instrumento utilizado fue el APGAR Familiar²⁰ que permite la integración de la evaluación de como perciben los integrantes familiares su funcionamiento, ayudando a detectar alguna disfuncionalidad. Tiene opciones de respuesta que va de 0 a 4 puntos, otorgándole a 0 nunca, 1 casi nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y por último 4 donde es siempre.

Su interpretación antecede de la siguiente manera: se identifica una funcionalidad normal si arroja un puntaje de 17 a 20, cuando es una disfunción leve arroja un puntaje de 13 a 16, en una disfuncionalidad moderada el puntaje oscila entre 10 y 12 y finalmente cuando existe una severa disfuncionalidad arroja un puntaje de 9 o menos. El reporte de Alpha de Cronbach fue de 0.83.

Los datos fueron procesados por el programa *Static Program for Social Science Version 21*, donde se aplicó estadística descriptiva e inferencial que incluyo frecuencias y porcentajes de las variables de estudio del estilo de vida y sus dimensiones, así como de la funcionalidad familiar y su relación entre estas.

Resultados

Para el desarrollo del presente estudio, se emplearon el Cuestionario para la evaluación de la Funcionalidad Familiar (APGAR) y el Cuestionario de Estilo de Vida en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (IMEVID), cuyos valores de validación

se muestran en la tabla No. 1.

Como podemos observar, ambos instrumentos muestran niveles de fiabilidad aceptables en la población, por lo que es posible realizar una interpretación confiable de los resultados relacionados a la funcionalidad familiar y estilo de vida en este grupo de adultos habitantes de la comunidad de Guerrero.

Tabla No.1

Validación de los instrumentos empleados

Instrumento	Alpha de Cronbach
APGAR Familiar	0.83
IMEVID	0.91

n=40

Fuente: APGAR Familiar; IMEVID.

En la presente investigación participaron voluntariamente un total de 40 adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2, con rango de edades entre 33 a 83 años, con una media de 60.33 años y una DE+ 11.9. Respecto de las características sociodemográficas, en la tabla No.2 se destaca la participación de las mujeres con un 70.0%, el 62.5% tienen una pareja con quien convive, el 52.5% manifiestan no tener ningún tipo de estudios, el 32.5% concluyó la escuela primaria y en menor porcentaje la secundaria, preparatoria y una carrera tipo técnico o profesional. El 55.0% refiere no tener un trabajo económicamente remunerable.

Tabla No.2

Características sociodemográficas de la población estudiada

Variable	F	%
Genero		
Femenino	28	70.0
Masculino	12	30.0
Estado civil		
Con pareja	25	62.5
Sin pareja	15	37.5
Escolaridad		
Sin escolaridad	21	52.5
Primaria	13	32.5
Secundaria	3	7.5
Preparatoria	1	2.5
Técnico o profesional	2	5.0
Situación laboral		
Trabaja	18	45.0
No trabaja	22	55.0

n=40

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos.

Las características relacionadas a la herencia familiar de diabetes mellitus de este grupo de estudio, manifestó tener antecedentes familiares de esta enfermedad crónica con un 87.5%. En herencia de primer grado se destaca por parte de la madre con un 42.5%, hermano con un 50.0%, hermana con un 45.0%, el resto en menor porcentaje. En la herencia de segundo grado predominó la portación por parte de los tíos (as) con un 37.5%, el resto en menores porcentajes (tabla No. 3).

Tabla No.3

Características de salud relacionadas a la herencia familiar de diabetes mellitus tipo 2 de la población estudiada

Variable		F	%
Antecedentes familiares de DMT2			
	Si	35	87.5
	No	5	12.5
Antecedentes de primer grado			
Padre	Si	3	7.5
	No	37	92.5
Madre	Si	17	42.5
	No	23	57.5
Hermano	Si	20	50.0
	No	20	50.0
Hermana	Si	18	45.0
	No	22	55.0
Hijo	Si	6	15.0
	No	34	85.0
Hija	Si	6	15.0
	No	34	85.0
Antecedentes de segundo grado			
Abuelo	Si	3	7.5
	No	37	92.5
Abuela	Si	4	10.0
	No	36	90.0
Tío(a)	Si	15	37.5
	No	25	62.5
Sobrinos(as)	Si	3	7.5
	No	27	92.5

n=40

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos.

Los resultados globales del APGAR Familiar en este grupo de adultos muestran que el 65.0% tuvo una disfunción leve, el 22.5% con funcionalidad normal y el resto con disfunción moderada (tabla No. 4).

Tabla No.4

Resultados globales del APGAR Familiar del grupo de adultos participantes

Indicadores	F	%
Funcionalidad normal	9	22.5
Disfunción leve	26	65.0
Disfunción moderada	5	12.5

n=40

Fuente: APGAR Familiar.

En cuanto a los resultados del Cuestionario IMEVID sobre el estilo de vida de este grupo de adultos, se destaca un estilo de vida regular con un 72.5%, el resto presenta buen estilo de vida (Tabla No.5).

Tabla No.5

Resultados globales del Cuestionario IMEVID del grupo de adultos participantes

Indicadores	F	%
Estilo de vida bueno	11	27.5
Estilo de vida regular	29	72.5

n=40

Fuente: IMEVID.

Al analizar los resultados del cuestionario IMEVID por dimensiones las más afectadas fueron: la falta de ejercicio físico con 52.5% y 35.0% regular y mala respectivamente. El consumo de sustancias nocivas destacó el consumo de bebidas alcohólicas con un 37.5% y en menor cantidad el consumo de cigarrillos.

En cuanto a la información que las personas poseen sobre el cuidado de su enfermedad el 60% tienen mala información y el 30% regular. El 42.5% tiene regular control de sus emociones. Finalmente, el 35.0% tiene regular adherencia a su terapia medicamentosa (tabla No. 6).

Tabla No.6

Resultados de las dimensiones del cuestionario IMEVID del grupo de adultos participantes

Dimensiones		<i>F</i>	%
Actividad física	Buena	5	12.5
	Regular	21	52.5
	Mala	14	35.0
Consumo de tabaco	Positivo	3	7.5
	Negativo	37	92.5
Consumo de alcohol	Positivo	15	37.5
	Negativo	25	62.5
Información sobre su enfermedad	Buena	4	10.0
	Regular	12	30.0
	Mala	24	60.0
Control de sus emociones	Buena	23	57.5
	Regular	17	42.5
Adherencia terapéutica	Buena	23	57.5
	Regular	14	35.0
	Mala	3	7.5

n=40

Fuente: IMEVID.

Los resultados de las correlaciones entre las variables de interés no mostraron significancia ($p=0.335$), lo que indica que la funcionalidad familiar no tuvo relación con el estilo de vida que lleva la persona en cuanto al cuidado de su enfermedad crónica como lo fue la diabetes mellitus tipo 2 (tabla No. 7).

Tabla No.7

Correlaciones entre las variables de interés

APGAR Familiar	IMEVID		Significancia $p=0.05$
	Buen estilo de vida	Regular estilo de vida	
Funcionalidad normal	3	6	0.335
Disfunción leve	8	18	
Disfunción moderada	0	5	

n=40

Fuente: IMEVID.

Discusión

Las enfermedades crónicas tienen una alta prevalencia y causan graves estragos en la población portadora de las mismas, tal es el caso de la diabetes mellitus que causa incapacidades en todo el entorno que rodea a la persona a nivel familiar, laboral, social¹.

La cual tiene muchos factores de riesgo ampliamente conocidos como la carga genética, los malos hábitos alimenticios, la falta de actividad física, el estrés, entre otros^{5, 6}. Aquí es importante el cuidado que la persona se proporcione a sí misma, para evitar las complicaciones.

En el presente estudio se evaluó el estilo de vida y su relación con la funcionalidad familiar en un grupo de adultos portadores de diabetes mellitus, en los resultados del IMEVID se destacó un estilo de vida regular con un 72.5%, siendo similares a los de Cantú y Martínez¹⁶ ya que más del 70% de los adultos estudiados arrojaron estilos de vida inadecuados.

En cuanto a los resultados del APGAR se identificó que el 65.0% tuvo una disfunción leve, el 22.5% con funcionalidad normal y el resto con disfunción moderada. Y al realizar las correlaciones correspondientes no se encontró asociación entre las variables de interés ya que arrojó un $(p=0.335)$, lo que indica que la funcionalidad familiar no tuvo relación con el estilo de vida que lleva la persona en cuanto al cuidado de su enfermedad crónica como lo fue la diabetes mellitus tipo 2.

En este sentido Troncoso-Pantoja y Soto-López¹³ en esta misma línea sobre funcionalidad familiar y salud física, tampoco encontró relación entre las mismas, donde un alto porcentaje fueron familias funcionales con capacidad de valía por sí mismos con su ya enfermedad presentada y solo un pequeño porcentaje eran semi dependientes.

La respuesta familiar es muy importante cuando uno de sus miembros sufre de una condición especial al ser portador de una enfermedad crónica, ya que el adaptarse o sucumbir ante la misma, esta muchas de las veces directamente determinada por el apoyo familiar para poder afrontar y asumir el compromiso de salir adelante ante los retos que debe afrontar ante dicha enfermedad.

Lo anterior queda constatado por los resultados de los autores Mar-García *et al*¹⁵ quienes en su análisis de la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes tipo 2, más del 40% eran integrantes de familias nucleares y además si tuvieron una correlación positiva en un buen funcionamiento familiar y el automanejo de su enfermedad crónica.

Romero *et al*¹¹ por igual demostró que la relación entre funcionamiento familiar y el grado de lesión de pie en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, cuando existe una disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de que los pacientes presenten un mayor grado de lesión del pie diabético.

Regularmente para tratar una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, de primera intención se pretende educar a través de la prevención de las complicaciones; pero definitivamente es necesario inclinarlo desde el seno familiar, ya que no solo se pueden evitar estos obstáculos, sino que se le podría garantizar a la persona un cuidado mas integral al participar todos los miembros de la familia.

En este sentido los resultados de Hernández-Yépez *et al*¹⁰, también demostraron que una disfuncionalidad familiar se traduce en complicaciones para el miembro que sufre de una enfermedad crónica, ya que en los resultados de su estudio más del 50% pertenecían a familias disfuncionales y no cumplían con su tratamiento en forma adecuada.

Tanto el estilo de vida como la funcionalidad familiar están estrechamente relacionados con la persona que vive con esta enfermedad, ya que está demostrado que, al haber un soporte de afecto, amor y cariño, las afecciones son más llevaderas y unen esos lazos afectuosos⁹.

Si bien en el presente estudio no se obtuvo correlación significativa entre las variables de estudio, en las investigaciones de otros autores se demuestra que la dinámica familiar en el estilo de vida de los adultos portadores de una enfermedad crónica como lo es la diabetes mellitus si tiene impacto positivo ya que con una buena funcionalidad familiar se logra responder al mejor control de esta a través de la modificación de los estilos de vida.

Conclusiones

Se concluye que este grupo de adultos con diabetes mellitus estudiados de esta comunidad de Guerrero presento regular estilo de vida en cuanto a esta enfermedad crónica, también se observó una disfuncionalidad familiar regular, sin embargo, al hacer las correlaciones correspondientes no hubo relaciona entre ellas.

Aun así, es importante saber por qué este grupo presenta estos dos problemas, para ayudarlos a mejorar su calidad de vida a través de la implementación de planes de cuidado por parte de los profesionales de enfermería que les permita aumentar sus conocimientos y por ende mejorar su autocuidado.

Agradecimientos

A los adultos integrantes del Grupo de Apoyo a Crónicos del Centro de Salud Rural de Población Dispersa de la comunidad de Chautipa municipio de Tecoaapa Guerrero.

Referencias

1. Federación Internacional de la Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID. 2019. Available from: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Estado de salud de la población. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. 2017. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable-es.html>
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021. ENSANUT Continua. 2021. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/index.php>
4. Milán-Chávez R., Rojas-Lemus M., Flores-Robeles E., Cervantes-Yépez S., Gordillo-Hernández E., Cafaggi-Padilla D. et al. La diabetes, una enfermedad que integra a la bioquímica y a la histología. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2016; 59(4): 46-55. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000400046&lng=es.

5. Fernández-Carrasco MP, López Ortiz MM. Relación entre hábitos alimentarios y riesgo de desarrollar diabetes en universitarios mexicanos. *Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 2019; 39(4):32-40. Available from: <https://revista.nutricion.org/PDF/FERNANDEZ.pdf>
6. Giraldo Osorio A, Toro Rosero M. Y, Macías Ladino A. M, Valencia Garcés C. A, Palacio Rodríguez S. La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet]*. 2010;15(1):128-143. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>
7. Martínez Chaires GI., Torres Díaz MJ., Ríos Cepeda VL. El contexto familiar y su vinculación con el rendimiento académico. *Revista de Investigación Educativa de la REDIECH [Internet]*. 2020; 11: 1-17. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/5216/521662150008/html/>
8. Ledón-Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2011; 37(4): 488-499. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es.
9. Reyes Narváez Silvia Elizabet, Oyola Canto María Santos. Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comuni@cción, [Internet]*. 2022; 13(2):127-137. Available from: <https://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.13.2.687>
10. Hernández-Yeppez P, Cordori-Carpio J, Basurto-Ayala P, Inga-Berrosipi F, Valladares-Garrido M. Frecuencia y asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. *Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]*. 2023; 52 (1) Available from: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2437>
11. Romero ARD, Morales ÁCT, Moreno GMM, et al. Relación entre funcionamiento familiar y grado de lesión de pie en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aten Fam.* 2021; 28(3):173-178.
12. Basto-Abreu A., Barrientos-Gutiérrez T., Rojas-Martínez R., Aguilar-Salinas CA., López-Olmedo N, Cruz-Góngora V. et al. Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. *Salud pública Méx [revista en la Internet]*. 2020; 62(1): 50-59. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000100050&lng=es

13. Troncoso Pantoja C., Soto-López N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horiz. Med.* [Internet]. 2018; 18(1): 23-28. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000100004&lng=es.
14. Leiva AM, Martínez MA., Petermann F., Garrido-Méndez A., Poblete-Valderama F., Díaz-Martínez X. et al. Factores asociados al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en Chile. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2018; 35(2): 400-407. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000200400&lng=es
15. Mar-García J., Peñarrieta-de Córdova I., León-Hernández R., Gutiérrez-Gómez T., Banda-González O., Rangel-Torres S. et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2017; 14(3): 155-161. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300155&lng=es.
16. Cantú Martínez PC., Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2014; (27). Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44832162002>
17. Hernández-Sampieri R., Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Graw Hill Education; 2018.
18. Polit, Denise, T. Beck Cheryl. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de evidencia en la práctica de la enfermería. (9ª Ed.). Wolters Kluwer; 2018.
19. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR., Rodríguez-Moctezuma JR., Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2003; 45(4): 259-267. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000400004&lng=es.
20. Suarez Cuba MA., Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014; 20(1): 53-57. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es.

Eficacia del método del ritmo utilizando las aplicaciones móviles de control del ciclo menstrual

Efficacy of the rhythm method using mobile menstrual cycle applications

Eficácia do método do ritmo utilizando aplicações do ciclo menstrual móvel

Nancy Karina García Hernández¹
<http://orcid.org/0009-0006-0742-7594>

Jannet Delfina Salgado Guadarrama¹
<http://orcid.org/0000-0002-4720-6829>

María Sandra Dávila Villada¹
<http://orcid.org/0000-0003-3603-6462>

María Dolores Martínez Garduño¹
<http://orcid.org/0000-0003-1406-2010>

Rafael Antonio Estévez Ramos¹
<http://orcid.org/0000-0001-6638-0550>

¹ Facultad de Enfermería y Obstetricia,
Universidad Autónoma del Estado de
México, Estado de México. México

Autor de Correspondencia:

Nancy Karina García-Hernández

Correo electrónico:

ngarciah933@alumno.uaemex.mx

Recibido: 9 julio 2023

Aceptado: 15 agosto 2023

Publicado: 10 septiembre 2023

Resumen

Introducción: El reconocimiento de la fertilidad femenina depende de signos y síntomas que la mujer debe saber identificar, el método del ritmo es de los más utilizados y actualmente existen aplicaciones móviles para llevar este control.

Objetivo: Determinar la eficacia del método del ritmo utilizando las aplicaciones móviles de control del ciclo menstrual.

Metodología: Es un estudio con enfoque cualitativo utilizando el método hermenéutico.

Las participantes fueron mujeres puérperas de 19 a 35 años con previo consentimiento informado.

Con 20 sujetos clave utilizando técnica de saturación de datos. La información se recolectó mediante una guía de entrevista a profundidad.

Se utilizó el análisis de contenido para interpretar los resultados con el programa ATLAS.ti.

ISSN: 2954-4459

Resultados: Con la experiencia que las mujeres han tenido utilizando el método del ritmo guiándose en una aplicación móvil, mencionan que no ha sido del todo efectiva, pero refieren que no tienen la suficiente información para llevarlo a cabo.

Discusión y Conclusiones: Las aplicaciones móviles podrían ser una herramienta útil para llevar el registro del ciclo menstrual, ya que muchas mujeres jóvenes las utilizan, pero la desinformación del método del ritmo conlleva a tener una baja eficacia de éste

Palabras clave: Ciclo menstrual, aplicaciones móviles, métodos naturales de planificación familiar, fertilidad, eficacia.

Abstract

Introduction: The recognition of female fertility depends on signs and symptoms that the woman must know how to identify, the rhythm method is one of the most used and currently there are mobile applications to carry out this control.

Objective: To determine the efficacy of the rhythm method using mobile applications for monitoring the menstrual cycle.

Methodology: This is a qualitative study using the hermeneutic method. The participants were postpartum women between 19 and 35 years of age with prior informed consent. With 20 key subjects using data saturation technique. The information was collected through an in-depth interview guide. Content analysis was used to interpret the results with the ATLAS.ti.

Results: With the experience that the women have had using the rhythm method guided by a mobile application, they mention that it has not been entirely effective, but they refer that they do not have enough information to carry it out.

Discussion and Conclusions: Mobile applications could be a useful tool to keep track of the menstrual cycle, since many young women use them, but the lack of information about the rhythm method leads to its low effectiveness.

Keywords: Menstrual Cycle, mobile applications, natural family planning methods, fertility, efficacy.

Resumo

Introdução: O reconhecimento da fertilidade feminina depende de sinais e sintomas que a mulher deve saber identificar. O método do ritmo é um dos mais amplamente utilizados e existem agora aplicações móveis para este controle.

Objetivo: Determinar a eficácia do método rítmico utilizando aplicações móveis para o controle do ciclo menstrual.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo que utiliza o método hermenêutico. Os participantes foram mulheres no pós-parto, com idades compreendidas entre os 19 e os 35 anos, com consentimento informado prévio. Com 20 sujeitos-chave, utilizando a técnica de saturação de dados. A informação foi recolhida através de um guião de entrevista em profundidade. A análise de conteúdo foi utilizada para interpretar os resultados com o ATLAS.ti.

Resultados: Com a experiência que as mulheres tiveram utilizando o método do ritmo guiado por uma aplicação móvel, mencionam que não foi totalmente eficaz, mas referem que não têm informação suficiente para a levar a cabo.

Discussão e Conclusão: As aplicações móveis poderiam ser uma ferramenta útil para acompanhar o ciclo menstrual, uma vez que muitas mulheres jovens as utilizam, mas a falta de informação sobre o método rítmico leva a uma baixa eficácia.

Palavras-chave: Ciclo menstrual, aplicativos móveis, métodos naturais de planeamento familiar, fertilidade, eficácia.

Introducción

Los métodos de reconocimiento de la fertilidad ayudan a la mujer a conocer mejor su cuerpo, tienen beneficios que sabiéndolos identificar son de gran ayuda para un mejor control de la fertilidad femenina.

Dentro de estos métodos está el método del ritmo o calendario, en donde la mujer lleva un registro de la duración de sus ciclos menstruales, durante al menos seis meses, identificando entre el periodo más largo y el más corto, después hará un cálculo matemático para identificar cuáles son los días posibles de fertilidad en sus ciclos menstruales posteriores, restándole al más corto 18 días y al más largo 11 días¹.

Este método se conoce desde hace varios años, y el uso de éste, junto con los otros métodos de reconocimiento de la fertilidad no han tenido, por parte de las mujeres, el mismo grado de empleo que los métodos anticonceptivos artificiales, debido a que existen diferentes barreras como son: sociales, económicas, políticas, entre otros², que afectan negativamente el uso de éstos, a causa de la desinformación, y existe cierto vacío en los conocimientos con los que cuentan las mujeres.

Actualmente existen herramientas electrónicas que ayudan a la mujer a llevar un registro exacto de sus ciclos menstruales, como las aplicaciones móviles, que son un apoyo para las parejas que buscan un embarazo o evitarlo y programar las relaciones sexuales dependiendo de la ventana fértil³. Sin embargo, a pesar de que existen estas herramientas que facilitan el registro en el teléfono móvil, y que ahora las mujeres más jóvenes pueden tener acceso a uno, no indica que sea suficiente para que el método del ritmo sea eficaz.

En un estudio reciente se evaluó la calidad de las aplicaciones del ciclo menstrual, donde menciona que las que obtuvieron una calidad alta son las que incluyen funciones de seguimiento personalizado, y las que obtuvieron un puntaje inferior son las que no satisfacían las necesidades de las mujeres, como la gestión del ciclo menstrual, los días de ovulación y algunas no tenían las funciones predictivas⁴.

Con la cantidad de aplicaciones que existen actualmente es difícil encontrar alguna que cumpla con todas las necesidades de cada mujer, por lo que es importante en el uso de estos métodos de reconocimiento de la fertilidad, el conocimiento de estos y funcionamiento.

Otro estudio que evaluó la tasa de embarazo en mujeres con el método de días fijos, que es un método del calendario, con el uso correcto de éstos, la tasa de embarazo fue menor a cinco (5) por cada 100 mujeres por año (5).

Esto es un dato importante para analizar la efectividad del uso de las aplicaciones móviles de control de ciclo menstrual y el uso que le dan las mujeres actualmente, así como si cumplen con las necesidades de ellas, ya que, aunque la aplicación este completa, dependerá mayormente de los conocimientos que tengan las mujeres para poder llevarlos a cabo de forma correcta y que haya mayor seguridad en el uso de estos. Por todo lo anterior el objetivo del estudio es determinar la eficacia del método del ritmo utilizando las aplicaciones móviles de control del ciclo menstrual.

Metodología

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo. Las teorías que sustentaron este estudio fueron: las representaciones sociales de Serge Moscovici y la Teoría de la Gestalt de la percepción, el método aplicado fue la hermenéutica.

Los participantes en este estudio fueron 20 mujeres puérperas de entre 19 y 35 años de la comunidad de Atlacomulco que asistieron a consulta de salud reproductiva en el Hospital de Maternidad de Atlacomulco. La muestra fue por saturación de datos; se incluyeron mujeres que cursaran un puerperio normal y sano, con pareja estable y en edad fértil entre los 15 y 49 años, según la Organización Mundial de la Salud.

Se excluyeron mujeres con un puerperio patológico o que presentaran una alteración durante el embarazo. Se utilizó una guía de entrevista a profundidad semiestructurada con nueve preguntas generadas a partir de cuatro preguntas conductoras, se utilizó el análisis de contenido para interpretar los resultados.

Para llevar a cabo las entrevistas se pidió autorización a la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco y al Hospital de Maternidad Atlacomulco, se realizaron entre los meses de Septiembre-Octubre, en el turno matutino, en el área de salud reproductiva.

Una vez realizadas las entrevistas, se capturaron de manera textual en el programa Word, y utilizando el programa ATLAS.ti se seleccionaron las citas para después encontrar las categorías, las cuales se identificaron las siguientes: uso de métodos de reconocimiento de la fertilidad, con subcategoría: MRF más utilizado, la categoría: ciclo menstrual, con subcategoría: Uso de aplicaciones móviles para el ciclo menstrual.

Entre los aspectos éticos de considera que es un estudio se sustenta bajo la Declaración de Helsinki.

La Ley General de Salud, en su artículo 100 sobre la investigación en seres humanos, ya que la investigación debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican a la investigación médica y el Reglamento de la Ley General de Salud

en Materia de Investigación para la Salud en su artículo 17, donde se describe la investigación sin riesgo; en sus artículos 20,21 y 22 para elaborar el consentimiento informado por escrito, donde el sujeto autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento del procedimiento y la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Dentro de esta ley, en su capítulo IV, de la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto y puerperio, lactancia y recién nacidos; las investigaciones realizadas durante el puerperio se permitirán cuando no interfieran con la salud de la madre y del recién nacido⁶.

La investigación fue autorizada por el Comité de Ética en Investigación de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco con No. de oficio: 208C0101114100T-3207-A/2022.

Resultados

Categoría: Uso de métodos de reconocimiento de la fertilidad

Los métodos de reconocimiento de la fertilidad o también llamados métodos naturales de planificación familiar toman en cuenta los cambios fisiológicos de la mujer durante su ciclo menstrual, se basan en la periodicidad de la fertilidad e infertilidad⁷.

En la actualidad, estos métodos no han sido un tema muy difundido, por lo que la mayoría de las mujeres en edad reproductiva prefieren los métodos anticonceptivos artificiales, a pesar de que el uso de estos les provoca efectos secundarios que afectan a la salud.

Sin embargo, algunas mujeres de este estudio, los han llegado a utilizar y otras solo tienen el conocimiento de ellos, por lo que su percepción ha cambiado entorno al uso de estos, por las experiencias que han tenido. Al preguntarles a las mujeres entrevistadas que método de reconocimiento de la fertilidad han utilizado, respondieron lo siguiente:

Llegue a utilizar al principio, el del ritmo. El de moco cervical, lo conozco poco, ese nunca lo puse en práctica, según lo que recuerdo que, si el moquito es más espeso [...] hay probabilidad de embarazo o algo así y cuando es un poquito más líquido es tu periodo fértil entonces más o menos tengo la teoría (E-3).

Una representación social hace que los elementos que construyen y que influyen en la forma de pensamiento y en el actuar de una comunidad, así como de los individuos, den un significativo aporte al reconocimiento de estos⁸.

Con las respuestas de las entrevistadas, la mayoría de las mujeres han preferido o elegido utilizar un método anticonceptivo artificial, ya que, aunque cuentan con la información básica, sobre métodos de reconocimiento de la fertilidad o también llamados métodos naturales de planificación familiar, no es suficiente para que los lleven a cabo de una forma correcta y optan por un método hormonal, ya que son los que ellas conocen mejor y que les han informado los profesionales de la salud durante el puerperio. A pesar de que los métodos de reconocimiento de la fertilidad han existido desde hace años atrás y que tienen varios beneficios.

En un medio semirural, las mujeres entrevistadas de este estudio, la mayoría cuenta con estudios hasta nivel medio superior o menor a este, lo que influye en los conocimientos que tienen sobre estos métodos.

Dentro de este grupo de mujeres, la educación escolar, influye en los conocimientos aprendidos ya que refieren que fue donde obtuvieron la mayoría de información específicamente del método del ritmo.

Sin embargo, el uso de anticonceptivos hormonales es más común dentro de esta comunidad, por lo que al preguntarles si conocían los métodos de reconocimiento de la fertilidad, los asocian por sentido común con los métodos que ellas conocen.

En otras de las respuestas que dieron las entrevistadas fueron:

Usaba el método del ritmo [...] llevaba mi calendario menstrual de cada mes, como era regular, no había falla alguna(E-2).

El del ritmo estuve utilizando y [...], si me funciona, pero si necesitas estar como muy pendiente y conocer perfectamente tu ciclo menstrual (E-3).

La representación social sobre los métodos de reconocimiento de la fertilidad en las mujeres se basa principalmente en la percepción que tienen sobre estos, lo que

para ellas básicamente el desconocimiento de la gran parte de estos influye en la utilización correcta lo que forma una objetivación diferente a lo que estos métodos pueden ser.

En este estudio, las mujeres principalmente utilizan el método del ritmo o calendario, sin embargo, a pesar de esto, desconocen los demás métodos naturales, por lo que el resultado podría ser de menor efectividad, aunado con estos factores, la eficacia del método del ritmo podría variar de mujer a mujer, así como también, los conocimientos que muestran sobre su reconocimiento de la fertilidad son menores en comparación con los métodos anticonceptivos, principalmente los métodos hormonales.

Lo que también refieren es el tiempo y dedicación que se debe tener para usar estos métodos, mencionando que se les hace más fácil y cómodo usar algún otro método que solo requiera una visita al médico, aunque la mayoría refiere haber tenido o padecido algún efecto secundario de estos, siguen usándolos o en su caso, dejan utilizar algún método de planificación familiar, lo que puede llevar a embarazos no deseados.

En las consultas prenatales o durante el puerperio, ellas refieren haber tenido información solo de los métodos anticonceptivos menos de los métodos naturales o de reconocimiento de fertilidad. Por lo que desconocen la mayor parte de estos.

Siendo un lugar semirural, existen comunidades indígenas que viven dentro de este, el cual, la representación social de los métodos naturales se podría comparar con estudios anteriores, siendo similar la representación que existe, ya que la percepción que tienen de estos se construye a través de lo que conocen, siendo menor la experiencia que han tenido en usarlos en comparación con los otros métodos anticonceptivos. Es un dato que influye en conocer que tan efectivo sería utilizar las aplicaciones móviles para el control del ciclo menstrual y su relación con el método del ritmo.

Subcategoría: Método de reconocimiento de la fertilidad más utilizado

El método del ritmo es uno de los métodos que más han utilizado algunas de las mujeres entrevistadas, mencionando que, si les ha funcionado, sin embargo, hacen

referencia a que es un método en el cual se debe tener tiempo y dedicación para llevarlo de una forma correcta para que sea efectivo.

Los métodos de reconocimiento de la fertilidad son de gran importancia para llevar un seguimiento diario de todas las observaciones de los biomarcadores, así como también podría ser útil para los médicos u otros clínicos, en aprender a interpretar el gráfico del ciclo femenino para identificar anomalías del ciclo menstrual¹⁰ las mujeres entrevistadas que utilizaron el método del ritmo y mencionan que les fue efectivo, también tenían un ciclo menstrual regular, lo que les facilitaba llevar un control del mismo, lo que podría ser un dato relevante para algunas mujeres el utilizar este método y tener la confianza de su efectividad.

Por lo contrario, de las mujeres que no son regulares, mencionan que no utilizan algún método de reconocimiento de la fertilidad.

Categoría: Ciclo menstrual

El ciclo menstrual es un proceso donde los gametos femeninos maduran, llamados ovocitos, lo que produce una serie de cambios dirigidos a lo que da paso a un embarazo, tiene como significado biológico la maduración de un óvulo que se libera cada mes y la preparación del endometrio para que se implante¹¹.

En la actualidad, existen aplicaciones móviles para la gestión del ciclo menstrual, por lo que las mujeres entrevistadas respondieron lo siguiente sobre el uso de estas:

Si utilizaba las aplicaciones, el de “Mia” y el de “Flo”, lo utilizo para anotar mi ciclo menstrual, aunque tiene para anotar síntomas, solo lo utilizo para el ciclo (E-1).

La mayoría de las mujeres que mencionan el uso de estas aplicaciones, también refirieron que su ciclo menstrual es regular, y que solo varía por días, y el uso de estas aplicaciones les facilitan un seguimiento durante meses sobre su ciclo.

Sin embargo, el ciclo menstrual puede verse alterado por diferentes factores como, por ejemplo: estrés, síndrome de ovario poliquístico (SOP), la perimenopausia, hipotiroidismo, hiperprolactinemia o tratamientos con la hormona liberadora de

gonadotropina (GnRH), el cual puede alterar el desarrollo folicular normal y causar irregularidades en el ciclo menstrual¹².

Para las mujeres de este estudio que refieren usar el método del calendario, un factor determinante podría ser que su ciclo menstrual es regular, lo que influye en la decisión de seguir estos métodos, lo que les da seguridad en que los están usando de manera correcta sumando el uso de una herramienta digital como las aplicaciones, de las cuales proporcionan mayores datos pero que ellas no identifican por el desconocimiento de los mismos.

Por lo que solo el llevar el registro de su ciclo menstrual no es suficiente para saber si las aplicaciones que usan tienen cierto rango de error o realmente son efectivas, en cuanto a las predicciones que automáticamente proporcionan.

Subcategoría: Uso de aplicaciones móviles para el control de ciclo menstrual

Por otro lado, también está la utilización de aplicaciones móviles para este registro, lo cual, la mayoría de las entrevistadas mencionan haberlas utilizado, principalmente para el registro del inicio y termino de su ciclo menstrual, posteriormente para saber qué día es el más fértil y cuando es menos fértil.

Al preguntarles si utilizaban alguna aplicación móvil para el control del ciclo menstrual, respondían lo siguiente:

Usaba el método del calendario en la aplicación, pero creo no lo supe usar, pero bueno a mí no me sirvió, pues me embaracé (E-20).

Para métodos anticonceptivos no, para seguimiento de mi ciclo menstrual sí, si lo he utilizado, de hecho, llevo utilizando la aplicación por más de diez años [...] para cuidarme cuando usaba el método del ritmo sí, tiene muchísimos años que los utilizo (E-3).

En la aplicación, cuando me dice el día de ovulación es hoy, entonces yo me doy cuenta de que sí, efectivamente si coincide (E-19).

El uso de las aplicaciones móviles para el control del ciclo menstrual por parte de las usuarias ha sido principalmente para llevar el control de cuando inicia su periodo menstrual, pocas conocen las demás funciones que ofrecen este tipo de apps, lo cual es una de las razones por las que refieren ellas que no les fue efectivo, de la forma en que ellas llevaban su registro aunándole los desconocimientos de este método y las que tienen mayor conocimiento sobre el método del ritmo, si las llegan a utilizar, y han registrado sus datos por bastante tiempo.

En otras de las respuestas de las entrevistadas refieren que en el marcador de ovulación si es exacta, sin embargo, son mujeres cuyo periodo menstrual es regular.

Actualmente la creación de aplicaciones para el seguimiento del ciclo menstrual ha ido en aumento, y la oportunidad de tener acceso a estas es bastante fácil, sin embargo, su uso no siempre les fue acertada a las mujeres entrevistadas.

Por otro lado, la predicción de las aplicaciones no siempre es correcta, un estudio realizado en el 2021, sobre el uso de las aplicaciones para el ciclo menstrual, analizó 10 apps y sus funciones, el cual concluyó que las predicciones sobre el ciclo fueron más exactas, aunque en algunas mujeres variaban en días y en cuanto a la ovulación la apps eran menos exactas¹³ por lo que éstas si pueden ser una herramienta efectiva en cuanto al uso de registro del ciclo menstrual, sin embargo, los biomarcadores de la fertilidad femenina son datos en los cuales se debe usar principalmente la observación de la mujer en sus cambios físicos y emocionales, ya que una aplicación móvil, puede dar solo los datos más cercanos y no siempre funcionará de la misma forma en todas las mujeres.

Las aplicaciones para el ciclo menstrual son una herramienta que a las adolescentes les llama más la atención y les resulta atractivas por su apariencia, así como, la forma aparente de privacidad para poder explorar su interés por la salud y una forma natural de seguir y comprender los cambios en su desarrollo lo que proporciona un seguimiento de esta información y predicciones sobre su ciclo, lo que puede ser de ayuda para comunicarla a los profesionales de la salud¹⁴.

Para las mujeres entrevistadas, las aplicaciones móviles han sido una herramienta que usan comúnmente con el fin de llevar un control de su ciclo menstrual, algunas de las que conocen el método del ritmo, refieren que, si les ha funcionado,

pero que deben tener tiempo y la disposición de llevarlos a cabo. Y es que, con los métodos de reconocimiento de la fertilidad, uno de los problemas con los que se enfrenta, son que las mujeres han estado diseñadas para controlar su fertilidad con métodos sintéticos, sin dar paso a lo natural, así como, la información que se imparte en las escuelas y por parte de los profesionales de la salud, son principalmente los métodos anticonceptivos artificiales.

Las mujeres que respondieron que no les fue efectivo el método del ritmo, refieren no haber tenido una orientación más completa sobre dicho método, sin embargo, ellas lo llegaron a utilizar, y su percepción hacia estos, les provoca inseguridad en su efectividad.

La representación social que existe dentro de este grupo de mujeres, sobre el uso de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, actualmente sigue siendo de desconfianza e inseguridad al usarlos, ya que a pesar de la utilización de herramientas digitales, dentro de esta comunidad semi rural, no todas cuentan con un dispositivo móvil que cumpla las funciones para instalar una aplicación o desconocen el uso de estas, y las que tienen acceso, no las usan en la versión completa, lo que representa barreras para comprobar la efectividad de el uso de estas aplicaciones.

Discusión

La percepción que tienen las mujeres puérperas entrevistadas sobre los métodos de reconocimiento de la fertilidad, especialmente sobre el método del ritmo o calendario, se divide en las que, si les ha funcionado y las que no les fue efectivo, las razones por las que ellas refieren es que no cuentan con los suficientes conocimientos para usarlos y sienten inseguridad.

Los métodos de reconocimiento de la fertilidad son más eficaces si se usan como complemento con otros métodos, como los hormonales, por ejemplo, por situaciones de desapego al tratamiento con la píldora, o cuando no se use ningún otro método¹⁵. La desinformación de las mujeres entrevistadas, son un factor que interfiere principalmente en el uso de este método, por lo que prefieren utilizar, de acuerdo con la información con la cuentan en ese momento, algún método hormonal, por razones de comodidad y que son de fácil acceso.

Sin embargo, el uso de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, conocidos también como métodos tradicionales, son una opción para las mujeres que no cuentan con acceso a un método anticonceptivo, ya que estos no suponen un costo o un acceso a un centro sanitario¹⁶.

Una representación social comprende aspectos como las opiniones, las concepciones, las creencias y las percepciones, entre otros conocimientos que son de sentido común, lo cual, estos son reconocidos por una comunidad social¹⁷.

Para las mujeres entrevistadas, los métodos hormonales, son los que comúnmente conocen y de los cuales han escuchado mayormente en los diferentes medios de información; para ellas, lo que buscan de la anticoncepción es la comodidad, que sean accesibles y que no les cause daño a la salud, por lo que es más fácil que decidan un método que conocen y del cual se sientan seguras, dejando de lado los métodos de reconocimiento de la fertilidad, ya que la percepción que tienen de ellos, es que no son seguros y les causa desconfianza, para la mayoría de ellas.

El uso del método del ritmo, en las mujeres entrevistadas, fue uno de los primeros que ellas utilizaron cuando empezaron su vida sexual activa, ya que refieren que en la escuela recibieron esa información, y lo llegaron a utilizar porque querían cuidarse de una forma más natural, sin causarle daño a su salud, por el contexto donde ellas viven y el grado de formación académica, los métodos de reconocimiento de la fertilidad son una buena opción, ya que algunas de ellas no cuentan con información acerca de los métodos anticonceptivos o es escasa, y en algunas, sus embarazo fueron no planeados, así como el grado de estudios llegan hasta un nivel medio superior o es menor a este.

Un estudio se basó en comparar las afirmaciones sobre el uso de un método moderno del calendario llamado método de los días fijos, que es similar al del ritmo, el cual encontró que las pruebas que existen sobre las afirmaciones de este no apoyan a su eficacia comparándolo con los métodos modernos de acción corta, lo cual induce al error de los usuarios¹⁸. Para las mujeres entrevistadas que no les funciona el método del ritmo, tienen una percepción negativa hacia la efectividad de este, sin embargo, ellas refirieron tener interés en conocerlos, aunque utilicen un método hormonal, porque les interesó el hecho de que sean naturales.

Para que surja una representación social, existen tres dimensiones que la integran, como la actitud, la información y el campo de representación¹⁹.

Para las mujeres entrevistadas la anticoncepción natural, no es una opción, que para ellas sea la más aceptada, con el uso de las aplicaciones ellas llevan ese registro y han tenido experiencias negativas, y para la minoría asertivas; lo que ellas refieren sobre estos métodos naturales, es que, no cuentan con información o es menor a comparación con los métodos anticonceptivos hormonales, por lo que influye en la toma de decisión y en la percepción, por consiguiente, al no usarlos, la opinión que tienen sobre los métodos de reconocimiento de la fertilidad sigue siendo negativa por el desconocimiento que aún tienen la mayoría de las mujeres entrevistadas.

Una de las herramientas que utilizan actualmente las mujeres entrevistadas, son las aplicaciones móviles para el control del ciclo menstrual.

En un estudio reciente, sobre la precisión de la predicción del día de ovulación usando el método del calendario y las aplicaciones móviles, encontró que la exactitud en las aplicaciones no superó el 21%, sin embargo, con los métodos del ritmo y de los días estándar, fueron más exactos en predecirla con un 89% y 70%, aun así, siendo baja²⁰.

Con el flujo cervical se puede distinguir el periodo fértil de una mujer con las secreciones transparentes, elásticas y la lubricación²¹, por lo que, para dar mayor eficacia al método del ritmo, es importante que la mujer realice una observación a estas secreciones para tener mayor seguridad de que la aplicación este dando los datos correctos o que la predicción sea la más cercana a la ovulación de la mujer.

En otro estudio, describieron las diferencias en la duración del ciclo menstrual y variabilidad en mujeres de diferentes edades e IMC y usuarias de la aplicación menstrual Flo, encontrando que el mayor porcentaje de ciclos se produjo en el día 15 de ovulación entre las mujeres de 18 a 24 años, el día 14 para mujeres entre 25 a 39 años y el día 12 para mujeres de 40 años²².

Las aplicaciones que utilizaron las mujeres entrevistadas, la predicción del día de ovulación, en ocasiones si fueron exactas y para otras no coincidían, lo que las

llevo a un fallo en el control de su fertilidad. Teniendo en cuenta que algunas de las mujeres que no usaban las aplicaciones, las edades en las que utilizaron el método del ritmo, fueron cuando empezaron su vida sexual activa, y utilizaban otros medios para anotar los días de su ciclo menstrual.

Por otro lado, las mujeres que refieren haber utilizado el método del ritmo usando las aplicaciones móviles, refieren que, si coincidían los días de ovulación y si les había funcionado, pero fueron una minoría. Otras solamente las utilizaban para anotar los días de su ciclo menstrual, con el desconocimiento de que pudiera ser una herramienta para el control de su fertilidad.

Las representaciones sociales pueden ser compartidas dentro de la mente de los individuos, sin embargo, no siempre deben estar de acuerdo con ellas, y la forma de ver la realidad puede ser de manera hegemónica, polémica y/o emancipada²³.

Para las mujeres entrevistadas, el uso de las aplicaciones para el control del ciclo menstrual, ha sido una herramienta útil, sin embargo, tienen opiniones diferentes, ya que el uso que le dan no es con el mismo fin, por lo que las que opinan o tienen una percepción negativa hacia ellas, es porque la utilizaron para no embarazarse, el cual refieren que no les funciona, y las que tienen una percepción u opinión positiva, las utilizan solo para llevar un registro de su ciclo menstrual, o han tenido una experiencia positiva al usarlas.

Por lo que influyen mucho las experiencias que tienen para tener una opinión acerca de ellas, y que la realidad que ven sobre éstos varía entre este grupo.

Conclusiones

El método del ritmo o también llamado del calendario, el cual se encuentra dentro de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, es el que conocen comúnmente las mujeres entrevistadas, y que algunas lo han usado desde el inicio de su vida sexual y son pocas las mujeres que lo siguen utilizando.

Las aplicaciones móviles para el control del ciclo menstrual son una herramienta que facilita el registro y son prácticas, ya que en la actualidad es más fácil el acceso a una, sobre todo para las mujeres más jóvenes, y funciona para llevar el método del ritmo o calendario, además de tener otros elementos como por ejemplo anotar el tipo de moco cervical, la temperatura, el peso, sueño, entre otros, sin embargo, la cantidad de aplicaciones de este tipo son bastante, y no todas cumplen con una real predicción.

Una falta de información sobre el reconocimiento de la fertilidad en las mujeres entrevistadas hace que haya fallos en el uso del método del ritmo, por lo que la eficacia de las aplicaciones se ve afectada por este desconocimiento, lo que hace que las mujeres puedan percibir a estos métodos como no tan seguros.

Por lo que el uso que le dan algunas mujeres entrevistadas a estas aplicaciones solo es para anotar los días de su ciclo menstrual, ignorando las demás funciones y prefiriendo usar un método anticonceptivo artificial, porque se sienten más seguras.

El conocimiento de la fertilidad no depende de una aplicación electrónica, sino que la mujer deba conocer su cuerpo, y no depender de lo que una aplicación, que no es muy segura o predictiva, pueda decirle cómo funciona su fertilidad, lo que sí, es que puede ser una herramienta que facilite este control.

Por todo lo anterior se concluye que, la efectividad del método del ritmo utilizando las aplicaciones para el control del ciclo menstrual en las mujeres entrevistadas, se ve afectado por diferentes barreras, como la falta de información sobre el uso correcto de este método, por lo que también el desconocimiento de cómo funciona la fertilidad femenina y sus biomarcadores, lo que influye en el uso de las aplicaciones móviles, a pesar de que estas, también no cuentan con una seguridad completa, lo que desconocen también las mujeres entrevistadas, y que se ha comprobado que son pocas las aplicaciones que son más efectivas que otras, sin embargo, las mujeres que respondieron que si les fue efectiva, son pocas y teniendo en cuenta que su ciclo menstrual es regular y que las llevan utilizando por algunos años, lo cual, les dio la seguridad de usarlas y con el poco conocimiento que tienen, si les fue efectivo.

Por lo contrario, a las mujeres que no les funciona, son mayoría, y refieren no tener conocimientos suficientes para tener la seguridad de usarlos, lo que las lleva a elegir un método anticonceptivo artificial, principalmente los hormonales. Por lo que es una oportunidad para que haya mayor difusión sobre los métodos de reconocimiento de la fertilidad, ya que todos influyen para llevar un control de la fertilidad femenina de una forma más natural y completa, para que la mujer pueda conocer mejor su cuerpo y decidir de forma más consciente que método de planificación familiar le beneficia sin causar mayor daño a su salud.

Con las barreras que existen para que la información pueda llegar a una población mas amplia, dificulta la adquisición de conocimiento, para las mujeres en edad fértil y sobre todo en poblaciones semirurales, por lo que la percepción que tienen será variada, sin embargo, la mayoría resulta tener inseguridad al usar los métodos de reconocimiento de la fertilidad usando las aplicaciones móviles.

Agradecimientos

A las autoridades y personal de salud del Hospital Maternidad de Atlacomulco, por las facilidades otorgadas en la realización de este trabajo de investigación.

Agradezco a las mujeres que participaron en las entrevistas que se realizaron, brindando espacio de su tiempo y respondiendo asertivamente a las entrevistas.

Referencias

1. A1. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamientos Técnicos Para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México. [Internet] 2022. Available from: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/es/articulos/lineamientos-tecnicos-para-la-prescripcion-y-uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mexico-310155?idiom=es>.
2. Sada-Garibay C., Pardo Sáenz JM. La situación de los métodos de regulación natural de la fertilidad humana en México: una propuesta para su expansión. Universidad de Navarra [Internet]. 2014. Available from: <https://hdl.handle.net/10171/55679>.
3. Jukic A, Jahnke H, MacNeill N, Bradley D, Malloy M, Baird D. Feasibility of leveraging menstrual cycle tracking apps for preconception research recruitment. *Front Reprod Health*. [Internet]. 2022; 4(981878). Available from: doi: 10.3389/frph.2022.981878. eCollection 2022.
4. Ko S, Lee L, An D, Woo H. Menstrual Tracking Mobile App Review by Consumers and Health Care Providers: Quality Evaluations Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. [Internet]. 2023; 11(e40921). Available from: doi: 10.2196/40921.
5. Sung S, Abramovitz A. Natural Family Planning. 2023 Jul 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan- Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31536267/>
6. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet] 2014.. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.

7. Padilha T, Deretti E. Método de Ovulación Billings: entre la eficacia y el desconocimiento. *Revista Bioética*. [Internet] 2021; 29(1):210. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291460>
8. Suárez-Vaca M., Robles-Rodriguez E. Panorama de las Representaciones Sociales. *Educación y ciencia*. [Internet] 2021;(25). Available from: 10.19053/0120-7105.eyc.2021.25.e12578
9. Guzman L., Caal S., Peterson K., Ramos M., Hickman S. The use of fertility awareness methods (FAM) among young adult Latina and black women: what do they know and how well do they use it? Use of FAM among Latina and black women in the United States. *Contraception*. [Internet] 2013 Aug;88(2):232-8. Available from: doi: 10.1016/j.contraception.2013.05.015
10. Duane M, Stanford JB, Porucznik CA, Vigil P. Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning. *Front Med (Lausanne)*. [Internet] 2022 May 24;9:858977. Available from: doi: 10.3389/fmed.2022.858977.
11. Zanin L., Paez A., Correa C., De Bortoli M. Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario. *Fundamentos en Humanidades* [Internet]. 2011;XII(24):103-123 Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18426920004>
12. Murcia JM., Esparza ML. La ventana de la fertilidad y marcadores biológicos: revisión y análisis en ciclos ovulatorios normales. *Persona y bioética*. [Internet]. 2011; 15(2): 149-165. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/832/83222479004.pdf>
13. Worsfold L., Marriott L., Johnson S., Harper J. Period tracker applications: What menstrual cycle information are they giving women? *Womens Health (Lond)*. [Internet]. 2021;(17). Available from: doi: 10.1177/17455065211049905.
14. Fowler L., Gillard C, Morain S. Teenage use of smartphone applications for menstrual cycle tracking. *Pediatrics*. [Internet]. 2020; 145(5):e20192954. Available from: doi: 10.1542/peds.
15. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. *RPC contraception CNGOF* [Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & sénologie*. [Internet] 2018; 46(12):873-882 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.002>

16. Marquez M., Kabamalan M., Laguna E. Traditional and Modern Contraceptive Method Use in the Philippines: Trends and Determinants 2003–2013. *Stud Fam Plann.* [Internet] 2018 Jun;49(2):95-113. Available from: doi: 10.1111/sifp.12051
17. Calixto R. Representaciones sociales del medio ambiente. Perfiles educativos. [Internet] 2008 30(120): 33-62. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982008000200003&lng=es&tlng=es.
18. Cicely A. Marston KC. Does the evidence support global promotion of the calendar-based? *Contraception.* [Internet] 2016; 93(6):492-497. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.01.006>
19. Cavazos-Zarazúa JL. Representaciones Sociales y Metodología estadística. *Humanitas.* [Internet] 2017; II(42):121-138. Available from: <https://humanitas.uanl.mx/index.php/ah/article/view/17/18>
20. Johnson S., Marriott L., Zinaman M. Can apps and calendar methods predict ovulation with accuracy? *Curr Med Res Opin.* [Internet] 2018; 34(9). 1587-1594. Available from: doi: 10.1080/03007995.2018.1475348.
21. FACTS. Sympto-Thermal Method. [Internet] 2014. Available from: <https://www.factsaboutfertility.org/wp-content/uploads/2014/09/SymptoThermalPEH.pdf>.
22. Grieger J, Norman R. Menstrual Cycle Length and Patterns in a Global Cohort of Women Using a Mobile Phone App: Retrospective Cohort Study. *J Med Internet Res.* [Internet] 2020 Jun 24;22(6):e17109. Available from: doi: 10.2196/17109.
23. Valencia LC. Teoría de las Representaciones Sociales aplicada al estudio del turismo. *El Periplo Sustentable.* [Internet] 2021;(41). Available from: <https://doi.org/10.36677/elperiplo.v0i41.14357>

Cuidados paliativos en atención primaria de salud. Revisión narrativa en el contexto iberoamericano

Palliative care in primary health care.

Narrative review in the Ibero-American context

Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde.

Revisão narrativa no contexto ibero-americano

Cynthya Maya Hernández¹
<http://orcid.org/0000-0002-8127-899X>

Jorge Alberto Álvarez Díaz²

¹Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva,
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad
Xochimilco, Ciudad de México. México.

²División de Ciencias Biológicas y de la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad
Xochimilco, Ciudad de México. México

Autor de Correspondencia:

Cynthya Maya-Hernández

Correo electrónico:

liyasa45@hotmail.com

Recibido: 8 agosto 2023

Aceptado: 2 septiembre 2023

Publicado: 10 septiembre 2023

Resumen

Introducción: Ante el aumento de la esperanza de vida y el incremento en la mortalidad a causa de enfermedades crónico-degenerativas, surgen los cuidados paliativos (CP) como una necesidad emergente, los cuales han sido brindados principalmente en hospitales centrados en grandes ciudades, dejando desprotegida a población marginada, es por eso que se ha sugerido incluirlos en la Atención Primaria de Salud (APS).

Objetivo: Explorar el papel de la APS en los CP en Iberoamérica para identificar características, avances y retos en su implementación.

Metodología: Revisión narrativa exploratoria en las bases de datos LILACS, MEDLINE a través del motor de búsqueda PubMed y SciELO en el periodo 2015-2020. Se realizó un análisis de contenido con ayuda del software ATLAS.ti v9.

ISSN: 2954-4459

Resultados: Se analizaron 18 artículos. En Latinoamérica existe una heterogeneidad en la prestación de CP. A pesar de las ventajas de los CP en la APS, pocos pacientes con enfermedades crónicas los reciben correctamente y con calidad en este nivel de atención. Las barreras para su implementación se pueden agrupar en: políticas y sistemas de salud, y profesionales de la salud.

Discusión y Conclusiones: La integración de los CP en la APS parece ser un gran reto; sin embargo, habría que reconocer y sistematizar los avances que se han realizado al respecto y las barreras que se han documentado para su implementación.

Palabras clave: Cuidados paliativos, atención primaria de salud, enfermedad crónica, revisión.

Abstract

Introduction: Given the increase in life expectancy and the increase in mortality due to chronic-degenerative diseases, palliative care (PC) emerges as an emerging need, which has been provided mainly in hospitals centered in large cities, leaving unprotected to marginalized population, that is why it has been suggested to include them in Primary Health Care (PHC).

Objective: Explore the role of PHC in PC in Latin America to identify characteristics, progress and challenges in its implementation.

Methodology: Exploratory narrative review in the LILACS, MEDLINE databases through the PubMed and SciELO search engine in the period 2015-2020. A content analysis was carried out with the help of the ATLAS.ti v9 software.

Results: 18 articles were analyzed. In Latin America there is heterogeneity in the provision of PC. Despite the advantages of PC in PHC, few patients with chronic diseases receive them correctly and with quality at this level of care. The barriers to its implementation can be grouped into: health policies and systems, and health professionals.

Discussion and Conclusions: The integration of PC in PHC seems to be a great challenge; however, it would be necessary to recognize and systematize the advances that have been made in this regard and the barriers that have been documented for its implementation.

Keywords: Palliative care, primary health care, chronic disease, review.

Resumo

Introdução: Diante do aumento da expectativa de vida e do aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, os cuidados paliativos (CP) surgem como uma necessidade emergente, os quais têm sido prestados principalmente em hospitais centrados nas grandes cidades, deixando desprotegidas a população marginalizada, que por isso tem sido sugerida a sua inclusão na Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivo: Explorar o papel da APS na AB na América Latina para identificar características, progresso e desafios em sua implementação.

Metodologia: Revisão narrativa exploratória nas bases de dados LILACS, MEDLINE por meio da ferramenta de busca PubMed e SciELO no período de 2015-2020. Foi realizada uma análise de conteúdo com o auxílio do software ATLAS.ti v9.

Resultados: 18 artigos foram analisados. Na América Latina há heterogeneidade na oferta de CP. Apesar das vantagens dos CP na APS, poucos pacientes com doenças crônicas os recebem corretamente e com qualidade neste nível de atenção. As barreiras à sua implementação podem ser agrupadas em: políticas e sistemas de saúde e profissionais de saúde.

Discussão e Conclusão: A integração dos CP nos CSP parece ser um grande desafio; no entanto, seria necessário reconhecer e sistematizar os avanços alcançados nesse sentido e as barreiras documentadas para sua implementação.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, atenção primária à saúde, doença crônica, revisão.

Introducción

Debido a los grandes cambios que México ha tenido en las últimas décadas, tanto económicos, sociales, culturales y ambientales, así como avances en el área médica, se han ido transformando las características del país y su perfil epidemiológico¹; la esperanza de vida de la población ha aumentado y se ha incrementado la

mortalidad a causa de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta².

En México se puede encontrar un gran porcentaje de población que padece estas enfermedades crónicas en fases avanzadas (cáncer, sida, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, entre otras), lo cual disminuye su calidad de vida y puede ser causa de sufrimiento, ya que además del dolor físico, también experimentan alteraciones psicológicas, como negación, ira, miedo y depresión³.

Ante esta situación surgen los cuidados paliativos (CP) como una necesidad emergente, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.

Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”⁴; además, menciona que los CP están reconocidos en el contexto del derecho humano a la salud y deben brindarse desde un enfoque integral y centrado en la persona. Se consideran como un apoyo para que los pacientes puedan vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte.

Hasta hace algunos años los CP se consideraban solo para las personas con cáncer cuyo pronóstico de vida fuera no mayor a seis meses⁵; sin embargo, recientemente han incluido otros padecimientos crónicos.

Los CP se han brindado principalmente en hospitales de segundo y tercer nivel, concentrados en grandes ciudades, excluyendo a poblaciones marginadas, con rezago educativo y económico, que podrían recibir estos cuidados si se brindaran en clínicas de primer nivel, por lo que el nuevo paradigma de los CP propone como eje central la Atención Primaria de Salud (APS)⁶.

A pesar de que la OMS ha impulsado el papel de la APS, ha existido una progresiva tecnificación de la medicina y la falsa promesa de que «todo puede ser curado» en el medio hospitalario o en los entornos especializados, lo cual ha relegado la figura del médico de cabecera y colocado a la APS en un papel secundario⁷.

Derivado de lo anterior, el objetivo de este estudio es explorar el papel de la APS en los cuidados paliativos en Iberoamérica, con el fin de identificar características, avances y retos en su implementación en la APS.

Metodología

Se realizó un estudio exploratorio a través de una revisión narrativa de la literatura basada en una búsqueda sistemática de información⁸, la cual se caracteriza por ser metódica, transparente y replicable⁹, y que recopila y sintetiza conocimientos teóricos, conclusiones o evidencias para proporcionar una visión general del alcance y la naturaleza de la evidencia existente en torno a una pregunta y un tema en particular¹⁰.

Esta revisión consideró los lineamientos de la metodología *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA)¹¹ y se utilizaron las bases de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), MEDLINE a través del motor de búsqueda PubMed y SciELO.

Los términos DeCS (descriptores en ciencias de la salud) utilizados para la búsqueda fueron “cuidados paliativos” y “atención primaria en salud”. Se filtró la búsqueda para solo artículos en español publicados en el periodo 2015-2020 arrojando 42 documentos: 17 en LILACS, 11 en PubMed y 14 en SciELO.

En la primera etapa se descartaron los artículos en otro idioma, los no disponibles, duplicados, cartas al editor, editoriales y tesis, quedando 24 artículos; posteriormente se descartaron los artículos cuyos títulos no se relacionaban directamente con el tema de interés, quedando 22 documentos; después se revisó el resumen de cada uno y se descartaron los que no se relacionaban con los CP y la APS, quedando 18 artículos; finalmente se analizó el texto completo y se observó que todos ellos tuvieron una relación directa con el tema de interés, por lo que los 18 fueron incluidos en el estudio (Figura 1). Dichos documentos estaban situados en el contexto iberoamericano.

Se llevó a cabo un análisis cualitativo de contenido¹² con apoyo del software ATLAS.ti versión 9. Las categorías de análisis se generaron de forma mixta (deductiva e inductiva) a partir de lo esperado (literatura consultada) y los datos emergentes que surgieron a partir de la lectura de los documentos.

Resultados

PSe incluyeron 18 artículos en el estudio. Las categorías generales que se presentarán son: Cuidados paliativos; CP en Iberoamérica; CP en Atención Primaria de Salud; Barreras de implementación y propuestas de mejora.

Cuidados paliativos

Además de la definición hecha por la OMS, los CP son descritos como aquellas intervenciones destinadas a disminuir el sufrimiento del paciente y su familia¹³ cuando la meta no es la curación, sino la calidad de vida o alto nivel de confort, disminuyendo el impacto de la enfermedad en el paciente y su familia¹⁴, pero sin el objetivo de alargar la supervivencia; es una atención integral, activa y continuada tanto para el paciente como para su familia¹⁵. Se destina a pacientes con enfermedades crónicas de diversos orígenes y se aplican en distintas etapas o estadios¹³, desde el diagnóstico hasta el desenlace¹⁵. Su uso en enfermedades no oncológicas es reciente¹³.

Estas intervenciones deben ser sistemáticas, flexibles e individualmente orientadas, tomando en consideración aspectos relacionados con el cuidado del paciente, como la alimentación, higiene, curaciones, posturas, administración de medicamentos y control de síntomas, en un ambiente cordial y respetuoso, y con un lenguaje claro, evitando palabras técnicas¹⁶.

Los CP brindan un soporte biopsicosocial^{17,18} a través de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos^{15,19}, incluye la gestión del dolor físico¹⁴, atención psicológica, social y existencial^{14,20-22}, así como apoyo emocional y espiritual^{14,15,18,20,21,23}. Todo ello en el marco de una muerte digna y del ejercicio de la libertad para tomar decisiones relacionadas al tratamiento o procedimientos para prolongar la vida¹⁴.

CP en Iberoamérica

A pesar de que ha habido un incremento en la disponibilidad de CP¹⁴, muchos pacientes mueren sin recibir estos cuidados¹⁷, el acceso a ellos todavía es insuficiente. En 2016 entre 20¹⁷ y 40 millones¹⁴ de personas en el mundo requerían CP y aproximadamente entre un 50% y 70% de pacientes con enfermedades no transmisibles en España y Estados Unidos no contaban con CP, siendo que junto con Reino Unido son

los países con mayor disponibilidad de programas e intervenciones de CP, lo cual se agrava en países en vías de desarrollo¹⁴.

En Latinoamérica existe una heterogeneidad respecto a los CP, Chile, Costa Rica (desarrollo de servicios multinivel) y Uruguay cuentan con una integración preliminar, mientras que Argentina no cuenta con una integración de estos al sistema de salud, y países como Brasil, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela muestran una provisión aislada de estos servicios. En América Latina se calculó que en 2016 solo entre el 5% y 10% de los pacientes con necesidades paliativas accedían a CP¹⁴.

El desarrollo de los CP en el mundo se relaciona con el avance de políticas que los integran en los sistemas de salud, esto es, que exista una oferta de dichos servicios, una asignación de recursos económicos, físicos y humanos para el acceso, cobertura, diseño, desarrollo y evaluación, así como el desarrollo de políticas de control y disponibilidad de medicamentos¹⁴.

Existe una heterogeneidad sobre la legislación de los CP en el mundo. Países como Brasil no han establecido una política nacional de salud dirigida a CP, no existe un sistema de apoyo para las familias, ni una definición de las responsabilidades en instancias de cuidado formal e informal¹⁸.

En España se tienen mecanismos legales para que las personas mayores de 18 años decidan anticipadamente sobre los CP, el tratamiento del dolor y sedación paliativa, y una vez llegada la muerte el destino de su cuerpo y órganos²¹.

En Colombia se reconoce el derecho a una atención integral para las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, el alivio del dolor a través del acceso y disponibilidad de opioides y con opción de desistir a procedimientos extraordinarios, sin embargo, esto no está articulado con un programa nacional de CP que se integre al sistema de seguridad social en salud¹⁴.

CP en Atención Primaria de Salud

Actualmente se reconoce y se hace énfasis en la inclusión de los CP en la APS, ya que favorece la construcción de un sistema que realice acciones para acoger a

pacientes paliativos, principalmente en áreas donde no existen centros especializados en CP o donde el soporte hospitalario es escaso¹⁸. El papel que juega la APS en los CP se ha vuelto cada vez más importante²⁰.

Se considera a la APS como la parte del sistema sanitario más cercana e involucrada con la sociedad, es la puerta de entrada al sistema de salud¹⁷ a la cual se le exige una atención más humanizada, comprensiva y solidaria²⁴. La atención domiciliaria es una de las actividades fundamentales de los equipos de CP en APS²⁴, cuyo objetivo es atender a la población imposibilitada de ir hasta la unidad y que necesite cuidados de menor complejidad¹⁷.

El ingreso en el hogar abarca el examen físico al enfermo y la exploración de su estado psicológico ante la enfermedad¹⁶. Los CP domiciliarios consideran una atención integral, continuada y personalizada para los pacientes y su familia brindada en el lugar donde residen, lo cual difícilmente se logra en las consultas externas de los hospitales²⁵.

Para muchos especialistas en medicina paliativa, y para los propios pacientes, lograr una muerte digna en el propio hogar es considerado como el “estándar de oro”^{20,25}, por lo que las discusiones se centran en cómo mantenerlos en sus domicilios y conocer los apoyos necesarios para conseguirlo²⁵.

Para que esto se lleva a cabo se necesita un equipo multidisciplinario, las 24 horas del día, con la formación y experiencia necesarios para atender y resolver problemas de los enfermos²⁵. Estos cuidados domiciliarios, que la OMS promueve para la gestión eficaz del dolor y otros síntomas²⁴, no elimina la dependencia de los cuidadores informales, ya que sin ellos sería prácticamente imposible morir en casa²³.

Algunas ventajas de los CP domiciliarios son: mantenimiento del rol social y familiar, interacción del paciente con su familia, disminución de alteraciones al ritmo familiar, hay menos costos económicos, no se someten a horarios y regímenes hospitalarios, conservan su intimidad en un medio que les es conocido (sus pertenencias, sus recuerdos, sus esperanzas), mejora la calidad de vida²³ y les ofrece una mayor oportunidad de despedirse²⁵. Mientras que para el sistema de salud hay una reducción de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, y un menor costo sanitario, ya

que el costo total de los muertos en hospital es casi el doble que el de los que fallecen en su casa²³, por lo que existe la posibilidad de aumentar la cobertura asistencial²⁵. Por el contrario, también se cuestiona que, en las visitas domiciliarias realizadas por el personal de salud al hogar de paciente, existe una invasión a la privacidad¹⁸.

Dentro de la APS también se pueden encontrar los CP proporcionados en residencias de ancianos o centros gerontológicos, los cuales se consideran una alternativa al cuidado domiciliario y a la hospitalización²⁶; esta modalidad sigue teniendo renuencia porque existe un sentimiento de culpa por parte de los familiares por el hecho de dejar a la persona mayor en ese lugar, aunque tenga buenos tratos y esté bien atendida²⁶.

Es sabido que muchos pacientes mueren sin recibir CP, por lo que es importante que estos cuidados estén disponibles lo más próximo posible al paciente, es decir, en la APS¹⁷, y es que, a pesar de las ventajas de los CP en la APS, pocos pacientes con enfermedades crónicas los reciben correctamente y con calidad en este nivel de atención²⁰.

Barreras de implementación y propuestas de mejora

A pesar de los beneficios que tienen los CP en la APS, pocos pacientes paliativos los reciben de manera adecuada en este nivel de atención²⁰. Las barreras para su implementación se pueden agrupar en: políticas y sistemas de salud, y profesionales de la salud.

Dentro del primer grupo se destaca la falta de políticas y programas dirigidos a CP^{14,18}; falta de servicios o equipos de CP¹⁸, así como de recursos materiales^{22,26,27} y medicamentos^{14,22}, hay una infrautilización de opiáceos^{17,28}, limitado acceso a los servicios (más evidente en zonas rurales o de mayor dispersión geográfica)^{18,22,27}, además de falta de organización y tratamientos deficientes^{18,22,24}, horarios restringidos^{17,22} y problemas en la articulación entre niveles de atención^{17,26}.

Por su parte, los profesionales de la salud tienen sobrecarga de trabajo^{22,26}, no tienen tiempo para atender las demandas de los pacientes paliativos^{22,24}, además de que no tienen la formación ni están capacitados en CP^{26,28}, por lo que tienen pocas habilidades de comunicación y dificultad para brindar apoyo emocional^{13,18};

presentan problemas éticos^{18,22}, no respetan la planificación anticipada de decisiones ni la autonomía del paciente^{14,18}; además de la falta de comunicación y colaboración entre los equipos de trabajo, tanto en la APS, como en los demás niveles de atención^{18,22,26} (Cuadro 1).

Ante estas barreras surgen algunas propuestas de mejora para lograr la implementación de los CP en la APS, tales como desarrollar políticas que universalicen los CP, capacitación y entrenamiento al equipo de salud sobre CP, evaluar los servicios e intervenciones, entre otras (Cuadro 2).

Discusión

La necesidad de integración de los CP a la APS es un hecho innegable. El aumento en la esperanza de vida con su consecuente envejecimiento de la población, así como el incremento de enfermedades crónicas constituyen un nuevo reto para los sistemas de salud²⁹.

Esta situación ha propiciado un cambio de enfoque en los CP, que inicialmente estaban destinados a personas con cáncer y proporcionados en servicios especializados y que actualmente se están ampliando a otras enfermedades crónicas y mirando hacia su implementación en la atención primaria³⁰.

Ante esto, la demanda de CP se ha incrementado, no así el acceso a los mismos¹⁴; en el 2015 se identificó al doble la necesidad de CP para enfermedades crónicas, pero la cobertura para estas fue del 16%, mientras que para pacientes oncológicos fue del 33%²⁴, es decir, existe una dificultad de acceso a los servicios de referencia para pacientes no oncológicos, ya que tradicionalmente los CP eran dirigidos a pacientes con cáncer^{20,22}.

Aunque se han documentado ventajas acerca de los beneficios al sistema de salud (menor costo sanitario por hospitalización)^{31,23}, como para las personas que los requieren (la mayoría de estos prefiere morir en casa)^{14,21,23}, los CP en APS en Iberoamérica enfrentan muchas barreras para su implementación, la mayoría de ellas de índole estructural, como la falta de políticas nacionales, servicios, equipo, medicamento, escasez de recurso, personal poco capacitado, y falta de coordinación,

colaboración y comunicación entre equipos de atención primaria^{18,22,26} y la desarticulación entre niveles de atención^{17,26}.

Los profesionales de la salud carecen de formación y capacitación en CP^{26,28}, lo cual es indispensable para la integración del enfoque de CP, ya que ello influye de manera positiva en el asesoramiento y apoyo a personas en procesos de fin de vida^{32,33}.

Esta falta de formación y capacitación ocasiona que algunos profesionales violen algunos principios éticos, como la autonomía de la persona enferma y su libre elección de decidir su tratamiento terapéutico^{18,22}.

La medicina especializada y basada en la atención hospitalaria sigue teniendo un papel preponderante en el sistema de salud y sus orígenes se remontan al informe Flexner (1910), el cual hacía hincapié en el entrenamiento práctico de la educación médica en hospitales, por lo que la educación viró hacia la medicina especializada, permeando así la idea de que era la mejor práctica médica³⁴, lo cual ha influido al desprestigio de la medicina general y ha contribuido a que el Estado no dé prioridad al fortalecimiento de la APS.

El modelo actual de servicios paliativos sigue fomentando la percepción de que la atención paliativa solo se proporciona en el segundo y tercer nivel de atención, o en los Institutos Nacionales de Salud⁶; sin embargo, los CP pueden ser desarrollados en un ambiente ambulatorio y en el propio domicilio de la persona enferma donde se pueden manejar síntomas físicos, pero también se le brinda apoyo, asesoría y acompañamiento psicoafectivo, espiritual y social tanto para la persona como para la familia³¹.

Conclusiones

El nivel primario juega un papel importante en la atención de enfermos que requieren CP, ya que se pueden realizar acciones en zonas geográficas donde no existen centros especializados en CP o donde el soporte hospitalario es escaso, y es que esta atención se ha focalizado en algunos sectores de las grandes ciudades, dejando progresivamente fuera a poblaciones con mayor grado de marginación, rezago

educativo y económico.

En México, a pesar de que se tiene políticas sobre CP, también se observan barreras estructurales similares a las encontradas en los documentos analizados, a la cual se le suma la provisión diferenciada de los servicios en salud. En el país se tiene un sistema de salud fragmentado, existen diversas instituciones que prestan servicios de salud a determinada población, por lo que los servicios, la organización y la atención no están homologados.

Otro problema que afecta la implementación de los CP en APS es la deficiente articulación entre los niveles de atención a la salud, que también se observa en México, lo cual ocasiona que la persona paliativa no tenga una atención integral y continua. Esto se relaciona con la escasa habilidad de comunicación entre profesionales de la salud en los diferentes puntos de la Red de Atención a la Salud, inclusive dentro del nivel primario.

La integración de los CP en la APS parece ser un gran reto; sin embargo, habría que reconocer y sistematizar los avances que se han realizado al respecto y las barreras que se han documentado para su implementación.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo ofrecido en forma de beca de doctorado, otorgada desde septiembre de 2020 y que concluirá en agosto de 2023.

Referencias

1. Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L, Pahua-Díaz D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Rev la Fac Med [Internet]. 2016;59(6):8-22. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600008

2. Consejo de Salubridad General. Manejo integral de cuidados paliativos. 2017.

3. González C, Méndez J, Romero JI, Bustamante J, Castro R, Jiménez M. Cuidados paliativos en México. *Rev Med Hosp Gen Méx.* [Internet] 2012;75(3):173-179. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-cuidados-paliativos-mexico-X0185106312562525>
4. OMS. Cuidados paliativos [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Martínez García MM, Álvarez Díaz JAl. Incorporación de los Cuidados Paliativos a la Legislación Mexicana de Salud. *Rev CONAMED Derechos humanos y salud.* 2016;21:205-10.
6. Guevara-López UM. Cuidados paliativos integrales, integrados, sistémicos en la atención primaria a la salud. *Rev. mex. anestesiología.* [Internet]. 2019 ; 42(4): 245-246. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032019000400245&lng=es.
7. Gómez-Batiste X., Blay C., Roca .J, Fontanals D., (eds.). Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. Elsevier España, editor. BMC Palliative Care. Elsevier España, S.L.U.; 2015. 241 p.
8. Aguilera-Eguía R. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2014; 21(6):359-360. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600010&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>.
9. Siddaway AP., Wood AM., Hedges LV. How to Do a Systematic Review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses. *Annu Rev Psychol.* [Internet] 2019 Jan 4;70:747-770. Available from: doi: 10.1146/annurev-psych-010418-102803.
10. Snyder H. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *J Bus Res* [Internet]. 2019;104(March):333-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
11. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med.* [Internet] 2009 Jul 21;6(7):e1000100. Available from: doi: 10.1371/journal.pmed.1000100.
12. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas.* [Internet] 2003;II:53-82. Available from: <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/1003>

13. Gálvez Ramírez B, Samaniego Ruiz M, Cambil Martín J. Caso relacionado con el proceso asistencial integrado cuidados paliativos en atención primaria de salud. *Rev Eugenio Espejo* [Internet]. 2017;11(2):65-74. Available from: <http://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/29/31%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8cvd8>
14. Rozo-Gutiérrez N. El transitar de la muerte: cuidado paliativo ¿utopía o realidad? *Rev Med UNAB* [Internet]. 2016;19(1):46-55. Available from: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/download/2170/2225>
15. Espinoza-Suárez NR., Palacios-García J., Morante-Osores M del R. Cuidados paliativos en la enfermedad de Huntington: perspectivas desde la atención primaria de salud. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, [Internet] 2016; 79(4):230-238. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v79i4.2977>
16. Rizo-Vázquez AC., Molina LM., Milián-Melero NC., Pagán-Mascaró PE., Machado-García J. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Rev Cuba Med Gen Integr.* [Internet] 2017;32(3):1-13. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n3/mgi07316.pdf>
17. Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Perspectivas para los cuidados paliativos en la atención primaria a la salud: estudio descriptivo. *Online Brazilian J Nurs* [Internet]. 2016;15(4):683-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5370>
18. Souza HL de, Zoboli ELCP, Paz CR de P, Schveitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos en la atención primaria de la salud: consideraciones éticas. *Rev Bioética* [Internet]. 2015;23(2):355-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200349&lng=pt&tlng=pt
19. Sánchez-Holgado J, Gonzalez-Gonzalez J, Torijano-Casalengua ML. Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. *Semergen* [Internet]. 2016;42(1):19-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.10.013>
20. Azevedo C, Dias Reis Pessalacia J, Ferreira da Mata LR, Zoboli ELCP, Pereira M da G. Las interfaces entre apoyo social, calidad de vida y depresión en usuarios elegibles para cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem* [Internet] 2017;5 e03245. 1-8. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/es_1980-220X-reeusp-51-e03245.pdf
21. Ortiz-Gonçalves B, Albarrán Juan E, Labajo González E, Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. *Gac Sanit* [Internet]. 2018; 32(4): 333-338. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000400333&lng=es.

22. Saito DYTS, Zoboli ELCP. Los Cuidados paliativos y la atención primaria de salud: scoping review. *Rev Bioética* [Internet]. 2015;23(3):593-607. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300593&lng=pt&tlng=pt

23. Nuño-Solinís R, Herrera Molina E, Librada Flores S, Orueta Mendía JF, Cabrera-León A. Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi. *Gac Sanit* [Internet]. 2017;31(6):524-530. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000600014&lng=es.

24. Ferraz-Falcao JR., Cadaval-Rodríguez T., Rodríguez-Iglesia RM., del Campo-Pérez VM. Necesidad de cuidados paliativos en la población inmovilizada de un centro de salud de Vigo. *Semergen* [Internet]. 2015;41(6):305-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.017>

25. Garrido-Angarica RA., García-Guanche L., Ordaz-Hernández N. Nivel de conocimientos de las enfermeras y el médico de la familia sobre la visita al hogar y los cuidados paliativos domiciliarios. *Cult del Cuid.* [Internet] 2017;14(2):58-68. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-987679>

26. Sánchez-García MR., Moreno-Rodríguez M., Hueso-Montoro C., Campos-Calderón C., Varella-Safont A., Montoya-Juárez R. Dificultades y factores favorables para la atención al final de la vida en residencias de ancianos: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria* [Internet]. 2017;49(5):278-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.004>

27. Ruiz-Fernández MD., Ortega-Galán AM., Cabrera-Troya J., Ibáñez-Masero O., Carmona-Rega MI., Relinque-Medina F., et al. Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. *Enfermería Univ.* [Internet] 2017;14(1):10-8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706316300677>

28. Larrañaga I., Millas .J, Soto-Gordoa M., Arrospide A., San Vicente R., Irizar M., et al. Impacto de la identificación de pacientes en un programa de cuidados paliativos del País Vasco. *Aten Primaria.* [Internet] 2019;51(2):80-90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.017>

29. Málaga G. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* [Internet] 2014;31(1):6-8. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2014.v31n1/06-08/es>

30. Santos-Junior AG., Santos FR., Pessalacia JDR. Desafios para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. Rev Enfergem. [Internet] 2016;10(7):2708-19. Aavailable from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i7a11332p2708-2719-2016>

31. Navarro-Hernández M. Cuidados paliativos en el Primer Nivel de Atención. Aten Fam. 2017;24(3):95-6.

32. Cabañero-Martínez MJ. Desigualdades en la formación básica en cuidados paliativos. 2019;26(1):87-9.

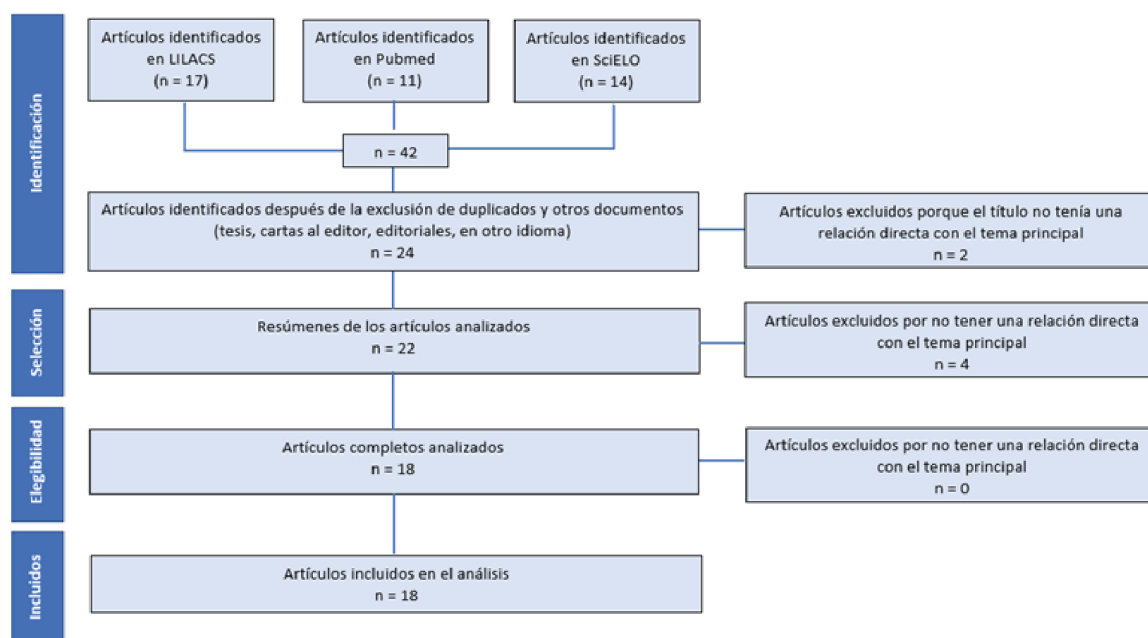
33. Schmidt-Riovalle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon CP, Garcia-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. 2012;19(3):113-20.

34. López-Cervantes M, Luis J, Arenas D, Lozano V, Chávez I. La necesidad de transformar el sistema de salud en México I ntroducción. Gac Med Mex. 2011;469-74.

Anexos

Figura 1

Diagrama de identificación y selección de los artículos incluidos en el análisis



Fuente: Basado en Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group, 2009⁹.

Cuadro 1

Barreras para la implementación de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud

Grupo	Barrera
Políticas y sistemas de salud	Falta de política nacional y programas dirigidos a proporcionar y regular los CP. Falta de apoyo a las familias de pacientes paliativos. Falta de servicios o equipos de CP. Inseguridad en algunas zonas por lo que no pueden brindar servicio en la noche. Falta de acceso a medicamentos para el dolor. Infrautilización de opiáceos. Escasez de recursos, tanto materiales como de personal (más evidente en zonas rurales o de mayor dispersión geográfica). Falta de disponibilidad de recursos tecnológicos. Carencia de recursos para la realización de las visitas domiciliarias. Hay un “abandono sanitario”, falta de organización y tratamientos deficientes. Existe una demora y escasez de recursos asistenciales. Problemas estructurales y organizativos, de acceso (principalmente en zonas rurales o de mayor dispersión geográfica), de gestión y asistenciales. Por ejemplo, el gran papeleo administrativo para solicitar cuidados domiciliarios, que a veces se autoriza ya cuando el paciente ha muerto. Horarios de funcionamiento de la APS limitados. Problemas en la articulación entre niveles de atención (primario y secundario). Ausencia de soporte institucional para el manejo de los problemas éticos.
Profesionales de la salud	Inadecuada atención biopsicosocial para el paciente y su familia. Falta de asesoramiento y dificultad para brindar apoyo emocional a pacientes, familiares y cuidadores. Falta de tiempo para escuchar y acompañar al paciente. Deficiente comunicación y habilidades para lidiar con la familia y el paciente. Sobrecarga de trabajo, ya que además de las consultas domiciliarias deben cumplir con la burocracia diaria. Falta de coordinación con otros profesionales, en la misma APS (discrepancias entre médicos y enfermeros) y con otros niveles (discrepancias de prescripciones y saberes de médicos de hospital y de APS). Escasa colaboración entre los equipos, creando dificultades en el trabajo y la práctica interprofesional. Falta de respeto interprofesional, mala relación entre los miembros del equipo multiprofesional. Escaso interés y poca disponibilidad para trabajar después del horario de atención. Falta de conocimientos y formación en CP. Escasa identificación de pacientes paliativos en APS. Imprecisiones sobre el establecimiento de pronóstico de vida y emitir el dictamen. Ausencia de espacios para discutir las vivencias en la atención a los pacientes paliativos. Mayor proximidad y vínculo más intenso con los usuarios y familiares, lo que ocasiona dificultades para mantener la imparcialidad en las relaciones clínicas. Dificultad para acatar las decisiones de los familiares o pacientes cuando estas se oponen a la realización de medidas terapéuticas orientadas a mantener la vida. Violación del principio de autonomía.

CP: Cuidados paliativos

APS: Atención primaria de salud

Fuente: Elaboración propia basada en la revisión exploratoria en el periodo 2015-2020.

Cuadro 2

Propuestas de mejora para la implementación de cuidados paliativos en la atención primaria de salud

Propuestas de mejora
• Desarrollar políticas integrativas hacia la salud universal en cuidados paliativos. • Mayor inversión en atención primaria en salud. • Desarrollar planes de cuidado adecuados a cada paciente y su familia. • Adaptar los servicios sanitarios asistenciales a las características específicas de los enfermos. • Evitar las dificultades de acceso a los recursos y en la asistencia prestada. • Desarrollar modelos de atención al final de la vida en el nivel comunitario. • Mayor atención extrahospitalaria que permita menor consumo de recursos. • Capacitación, instrucción, asesoría y entrenamiento de todo el equipo de salud sobre cuidados paliativos para la atención integral del enfermo. • Que el profesional tenga una guía que facilite el conocimiento sobre los cuidados que requerirá tanto el paciente como la familia. • Mejorar las habilidades de comunicación interpersonal, interprofesional y entre los diferentes niveles de los servicios. • Crear una cultura colaborativa y un mejor diálogo entre profesionales. • Reforzar el equipo multi e interdisciplinario. Realizar reuniones multidisciplinarias regulares. • Rescatar las Red de Atención a la Salud para la provisión de atención continua, integral, de calidad, responsable y humanizada. • Promover los CP en residencias de ancianos. • Evaluar los servicios e intervenciones. Aplicar cuestionarios de satisfacción a pacientes y familiares para saber los aspectos que deben mejorarse. • Construcción y validación de nuevos instrumentos para la identificación de pacientes paliativos. • Hacer uso del registro de voluntades anticipadas. • Usar las Tecnologías de la Información y la Comunicación para la creación de un expediente del paciente, envío de recetas electrónicas, recordatorio de toma de medicamentos. • Emplear la Telemedicina para prestación remota de servicios médicos y asistenciales ante los problemas de acceso a dichos servicios.

CP: Cuidados paliativos

Fuente: Elaboración propia basada en la revisión exploratoria en el periodo 2015-2020.