

ISSN: 2954-4459



Revista Salud y Cuidado

Volumen 4

Número

4

**octubre - diciembre
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

El conocimiento tradicional de la población envejecida en México	
The traditional knowledge of the aging population in Mexico	
O conhecimento tradicional do envelhecimento da população no México	
Sergio Moctezuma Pérez	1

Artículos Originales Resultados de Investigación

Diferencia de adherencia terapéutica del adulto mayor que vive con diabetes mellitus por género	
Difference in adherence to treatment among older adults living with diabetes mellitus by gender	
Diferença na adesão ao tratamento entre adultos mais velhos que vivem com diabetes mellitus por gênero	
Alejandra Ramírez Gómez, Gabriela Maldonado Muñiz, Ariana Maya Sánchez	5
Trayectorias de envejecimiento	
Aging trajectories	
Trajetórias de envelhecimento	
Moisés García Rosete, Enid Asvany Guzmán Caballero, Helí Jesset Álvarez Hernández, Juan Jaime Guerrero Díaz Del Castillo, Diana Ivonne Rodríguez Saldívar	17
Intervención educativa de enfermería para la prevención de cáncer de mama en una comunidad	
Nursing educational intervention for the prevention of breast cancer in a community	
Intervenção educativa de enfermagem para prevenção do câncer de mama em uma comunidade	
Jacqueline Felipe Vázquez, Liliana Ines Benhumea Jaramillo, Jessica Belen Rojas Espinoza	35

Artículos de Revisión y Relatos de Experiencia

Escenarios y situaciones de racismo y clasismo durante el cuidado de enfermería: Una revisión de la literatura

Scenarios and situations of racism and classism in Nursing care: A literature review

Cenários e situações de racismo e classismo durante a assistência de enfermagem: Uma revisão da literatura

Erika Lozada Perezmitre, Erick Landeros Olvera,

Rosa María Galicia Aguilar, Charlene Esteban Ronquillo **49**

El conocimiento tradicional de la población envejecida en México

The traditional knowledge of the aging population in Mexico

O conhecimento tradicional do envelhecimento da população no México

Sergio Moctezuma Pérez¹
<http://orcid.org/0000-0002-0545-4218>

¹ Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales, Universidad Autónoma del Estado de México. Estado de México. México

Correo electrónico:

smoctezumap@uaemex.mx

En México, la población adulta mayor asciende a 15'142,976 personas de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía¹. Esta población representa el 12.01 % del total nacional. Alcanzar la edad de 60 años y más no es cuestión sencilla.

Todos los seres humanos que están en este grupo etario han tenido que vivir diversas condiciones sociales, económicas, políticas y demás.

Sin embargo, al llegar a esa edad, las personas envejecidas no están exentas de sufrir algún tipo de rechazo social que se origina en los prejuicios, estigmas y ciertos valores que posee parte de la sociedad.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre discriminación 2022², la población de 60 años y más percibe que las personas se desesperan fácilmente al convivir con ellos, que su experiencia es poco valorada por sus familiares y son una carga para sus familias.

ISSN: 2954-4459

Durante la realización de esta encuesta, la población envejecida reconoció que sus principales problemáticas son: 1) insuficiente pensión para cubrir sus necesidades, 2) falta de oportunidades para encontrar trabajo, 3) carecer de una pensión o jubilación, 4) maltrato o abandono, 5) dependencia económica hacia sus familiares y, 6) carecer de acceso a servicios de salud.

Para resolver las problemáticas que aquejan a este grupo etario se necesita una participación integral de la sociedad y el Estado. En lo que respecta a la sociedad, mediante un cambio actitudinal y de valores hacia el resto de la población, no sólo la envejecida. Por su parte el Estado debe contribuir con el diseño de estrategias, planes y programas eficientes orientados a la eliminación de desigualdades y que coadyuven al acceso de oportunidades, lo anterior, no es una tarea sencilla, pero tampoco es imposible. Mientras que los y las profesionales de la salud como parte de la sociedad pueden aportar un grano de arena con acciones muy específicas.

En primer lugar, deben reconocer que la población de 60 años y más posee un cúmulo de conocimientos sobre la triada salud, enfermedad y atención. ¿Cuántos de nosotros hemos sido atendidos y curados por alguna “abuelita” que sólo con mirarnos y palmarnos sabía de qué habíamos enfermado? Un ejemplo de esta sabiduría sería los grupos étnicos de México quienes reconocen hasta 5,000 plantas con propiedades medicinales. Por ello, es altamente probable que nuestra población envejecida conozca remedios caseros a base de plantas y sepa utilizarlas en diferentes preparaciones, como resultado de nuestro pasado rural, campesino o indígena.

En la actualidad, cerca del 60 % de la población de Latinoamérica vive en ciudades, aun cuando el conocimiento de la medicina tradicional no es privativo de los entornos rurales, es un hecho que, la relación entre los procesos de modernización en los entornos rurales y periurbanos trastocan diversas prácticas y conocimientos que han mantenido las sociedades a través de sus generaciones, así es necesario reconocer, respetar y mantener vigente el conocimiento de la población mayor de 60 años y más sobre la medicina tradicional, también ayuda a preservar la biodiversidad de especies vegetales y animales que hace de México un territorio megadiverso.

En segundo lugar, las prácticas que llevan a cabo las personas envejecidas, en especial, aquellas que están íntimamente relacionadas con el cuidado de su salud,

deben ser consideradas, como los baños a base de hierbas, los masajes para curar del empacho, así como ciertos rituales para curar sustos y mal de ojo existen porque han probado su eficacia.

Además, son el resultado de siglos de experimentación; también, conviene recordar que estas prácticas curativas perviven por el distanciamiento geográfico y económico con los centros de salud, contexto donde no es posible erradicar prácticas ancestrales cuando tampoco es posible alcanzar una cobertura universal de salud.

Por supuesto, pueden existir prácticas que sean incompatibles con el proceder aprendido por los y las profesionales de la salud en las aulas y clínicas; sin embargo, ese personal debe interiorizar su papel como traductor cultural de la salud, esto es, una persona capacitada para asimilar un conocimiento y una práctica ajena a la medicina moderna e interpretarla bajo sus cánones científicos.

En una época en donde existen múltiples plataformas comunicativas y de entretenimiento, ¿por qué valoramos lo que piensa, dice y hace un influencer y, desvalorizamos y desacreditamos el conocimiento que posee nuestra población envejecida y rechazamos su transmisión?

En tercer y último lugar, se deben comprender que las creencias de población envejecida sobre el origen de ciertas enfermedades, así como de sus posibles tratamientos, son herencia de sociedades prehispánicas que orientan el comportamiento, alimentación de una mujer embarazada, lactante, un recién nacido, alguien que va a ser operado o, se encuentra en una situación postoperatoria. Todas las creencias nos atan a un pasado y refuerzan nuestra identidad local, étnica o de clase social.

Los conocimientos, prácticas y creencias forman la base de la investigación bajo un enfoque antropológico; sin embargo, como se ha visto en esta reflexión, la triada conceptual también es base para comprender el papel que juega la experiencia de nuestra población adulta mayor de 60 años. En el caso de los y las profesionistas de las ciencias sociales, nos toca preservar y difundir los conocimientos, las prácticas y creencias de los diferentes grupos etarios. Sin embargo, para los y las profesionistas de la salud, su papel es respetarlos en pro de la construcción de una atención bajo un enfoque intercultural.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda INEGI, [Internet] 2020 Available from: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#tabulados>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) INEGI [Internet] 2022. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2022/doc/enadis2022_resultados.pdf

Diferencia de adherencia terapéutica del adulto mayor que vive con diabetes mellitus por género

Difference in adherence to treatment among older adults living with diabetes mellitus by gender

Diferença na adesão ao tratamento entre adultos mais velhos que vivem com diabetes mellitus por gênero

Alejandra Ramírez Gómez¹
<http://orcid.org/0009-0002-0745-0234>

Gabriela Maldonado Muñiz¹
<http://orcid.org/0000-0002-4967-1812>

Ariana Maya Sánchez¹
<http://orcid.org/0000-0002-6479-2524>

¹Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior Tlahuelilpan. Hidalgo. México.

Autor de Correspondencia:

Gabriela Maldonado-Muñiz

Correo electrónico:

gmaldonado@uaeh.edu.mx

Recibido: 26 octubre 2023

Aceptado: 24 noviembre 2023

Publicado: 20 diciembre 2023

Resumen

Introducción: La adherencia terapéutica es fundamental para el cumplimiento de los objetivos del tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2, para el adulto mayor que vive con diabetes puede ser un reto de acuerdo con los factores personales.

Objetivo: Determinar la diferencia en la adherencia terapéutica de los adultos mayores que viven con Diabetes por género.

Metodología: Estudio cuantitativo, correlacional, transversal: se incluyó a personas mayores de 60 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, usuarias del Centro de Salud de Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, México; mediante entrevista se aplicó la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) con una confiabilidad de .90 α -Cronbach, cuenta con tres dimensiones: control de ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia.

ISSN: 2954-4459

Resultados: $n=123$, media de edad de 68.35 ± 6.7 años, 52% del género femenino, el nivel de adherencia fue 50.4% moderada (27 hombres y 35 mujeres), 46.3% alta (29 hombres y 28 mujeres) y 4 ligera (3 hombres y 1 mujer). La autoeficacia es la dimensión en la que muestra diferencia significativa entre hombres y mujeres.

Discusión y Conclusiones: La adherencia terapéutica es moderada en los adultos mayores que viven con Diabetes Mellitus tipo 2. La autoeficacia es mayor en los hombres que en las mujeres.

Palabras clave: Cumplimiento o adherencia al tratamiento, anciano, diabetes mellitus tipo 2, autoeficacia, promoción a la salud.

Abstract

Introduction: Therapeutic adherence is fundamental for the fulfillment of the objectives of the treatment of Type 2 Diabetes Mellitus, for the older adult living with diabetes it can be a challenge according to personal factors.

Objective: To determine the difference in therapeutic adherence of older adults living with diabetes by gender.

Methodology: Quantitative, correlational, cross-sectional study: people over 60 years of age, with a diagnosis of Diabetes Mellitus type 2, users of the Health Center of Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, Mexico were included; the Therapeutic Adherence Scale (EAT) with a reliability of .90 α -Cronbach, with three dimensions: control of medication and food intake, behavioral medical follow-up and self-efficacy, was applied by means of an interview.

Results: $n=123$, mean age 68.35 ± 6.7 years, 52% female, the level of adherence was 50.4% moderate (27 men and 35 women), 46.3% high (29 men and 28 women) and 4 light (3 men and 1 woman). Self-efficacy is the dimension in which it shows significant difference between men and women.

Discussion and Conclusions: Therapeutic adherence is moderate in older adults living with type 2 Diabetes Mellitus. Self-efficacy is higher in men than in women.

Keywords: Compliance and adherence to treatment, elderly, type 2 diabetes mellitus, self-efficacy, health promotion.

Resumo

Introdução: A adesão ao tratamento é fundamental para atingir as metas do tratamento do diabetes mellitus tipo 2 e, para os idosos que vivem com diabetes, pode ser um desafio, dependendo de fatores pessoais.

Objetivo: Determinar a diferença na adesão ao tratamento entre adultos mais velhos que vivem com diabetes, de acordo com o gênero.

Metodologia: Estudo quantitativo, correlacional, transversal: foram incluídas pessoas com mais de 60 anos de idade com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, usuários do Centro de Saúde Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, México; a Escala de Adesão Terapêutica (TAS) com confiabilidade de 0,90 α -Cronbach, com três dimensões: controle da medicação e da ingestão de alimentos, acompanhamento do comportamento médico e autoeficácia, foi administrada por meio de uma entrevista.

Resultados: $n=123$, idade média de $68,35 \pm 6,7$ anos, 52% do sexo feminino, o nível de adesão foi de 50,4% moderado (27 homens e 35 mulheres), 46,3% alto (29 homens e 28 mulheres) e 4 leves (3 homens e 1 mulher). A autoeficácia é a dimensão que apresenta diferença significativa entre homens e mulheres.

Discussão e Conclusão: A adesão terapêutica é moderada em adultos mais velhos que vivem com diabetes mellitus tipo 2. A autoeficácia é maior nos homens do que nas mulheres.

Palavras-chave: Adesão e adesão ao tratamento, idosos, diabetes mellitus tipo 2, autoeficácia, promoção da saúde.

Introducción

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica grave que afecta a 14 millones de personas entre 19 y 79 años en México, caracterizada por hiperglicemia, resultado de la incapacidad de las células beta pancreáticas para satisfacer la demanda; las causas no se conocen del todo, pero existe una estrecha relación con el sobrepeso y la obesidad, el aumento de la edad, el origen étnico y los antecedentes familiares, incluyen factores poligénicos y ambientales.

El tratamiento suele comenzar con metformina, si un solo antidiabético no es suficiente se combina con sulfonilureas, inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 [DPP-4], análogos de péptido similar al glucagón tipo 1 [GLP-1] e inhibidores del

cotransportador sódico y glucosa tipo 2 (SGLT2), puede ser necesarias inyecciones de insulina para controlar la hiperglucemia a los niveles recomendados^{1,2}.

En la Diabetes Mellitus, “una mala adherencia se traduce en un aumento de morbilidad y de costes económicos, siendo de difícil detección y, en consecuencia, de difícil solución”³. En México 14.1 millones de personas sufren diabetes¹, las causas más comunes de la ineficacia del tratamiento son la ausencia de programas que empoderen al paciente en la adopción de un estilo de vida saludable, la inercia terapéutica, la depresión y la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, definida como el grado en el que el comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones realizadas por un profesional de la salud⁴.

La adherencia terapéutica es medida como parte del seguimiento de la persona que vive con diabetes², debe contemplarse como un fenómeno complejo y dinámico, dependiente de muchas variables y susceptible de cambiar con el paso del tiempo⁵; por otra parte, los efectos de la vejez como el deterioro cognitivo puede ser un elemento no intencional que afecte la adherencia, aunque los factores sociales podrían favorecerla.

Según Pender, la enfermera puede ayudar a modificar comportamientos poco saludables, su capacidad para cambiar dependerá de sus creencias sobre su enfermedad, de la gravedad de ésta y de su autoeficacia⁶.

La autoeficacia es una herramienta de refuerzo del autocuidado para alcanzar metas de hábitos saludables, favoreciendo el proceso de envejecimiento saludable y una mejor percepción de la calidad de vida⁷. También es percibida es la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta, aumenta la probabilidad de compromiso con la acción y la materialización real de la conducta^{8,9}.

El objetivo fue determinar la diferencia del nivel de adherencia terapéutica de los adultos mayores que viven con Diabetes Mellitus Tipo 2 por género.

Metodología

Investigación con enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, con diseño no experimental, transversal; realizada en la comunidad de Mixquiahuala de Juárez,

Municipio del Estado de Hidalgo en México; muestreo no probabilístico; se incluyó a personas mayores de 60 años, con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus.

Mediante entrevista se aplicó la Escala de Adherencia Terapéutica, con 21 ítems ponderados de la siguiente manera: nunca=1, Raramente=2, Ocasionalmente=3, Frecuentemente=4 y muy frecuentemente=5; se calificó con alta adherencia de 110 a 74 puntos, como moderada de 73 a 37 y como ligera de 36 a 0 puntos, con una confiabilidad de 0.919 Alpha de Cronbach, identificándose tres dimensiones: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico conductual y Autoeficacia,⁽¹⁰⁾ se realizó un análisis en la base de datos en IBM SPSS Statistics para Windows.

Para el cumplimiento de los aspectos éticos, a los participantes del estudio se les proporcionó el consentimiento informado, donde cada participante aceptó voluntariamente contestar los ítems de la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki. Investigación sustentada en Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta investigación es sin riesgo.

Resultados

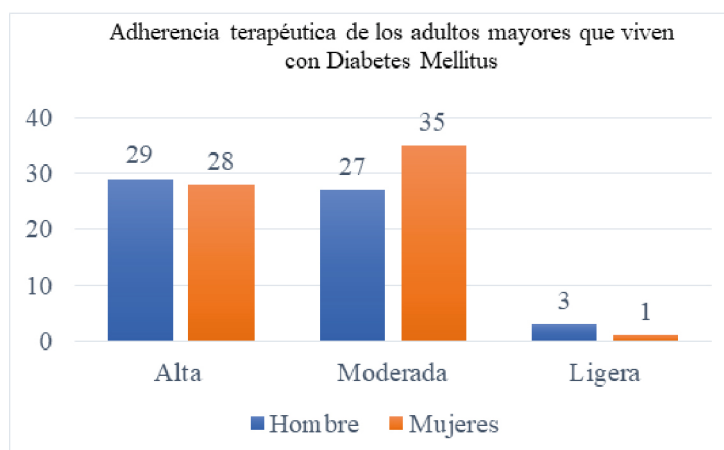
La muestra estuvo conformada por 123 adultos mayores que viven con diabetes, la edad mínima fue de 60 y la máxima de 88, media de 68.35 ± 6.7 años, reportando que el 69.1% de la población tenían de 60 a 70 años, 52% (n=64) eran del género femenino y 48% (n=59) masculino. 49.6% (n=61) tenían de 1 a 10 años viviendo con la enfermedad, 30.1% (n=37) de 11 a 20 años con su enfermedad, 15.4% (n=19) 21 a 30 años y 4.9% (n=6) llevaban más de 31 años conviviendo con la enfermedad, 58.5% (n=72) no padecían ninguna otra enfermedad, mientras que 41.5% (n=51) presentaban comorbilidades.

En términos de grado escolar los adultos mayores cursaron, primaria 61.8% (n=76), seguido de secundaria con un 20.3% (n=25), sin estudio con 13% (n=16), preparatoria con 3.3% (n=4) y finalmente universidad con 1.6% (n=2). 36.6% (n=45) de adultos mayores vivían con su esposo (a) e hijos, 27.6% (n=34) con sus hijos solamente, 22% (n=27) con su esposo o esposa y 13.8% (n=17) vivían solos.

En cuanto a la dependencia económica, 58.5% (n=72) eran independientes, 30.1% (n=37) dependían de sus hijos y 11.4% (n=14) de su esposo o esposa. En cuanto a la adherencia terapéutica, 46.3% (29 hombres y 28 mujeres) mostraron alta adherencia, 50.4% (27 hombres y 35 mujeres) moderada, y 4 (3 hombres y 1 mujer) ligera (ver gráfica 1).

Gráfica 1

Frecuencia de Adherencia Terapéutica por género de los adultos mayores que viven con diabetes en el municipio de Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, México, 2021



Nota: Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), 2021

La dimensión Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos evidenció una media en el género masculino de 29.58 ± 5.1 y 29.36 ± 4.7 en el femenino; el Seguimiento médico conductual manifestó media de 28.8 ± 4.8 en el masculino y 29.3 ± 3.3 en el femenino; y la autoeficacia obtuvo media de 25.24 ± 5.7 en el masculino y 23.3 ± 4.8 en el femenino. Ver tabla No. 1.

Tabla No.1

Media y desviación estándar de la calificación de las dimensiones de la adherencia terapéutica por género en el adulto mayor que vive con diabetes mellitus

Dimensiones de la adherencia terapéutica	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	Masculino	59	29.58	5.194	.676
	Femenino	64	29.36	4.779	.597
Seguimiento médico conductual	Masculino	59	28.80	4.874	.634
	Femenino	64	29.30	3.313	.414
Autoeficacia	Masculino	59	25.24	5.715	.744
	Femenino	64	23.30	4.852	.607

Nota: Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), 2021

Se realizó la prueba de Levene por cada dimensión para comparar por género, en la tabla 3 aprecia que el p-valor en Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos fue de 0.288, por tanto, se acepta la H_0 asumiendo que las varianzas son iguales; mientras que, en las dimensiones Seguimiento médico conductual y Autoeficacia se acepta la H_1 , considerando que las varianzas son diferentes por ser $<.05$.

La prueba t-Student para muestras independientes arrojó una Sig. (bilateral) $<.05$ en la dimensión Autoeficacia, por lo tanto, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 la autoeficacia es menor en mujeres que en hombres. Ver tabla No. 2.

Tabla No.2

Prueba de muestras independientes en la calificación de las dimensiones de la adherencia terapéutica por género del adulto mayor que vive con Diabetes Mellitus

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	Se han asumido varianzas iguales	1.139	.288	.241	121	.810
	No se han asumido varianzas iguales			.240	117.804	.810
Seguimiento médico conductual	Se han asumido varianzas iguales	7.685	.006	-.670	121	.504
	No se han asumido varianzas iguales			-.660	101.054	.511
Autoeficacia	Se han asumido varianzas iguales	4.185	.043	2.035	121	.044
	No se han asumido varianzas iguales			2.021	114.247	.046

Nota: Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), 2021

Se relacionó mediante Rho de Spearman la calificación total de la adherencia terapéutica con los factores personales, con la convivencia (personas con las que vive) se obtuvo una correlación moderada ($r_s = -.445$), lo que indica mayor adherencia terapéutica en las personas que viven con esposa(o) e hijos, que en las personas que viven solas; así mismo, se encontró una relación leve ($r_s = -.251$) entre la adherencia terapéutica y la independencia económica; al igual que la relación entre la adherencia y la comorbilidad ($r_s = -.264$) aludiendo que la adherencia terapéutica está

relacionada con las personas que no sufren otra enfermedad además de la Diabetes Mellitus. Con el resto de los factores personales la relación fue nula. Ver tabla No. 3.

Tabla No.3

Correlaciones entre adherencia terapéutica y factores personales del adulto mayor que vive con Diabetes Mellitus.

Rho de Spearman		Convivencia	Dependencia económica	Comorbilidad	Adherencia terapéutica
Convivencia	Coefficiente de correlación	1.000	.047	-.205*	-.445**
	Sig. (bilateral)	.	.602	.023	.000
	N	123	123	123	123
Dependencia económica	Coefficiente de correlación	.047	1.000	.199*	.251**
	Sig. (bilateral)	.602	.	.028	.005
	N	123	123	123	123
Comorbilidad	Coefficiente de correlación	-.205*	.199*	1.000	.264**
	Sig. (bilateral)	.023	.028	.	.003
	N	123	123	123	123
Adherencia terapéutica	Coefficiente de correlación	-.445**	.251**	.264**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.005	.003	.
	N	123	123	123	123

Nota: *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Discusión

En los adultos mayores de Mixquiahuala de Juárez, obtuvo una media de adherencia terapéutica de 61.85, mínimo de 35 y máxima de 84 puntos, 46.3% mostraron alta adherencia al tratamiento, 50.4% moderada y 3.3% ligera; distante de lo reportado por Becerra Partida, en el trabajo titulado Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención, con una media de 76.4 puntos, con un mínimo de 38 y un máximo de 98 puntos, 89.6% corresponde a una alta adherencia al tratamiento y 10.42% (n = 35) a moderada adherencia¹¹; la diferencia puede ser por la complejidad del tratamiento de la Diabetes mellitus con el de la Hipertensión Arterial, también por el rango de edad, ya que los adultos de Guadalajara eran adultos y adultos mayores, adicionalmente el nivel educativo es mayor (sólo 35.8% tienen primaria), mientras

que los del Mixquiahuala representan el 61.8%; otro punto podría ser la zona urbana que tiene acceso a variedad de la alimentación y medicamentos, así como los servicios de salud.

En Mixquiahuala, 57 adultos mayores presentaron adherencia alta equivalente al 46.3% de los cuales 29 de género masculino, 62 adultos mayores igual al 50.4% tenían una autoeficacia moderada de las cuales 64 eran mujeres y solamente 4 adultos mayores equivalente a 3.3% de adultos mayores tenían una ligera autoeficacia, donde 3 eran hombres; de lo reportado por Pérez Pavón, en el trabajo titulado Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el grado de adherencia se reportó de la siguiente manera: 125 participantes (96.9%) alta, 3 (2.3%) media o moderada y 1 participante (0.8%) baja o ligera¹²; la diferencia puede ser por el rango de edad, de los Adultos de Tabasco con un Rango de 26 a 90 años de edad, adicionalmente el nivel educativo son similares con un 64.3% tienen primaria, mientras que los del Mixquiahuala representan el 61.8%, el tiempo que llevan de padecer Diabetes Mellitus Tipo 2, es un factor que contribuye a la adherencia, las personas de Tabascos presentan de 1 a 5 años con 26.4%, 6 a 10 años 39.5 y más de 10 años 34.1%, mientras que en Mixquiahuala, El 49.6% tenían de 1 a 10 años viviendo con la enfermedad, el 30.1% llevaban de 11 a 20 años con su enfermedad, el 15.4% llevan 21 a 30 años padeciendo la enfermedad, mientras que el 4.9% (n=6) llevaban más de 31 años padeciendo la enfermedad.

Realizando una comparación con el trabajo Ramos Rangel, nombrado Adherencia Terapéutica en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, destaca mayor adherencia en mujeres con un 73%¹³, mientras que, los adultos mayores de Mixquiahuala evidenciaron mayor adherencia los hombres en la dimensión autoeficacia, lo que podría indicar que los hombres muestran adherencia terapéutica por ayuda de una mujer de su familia, ya que se encontró relación de la adherencia terapéutica con las personas que viven con esposa o esposo e hijos.

Los resultados de la presente investigación difieren de lo reportado por Guamán Montero y cols., quienes demostraron la edad y la instrucción inciden en el conocimiento y comportamientos de adherencia¹⁴, ya que la relación que se encontró fue con las personas con las que convive, la independencia económica y la comorbilidad, lo que sugiere que cuando hay una segunda enfermedad diagnosticada se percibe la salud alterada y da la pauta a la modificación de conducta, como lo predice

Nola J. Pender en su modelo de Promoción de la Salud¹⁵.

Conclusiones

El nivel de adherencia terapéutica de los adultos mayores que viven con diabetes es moderado, mostrando diferencias significativas por género específicamente en la dimensión autoeficacia, el género femenino mostró mayor adherencia.

Las personas con las que vive el adulto mayor (esposa e hijos), la independencia económica y la comorbilidad son factores personales que favorecen la adherencia terapéutica.

Agradecimientos

A las enfermeras y directivos del centro de salud de Mixquiahuala, al igual que los integrantes del DIF municipal de Mixquiahuala por permitir aplicar la investigación y a cada adulto mayor que participó, a las estudiantes de la Licenciatura en Enfermería Alicia Fidelio Santiago y Marlen Hernández Bautista, por su colaboración.

Gracias por la confianza ofrecida desde que se comenzó la investigación.

Referencias

1. Dysted M., Esztergályos B., Gautam S. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 10th ed. International Diabetes Federation; 2021. 14. Available from: https://fmdiababetes.org/wp-content/uploads/2022/01/IDF_Atlas_10th_Edition_2021-comprimido.pdf
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018. Available from: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

3. Sánchez Pérez MR. Guía de respuestas en diabetes. La Rev Andaluza Atención Primaria [Internet]. 2014;1-74. Available from: <http://www.semergenandalucia.org/docs/libroDiabetes.pdf>. Acceso 23 octubre 2023.
4. Aguilar-Salinas CA. Epidemiología de la diabetes tipo 2 en Latinoamérica. Guías ALAD [Internet]. 2019;1-6. Available from: https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf.
5. Rincón Romero MK., Torres Contreras C., Corredor Pardo K.A. Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev cienc Cuid [Internet]. 2017;14(1):40-59. Available from: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/806/773>.
6. Underman Boggs K. Interpersonal Relationships E-Book: Professional Communication Skills for Nurses. 9th ed. St Louis Missouri: Elsevier; 2023. 192 p.
7. Zepeda-Gómez BG., Castro-Pérez R., Hernández-Murúa JA. Autoeficacia, estilo de vida y calidad de vida en adultos mayores, una revisión literaria. Rev Act Física y Desarro Hum [Internet]. 2021;12:1-14. Available from: <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/afdh/article/view/1065/2557>. Acceso 23 octubre 2023.
8. Aristizabal Hoyos GP., Blanco Borjas DM., Sánchez Ramos A., Ostigüín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería. Univ ENEO-UNAM [Internet]. 2011;8(4):16-23. Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991>. Acceso 23 octubre 2023.
9. Wilson JC. Nola J. Pender: modelo de promoción de la salud. In: Alligood MR, editor. Modelos y teorías en enfermería. 10th ed. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.U.; 2022. p. 326.
10. Soria Trujano R, Vega Valero CZ, Nava Quiroz C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Altern en Psicol [Internet]. 2009;14(20):89-103. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008. Acceso 23 octubre 2023.

11. Becerra Partida EN., Villegas Galindo C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. Rev CONAMED [Internet]. 2021;26(2):57-67. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2021/con212b.pdf>
12. Pérez Pavón A., López Espinosa R.A., Garrido Pérez S.M., Casas Patiño D, Rodríguez Torres A. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. Waxapa. [Internet] 2018;10(18):20-6. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818d.pdf>.
13. Ramos Rangel Y., Morejón Suárez R., Gómez Valdivia M., Reina Suárez M.E., Rangel Díaz C., Cabreba Macías Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Finlay [Internet]. 2017;7(2):89-98. Available from: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474/1578>.
14. Guamán-Montero NA., Mesa-Cano IC., Peña-Cordero SJ., Ramírez-Coronel AA. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. Arch Venez Farmacol y Ter [Internet]. 2021;40(3):282-9. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712011/55969712011.pdf>.
15. Murdaugh CL, Parsons MA, Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 8th ed. Boston: Pearson; 2019.

Trayectorias de envejecimiento

Aging trajectories

Trajelórias de envelhecimento

Moisés García Rosete¹
<http://orcid.org/0000-0003-2705-0991>

Enid Asvany Guzmán Caballero¹
<http://orcid.org/0000-0003-2061-8679>

Heli Jesset Álvarez Hernández¹
<http://orcid.org/0000-0003-4439-7786>

Juan Jaime Guerrero Díaz Del Castillo¹
<http://orcid.org/0009-0008-9559-3027>

Diana Ivonne Rodríguez Saldívar¹
<http://orcid.org/0009-0002-0352-8196>

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

Autor de Correspondencia:

Enid Asvany Guzmán Caballero

Correo electrónico:
eaquzmann@uaemex.mx

Recibido: 09 noviembre 2023

Aceptado: 05 diciembre 2023

Publicado: 20 diciembre 2023

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: El envejecimiento es heterogéneo por ello es necesario disponer de indicadores de la trayectoria los cuales se apliquen en la gerontoproflaxis.

Objetivo: Valorar las trayectorias de envejecimiento de un grupo de adultos mayores de la Casa de Día del DIF, Toluca y de la consulta de Geriatria del hospital general ISSTE, Toluca.

Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico, se analizó una muestra de 40 personas adultas mayores por conveniencia de ambos géneros entre 60-90 años a quienes se les aplicó previo consentimiento informado un cuestionario sobre variables sociodemográficas como: sexo, edad, consumo de fármacos, presencia de enfermedades y capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; la valoración de la trayectoria de envejecimiento se realizó con apoyo de la “Escala clínica de fragilidad Dalhousie University”, el índice de Katz y la escala

de Lawton y Brody así como con indicadores referidos por expertos en el tema de envejecimiento como Rowe y Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado y Carrazco. a bien de clasificar a las personas en alguna de las siete trayectorias de envejecimiento posibles: saludable, exitoso, activo, normal, frágil, patológico y dependiente, se descartaron las personas que no aportaran información completa o que presentaran demencia.

Resultados: El 80% de los participantes fueron mujeres, la media de edad fue de 76 años. Los adultos mayores de 71 a 80 años toman desde 3 a 10 fármacos y padecen más de una enfermedad, 46% mostró algún grado de fragilidad lo cual afecta la trayectoria vital. Las trayectorias de envejecimiento que predominaron son: envejecimiento patológico (23%) y envejecimiento normal (23%).

Discusión y Conclusiones: La polifarmacia y las comorbilidades inciden en el desarrollo de trayectorias de envejecimiento negativas como la frágil y la patológica lo que deteriora la calidad de vida y productividad de las personas a medida que envejecen. La trayectoria de envejecimiento es un predictor de la calidad de vida de gastos sanitarios, dependencia y de necesidades de cuidado.

Palabras clave: Trayectoria, envejecimiento, frecuencia, polifarmacia, fragilidad

Abstract

Introduction: Aging is heterogeneous, therefore it is necessary to have indicators of the trajectory which are applied in gerontoprophylaxis.

Objective: To assess the aging trajectories of a group of older adults from the DIF Day Care Center, Toluca, and from the Geriatrics Clinic of the ISSTE General Hospital, Toluca.

Methodology: Quantitative, descriptive, cross-sectional and analytical study, a sample of 40 older adults for convenience of both genders between 60-90 years of age was analyzed to whom a questionnaire on sociodemographic variables such as: sex, age, consumption was applied with prior informed consent. of drugs, presence of diseases and ability to perform basic and instrumental activities of daily life; The assessment of the aging trajectory was carried out with the support of the "Dalhousie University Clinical Frailty Scale", the Katz index and the Lawton and Brody scale, as

well as with indicators referred to by experts in the field of aging such as Rowe and Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado, and Carrazco. In order to classify people into one of the seven possible aging trajectories: healthy, successful, active, normal, frail, pathological, and dependent, people who did not provide complete information were discarded. or who presented dementia.

Results: 80% of the participants were women, the average age was 76 years. Adults older than 71 to 80 years take from 3 to 10 drugs and suffer from more than one disease, 46% showed some degree of frailty which affects the life course. The predominant aging trajectories are pathological aging (23%) and normal aging (23%).

Discussion and Conclusions: Polypharmacy and comorbidities affect the development of negative aging trajectories such as fragile and pathological, which deteriorates the quality of life and productivity of people as they age. The aging trajectory is a predictor of the quality of life of health expenses, dependency and care needs.

Keywords: Trajectory, aging, frequency, polypharmacy, frailty

Resumo

Introdução: O envelhecimento é heterogêneo, portanto é necessário ter indicadores da trajetória que são aplicados na gerontoprofilaxia.

Objetivo: Avaliar as trajetórias de envelhecimento de um grupo de idosos da Creche DIF, Toluca, e da Clínica de Geriatria do Hospital Geral ISSTE, Toluca.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, transversal e analítico, uma amostra de 40 idosos por conveniência de ambos os sexos entre 60-90 anos de idade foi analisado a quem foi aplicado um questionário sobre variáveis sociodemográficas como: sexo, idade, consumo com antecedentes consentimento informado de drogas, presença de doenças e capacidade para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária; A avaliação da trajetória do envelhecimento foi realizada com o apoio da "Dalhousie University Clinical Frailty Scale", do índice de Katz e da escala de Lawton e Brody, além de indicadores referidos por especialistas na área do envelhecimento, como Rowe e Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado e Carrazco.

Para classificar as pessoas em uma das sete possíveis trajetórias de envelhecimento: saudável, bem-sucedida, ativa, normal, frágil, patológica e dependente, as pessoas que não forneceram informações completas foram descartados ou que apresentavam demência.

Resultados: 80% dos participantes eram mulheres, a média de idade foi de 76 anos. Adultos com mais de 71 a 80 anos tomam de 3 a 10 medicamentos e sofrem de mais de uma doença, 46% apresentaram algum grau de fragilidade que afeta o curso da vida. As trajetórias de envelhecimento predominantes são: envelhecimento patológico (23%) e envelhecimento normal (23%).

Discussão e Conclusão: A polifarmácia e as comorbidades afetam o desenvolvimento de trajetórias negativas de envelhecimento, como frágil e patológico, que deterioram a qualidade de vida e a produtividade das pessoas à medida que envelhecem. A trajetória de envelhecimento é um preditor da qualidade de vida dos gastos com saúde, dependência e necessidades de cuidados.

Palavras-chave: Trajetória, envelhecimento, frequência, polifarmácia, fragilidade

Introducción

Envejecemos con enfermedad y sin calidad de vida

El envejecimiento es un proceso progresivo y fisiológico al que están expuestos todos los organismos vivos desde el momento de su concepción. Mientras que, la vejez es la etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales¹.

Aunque es cierto que se han tenido avances importantes para alargar la vida, seguimos enfrentando las enfermedades crónicas, la mayoría de las personas adultas mayores han logrado cantidad, pero no calidad de vida. La pérdida de salud, capacidad homeostática y autonomía, aunque no es exclusivo de la vejez, es más común en esta etapa de la vida; una visión alternativa es reconocer que la vejez es una fase más del curso vital, no es sinónimo de enfermedad ni deterioro, es la oportunidad de trascender saludablemente.

El curso vital humano hace referencia al proceso de crecimiento y desarrollo que atraviesan las personas desde el nacimiento hasta su muerte. También hace referencia a la estratificación por edad y a la secuencia de roles socialmente atribuidos, que interconectan las etapas vitales.

El enfoque del curso de vida ha sido una perspectiva multidisciplinaria, pues se nutre de la demografía, sociología, historia, psicología, antropología, biología y epidemiología. Este enfoque da cuenta de un complejo proceso de cambios en las trayectorias vitales de la población, derivados de eventos en el contexto social e individual de los sujetos, además de que entrelaza el tiempo histórico y biológico para analizar la manera en la que estos configuran la forma de pensar, sentir, actuar y también la trayectoria al envejecer².

En este sentido la trayectoria de envejecimiento se refiere a la manera en que el estado de reserva funcional y salud, reflejan las condiciones contemporáneas y la manifestación de las circunstancias vitales previas, incluida la etapa intrauterina. La trayectoria es la dirección que ha seguido el desarrollo de las personas a lo largo del tiempo, conformado por el período histórico en que vive y en relación con el marco social, económico, político, tecnológico y ecológico de la sociedad a la que pertenece³.

La perspectiva de trayectoria vital da a los seres humanos estrategias para tomar mejores decisiones y construir sus propias vidas; fortalecer dichas estrategias, desde etapas muy tempranas en la vida, por ejemplo, desde la familia y la escuela, podría lograrse construir una vejez exitosa, terminando con estigmas como: vulnerabilidad de las personas adultas mayores, la vejez como enfermedad y los ancianos como mayores consumidores de los gastos sanitarios, etc³.

Los problemas de salud tienen estrecha relación con las condiciones de vida de la persona, la calidad de las relaciones sociales y familiares que han establecido, el acceso a una buena alimentación, entre muchos otros factores.

Las enfermedades crónico-degenerativas, el síndrome de fragilidad y el resurgimiento de enfermedades infecciosas en los adultos mayores disminuyen la posibilidad de que la vida de los individuos se extienda y de que sus últimos años de vida estén libres de discapacidad.

Cuando la persona que envejece tiene varias enfermedades es común que presente polifarmacia al ingerir tres o más medicamentos lo que se relaciona a su vez con las trayectorias negativas que afectan la funcionalidad y la autonomía.

Por ello los cambios que los individuos realicen a lo largo de la vida tienen consecuencias para el desarrollo, un cambio en cualquier ámbito de su contexto puede cambiar su curso y las trayectorias evolutivas, modificando caminos previamente establecidos³.

Definición de gerociencia, su objetivo, su estudio

La Gerociencia es una disciplina científica que busca describir la relación entre la aparición de enfermedades y las causas biológicas del envejecimiento. Busca comprender todos los mecanismos biológicos (genéticos, moleculares y celulares) que hacen del envejecimiento un factor de riesgo importante de enfermedades crónicas en los adultos mayores⁴.

Propone el objetivo de aumentar nuestra expectativa de vida saludable y activa, reconoce que la calidad de nuestro envejecimiento biológico está bastante relacionada con múltiples dimensiones de nuestras vidas. Al respecto investigadores del tema sugieren que se debe mirar la vejez como una oportunidad, como la posibilidad de reinventarnos, una etapa en que la sabiduría adquirida por la experiencia, que desarrolle un papel central en la sociedad⁵.

El enfoque de Gerociencia del Instituto Nacional de Geriatria (INGER) tiene por objetivo aprovechar los avances de la biología, la cual ofrece oportunidades para prevenir la enfermedad, prolongar la esperanza de vida sana e impedir la dependencia. Comprender los factores personales y culturales que implica el envejecimiento y mejorar la calidad de vida de las personas mayores⁶.

Se postula que debido a que el envejecimiento subyace a muchas enfermedades y condiciones de discapacidad, aquellas intervenciones que puedan retrasar el envejecimiento podrían también prevenir o retrasar simultáneamente la aparición de estos trastornos⁷.

La comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de las enfermedades en la

vejez podría ser determinante para curar, limitar, o al menos posponer la aparición y/o severidad de múltiples enfermedades crónicas. Si nos atenemos a esto y llegamos a comprender esos mecanismos, tendremos en nuestras manos la opción de intervenir con antelación suficiente para, en última instancia, poder lograr una mayor esperanza de vida sana, libres de enfermedad y discapacidad⁸.

Por otro lado, podemos describir a la gerontología preventiva, como el estudio y puesta en práctica de los diferentes elementos relacionados tanto con el estilo de vida, como con el control del medio ambiente y el cuidado de la salud, con el fin de maximizar la longevidad con la mejor calidad de vida posible.

Hablar de gerontología nos lleva a describir siete trayectorias asociadas al envejecimiento: saludable, exitoso, activo, normal, frágil, patológico y dependiente. Este es un sinónimo de envejecimiento sin discapacidad, este se asocia a los hábitos saludables, es decir, a todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso y la práctica de actividad física correctamente planificada⁹.

Mendoza⁹, expresa que el envejecimiento saludable requiere de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal. Los estilos de vida que han mostrado tener un impacto significativo en la salud, bienestar y calidad de vida en la vejez son: una alimentación adecuada, ejercicio físico, periódico y seguro; higiene personal adecuada, sueño suficiente y reparador, recreación y alta autoestima.

Por otra parte, el envejecimiento exitoso ha recibido muchas definiciones a lo largo de los años, siendo la más conocida la propuesta de Rowe, un médico; y Kahn, psicólogo, quienes afirman que “el envejecimiento exitoso sería aplicable a aquellas personas con baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, con un alto nivel de funcionamiento físico y cognitivo y una implicación activa con la vida, entendiendo esto como algo de valor social, no necesariamente económico” tras varias críticas sobre el enfoque de Rowe y Kahn, se propusieron una alternativa de modelos teóricos como los de Baltes y Riley, pero según Kahn, en realidad representan una necesaria integración del modelo inicial¹⁰.

Existe un estudio de 2018 realizado en personas mayores donde se concluyó que la fragilidad estaba mayormente presente en mujeres y que quienes eran pensionados / jubilados y casados tenían menor riesgo de presentarla, también se identificó que el envejecimiento exitoso se asocia a un menor grado de fragilidad¹¹.

Petreto¹⁰, describe que el envejecimiento exitoso lo presenta entre un 5 y 15% de la población, y este porcentaje podría incrementarse promoviendo el desarrollo de programas de envejecimiento saludables en el marco del envejecimiento activo.

Asimismo, este autor nos comparte el tipo de envejecimiento usual o normal, donde además de los cambios inherentes a la edad, se padece de alguna enfermedad crónica degenerativa, tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión, osteoporosis, etc.

No obstante, tiene una buena funcionalidad física, mental y social, y por lo tanto, son independientes. Se estima que alrededor del 80% de la población de 60 años y más vive este tipo de envejecimiento.

Por otro lado, Havighurst ha sido reconocido como el primero en utilizar el concepto de envejecimiento activo, que ya en 1961 proporcionó la primera definición de envejecimiento con éxito. En el primer número de la revista *The Gerontologist*, dicho autor describió el envejecimiento exitoso en términos de felicidad y satisfacción vital¹².

Según la OMS, el envejecimiento activo es el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a la mejora del bienestar y la calidad de vida según la gente envejece; permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico y social”. (OMS, 2002). El término “activo” se refiere a que los adultos mayores participen de manera continua, ya sea como individuos o en grupo, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos en los que están inmersos¹².

López¹³, describe algunos tipos de envejecimiento patológicos, estos son: el envejecimiento metabólico, relacionado con la acumulación y descomposición de sustancias en el cuerpo; el envejecimiento inmune que se relaciona con las respuestas inmunológicas disminuidas del organismo frente a las infecciones y otros

ataques; el envejecimiento hepático relacionado por el cual se desarrollan varios trastornos y finalmente describe el envejecimiento nefrológico, relacionado con la afectación de los sistemas de eliminación de desechos.

En el envejecimiento patológico hay una mala autoevaluación del estado de salud, la persona tiene deterioro cognitivo y se le han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo, se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros¹⁴.

El envejecimiento patológico es aplicable a personas con altos niveles de dependencia y deterioro, y existiría una modalidad intermedia cuyo funcionamiento tanto físico como cognitivo estaría situado entre las 2 opciones anteriores denominado envejecimiento normal o usual¹⁵.

El envejecimiento con fragilidad es en el que además de los cambios inherentes de la edad, se muestra una disminución acentuada en la eficiencia a la respuesta funcional de los órganos y sistemas propiciando alteraciones físicas y complicaciones ante enfermedades agudas y crónicas. En general, si ha envejecido en fragilidad, es porque sus enfermedades están descontroladas, son débiles y dependientes en las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene, deambulación, etc.) También, manifiestan afectaciones significativas en la funcionalidad social y cognitiva¹⁵.

Se estima que el envejecimiento con fragilidad se presenta en alrededor del 5% de los ancianos de 60 a 84 años y se incrementa en un 20% o más a partir de los 85 años. Lo que en nuestra cultura se traduce como adulto mayor en fragilidad.

Finalmente, la trayectoria de envejecimiento dependiente se asocia con personas adultas mayores imposibilitadas para efectuar las actividades de la vida diaria, que requieren de apoyo constante de cuidadores para desarrollarlas. Los niveles de dependencia pueden ser desde moderados hasta la total dependencia¹⁶.

Por todo lo descrito anteriormente lo único común en el proceso de envejecimiento, es la diversidad en la trayectoria. El envejecimiento es un proceso distinto

para cada persona, incluso, expertos han trabajado por definir tipos de envejecimiento ya que no se presenta el mismo en toda la población, entendiendo que el contexto cultural, social, político y ambiental varía con las regiones, pero también, está dado por el propio concepto del individuo acerca del envejecimiento y principalmente por el estilo de vida.

Lo anterior lleva a concluir que el envejecimiento es único y que cada persona es quien decide como desea vivir dicha etapa de la vida, si desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, la cual es influida directamente por el contexto donde esté inmersa¹⁶.

En la presente investigación se parte de la pregunta: ¿Cuál es la frecuencia de las trayectorias de envejecimiento de un grupo de adultos mayores de la Casa de Día del DIF, Toluca y de la consulta de Geriatria del hospital general ISSTE, Toluca?

El objetivo fundamental fue valorar las trayectorias de envejecimiento de un grupo de adultos mayores de la Casa de Día del DIF, Toluca y de la consulta de Geriatria del hospital general ISSTE, Toluca. La hipótesis de trabajo fue que las trayectorias: patológica, en fragilidad y normal, son las más comunes en este grupo humano.

La idea fundamental es que la trayectoria de envejecimiento es predictora del estado de salud, y productividad de las personas, asimismo está estrechamente relacionado con los gastos sanitarios.

Metodología

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico, se ubica en la línea de investigación salud, sentido de vida e independencia funcional; del cuerpo académico de Gerociencia y curso vital humano. El universo de estudio fueron adultos mayores, la población seleccionada, es de la Casa de Día del DIF, Toluca; y pacientes adultos mayores de la consulta de Geriatria del hospital general ISSTE, Toluca (118 personas en total).

La muestra fue de 40 personas; el muestreo es de tipo no aleatorio, es decir,

por conveniencia respetando la libre elección de los que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: adultos mayores entre 60 - 90 años de edad, de ambos géneros, que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado. Los criterios de eliminación fueron: adultos mayores que no aportaran información completa y quienes padecieran algún tipo de demencia.

El instrumento de investigación constó de un cuestionario de elaboración propia con 20 preguntas relacionadas con los datos generales del sujeto, las enfermedades y el tratamiento farmacológico que recibe, así como de su capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales.

Se hizo uso de indicadores de la trayectoria, para determinar el tipo de envejecimiento (1) Envejecimiento saludable, 2) Envejecimiento exitoso, 3) Envejecimiento activo, 4) Envejecimiento normal, 5) Envejecimiento frágil, 6) Envejecimiento patológico y 7) Envejecimiento dependiente) cada una de las trayectorias contó con cinco criterios de valoración los cuales fueron estructurados en base a las definiciones expuestas por expertos del envejecimiento como Rowe y Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado y Carrasco. También, se usó la “Escala clínica de fragilidad Dalhousie University”, con nueve niveles de fragilidad que resume el nivel general de condición física o fragilidad de un adulto mayor (1. Personas muy activas, robustas y, activas, 2. Personas que no tienen síntomas de enfermedad, 3. Personas cuyos problemas médicos están bien controlados, 4. Personas con muy leve fragilidad, 5. Personas con necesidad de ayuda con actividades instrumentales, 6. Persona con fragilidad moderada, 7. Persona con fragilidad severa, 8. Persona con fragilidad grave y 9. Persona en estado terminal).

Validada para aplicación en el ámbito clínico. También se aplicó, así como el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody. La técnica para obtener datos fue el cuestionario y el análisis documental; también se utilizó la inspección del hábito exterior.

Según el Reglamento de la Ley General de Salud, en el Art. 17, del Capítulo I, del Título II relativo a la Investigación de Seres Humanos, el Estudio se clasifica de Tipo I, es decir se aplican instrumentos de investigación documental que no genera

riesgo para los sujetos de estudio, no obstante, firmaron el documento de consentimiento válido informado. Tramitada la solicitud, las instituciones de la Casa de Día del DIF, Toluca y el Hospital General ISSTE, Toluca dieron su permiso para realizar la investigación.

Resultados

A continuación, se presenta la Tabla No.1 que resume las variables sociodemográficas más importantes del estudio en donde podremos apreciar que el 80% de la muestra pertenece al género femenino. La media de edad fue de 78 años con una desviación estándar de ± 7.5 .

El 23% de la muestra tiene un oficio remunerado económicamente mostrando una mayor productividad en adultos mayores entre 71 a 80 años. Por otro lado, 65% se dedica al hogar principalmente, mujeres; mientras que el 13% no realiza ninguna actividad, existiendo mayor participación de las mujeres.

Respecto a la escolaridad el 53% de la muestra tiene estudios hasta el nivel primaria, 25% secundaria, el 13% corresponde a estudios de preparatoria y sólo 10% con licenciatura.

La morbilidad del sistema cardiovascular es la más elevada (30%), padeciendo, principalmente hipertensión arterial. El deterioro cognitivo leve es la afección más común relacionada al sistema nervioso (23%).

En el sistema endócrino con el 20% destaca la diabetes mellitus. El 7% corresponde al Sistema osteomuscular con la artritis reumatoide. El 6% en aparato respiratorio con padecimientos de asma y EPOC.

Un 5% corresponde a otros padecimientos como la obesidad. Con el 4% corresponde al sistema visual con la afección de glaucoma entre los adultos mayores. El promedio del número de enfermedades es de 2.75. En la muestra se describen porcentajes respecto a la muestra total de enfermedades detectadas.

Tabla No.1

Datos sociodemográficos de las personas adultas mayores

1. Sexo según la edad								
		Masculino			Femenino			
		3%			20%			
60 a 70 años								
71-80 años		10%			43%			
81 años- 90 años		8%			18%			
2. Ocupación de las mujeres por edad								
		Ama de casa		Comerciante		Ninguna		
60 a 70 años		18%		8%		0%		
71-80 años		30%		10%		8%		
81 años- 90 años		18%		5%		5%		
3. Escolaridad de las personas adultas mayores								
Primaria		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		
53%		25%		13%		10%		
4. Morbilidad de las personas adultas mayores								
Sistema Cardiovascular	Sistema Nervioso	Sistema Endócrino	Sistema Respiratorio	Sistema Osteomuscular	Sistema Visual	Sistema Digestivo	Sistema Urinario	Otras
30%	23%	20%	6%	7%	4%	3%	2%	5%

N=40

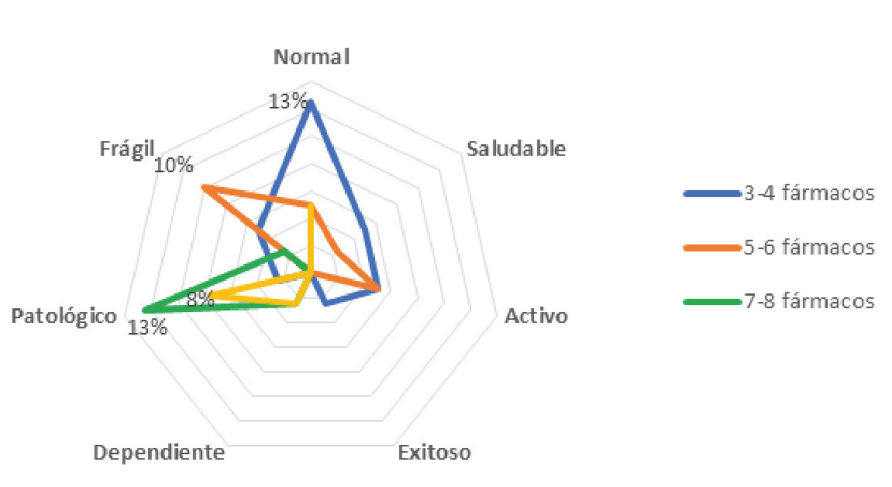
Nota: Cuadro de resumen de datos sociodemográficos, 2023.

Respecto a la gráfica No. 1, el 38% de la muestra toma entre 3 a 4 medicamentos, en ellos es más frecuente el envejecimiento normal (13%). El 25% que consume de 5 a 6 medicamentos muestra un envejecimiento principalmente frágil (10%).

Los que ingieren de 7 a 8 medicamentos (20%) y los que consumen de 9 a 10 medicamentos (18%) destaca en ellos un envejecimiento patológico.

Gráfica No. 1

Trayectoria de envejecimiento y polifarmacia

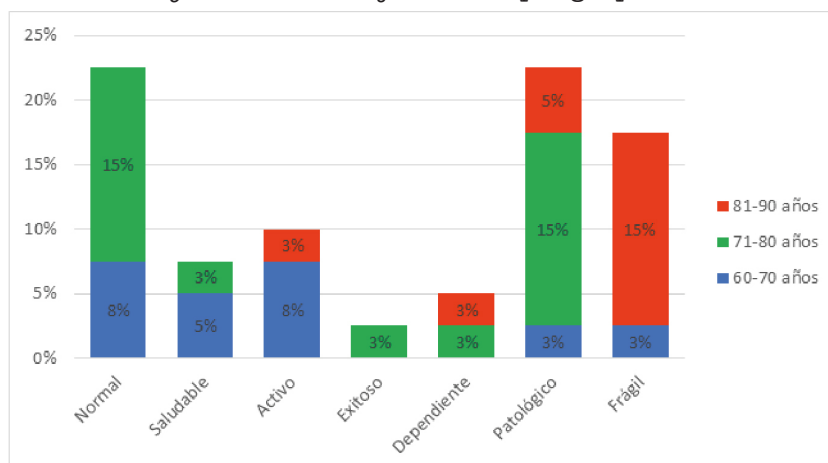


Nota: Cuadro de resumen de datos, 2023. n=40

Respecto al gráfico No. 2, el grupo etario de 60 a 70 años muestra una trayectoria de envejecimiento activo (8%) y normal (8%). Los adultos mayores entre 71 a 80 años destacan por un envejecimiento patológico y un envejecimiento normal (15% respectivamente). El envejecimiento frágil es la trayectoria que predomina en los adultos mayores de 81 a 90 años.

Gráfica No. 2

Trayectoria de envejecimiento por grupo etario

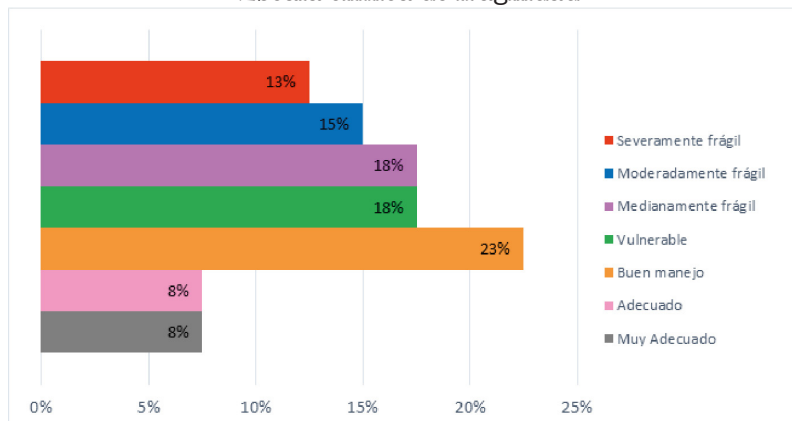


Nota: Cuadro de resumen de datos, 2023. n=40

Respecto al gráfico No. 3, sumados los porcentajes de fragilidad mediana, moderada y severamente, se identifica que el 46% de la muestra tiene algún grado de fragilidad. El 23 % de buen manejo, se relaciona al control de sus trastornos de salud y la limitación de la dependencia. Sumados los niveles de adecuado y muy adecuado se tiene el 16% de la muestra.

Gráfica No. 3

Escala clínica de fragilidad



Nota: Cuadro de resumen de datos, 2023. n=40

Discusión

Según Mendoza⁹, alrededor del 80% de la población de 60 años y más tiene un envejecimiento normal; sin embargo, la muestra analizada tiene mayor distribución hacia trayectorias de envejecimiento negativas (patológica y frágil). La polifarmacia, relacionada con el envejecimiento patológico afecta de manera adversa la trayectoria de envejecimiento. Como lo expresan Gutiérrez y Kershenovich⁵, los cambios de los individuos a lo largo de la vida tienen consecuencias para el desarrollo; un cambio negativo en cualquier ámbito de su contexto puede cambiar su trayectoria de envejecimiento.

Se identificaron dos combinaciones dentro de la trayectorias de envejecimiento, el 10% los participantes mostraron un envejecimiento activo y normal; y el 3% tienen trayectoria saludable y exitosa. Lo cual es comprensible porque a pesar de la comorbilidad y de un ligero deterioro funcional, son personas que aún buscan el ingreso económico con un trabajo remunerado.

El grado de fragilidad identificado es alto (46%). Aunque predomina el buen manejo, la menor proporción es la que tiene un manejo adecuado y muy adecuado; aunque el porcentaje de fragilidad es más bajo que en el estudio de Carrazco-Peña¹⁶, el cual reporta 61,7% de fragilidad, debe considerarse como factor de riesgo en la trayectoria de envejecimiento.

Conclusiones

Las trayectorias de envejecimiento patológica, frágil y dependiente obligan a utilizar un exceso de fármacos debido a la comorbilidad, se pretende mejorar la funcionalidad del adulto mayor, ya que los fármacos han sido una herramienta útil para el control de diversas enfermedades e incluso para prolongar la vida, pero los fármacos no curan, y es aquí cuando se establece una correlación de dependencia negativa.

En conjunto con la participación de expertos en salud y de los adultos mayores que representan un envejecimiento saludable, se debe trabajar para preservar estas trayectorias positivas, asimismo, motivar a alcanzar todavía una mejor calidad de vida y seguir siendo económicamente activo.

El sistema educativo, el sistema de salud, la familia, en conjunto con el propio individuo deben sembrar desde edades tempranas la reflexión sobre la trayectoria de envejecimiento, cultivar el autocuidado, la responsabilidad y el amor propio, porque de ello se generan hábitos positivos que impactan en nuestra manera de pensar y vivir. La persona, desde etapas tempranas, debe empoderarse, para alcanzar la trayectoria de envejecimiento positivo al que aspira.

Referencias

1. López-Ortíz B. Los cuatro tipos de envejecimiento que existen, La Vanguardia. [Internet] 2020 Available from: <https://www.lavanguardia.com/vivo/longevity/20220507/8249571/cuatro-tipos-envejecimiento-nbs.html>
2. Cenobio-Narciso FJ., Guadarrama-Orozco JH., Medrano-Loera J. Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica; principales conceptos y principios metodológicos. Bol Med Hosp Infant Mex. [Internet] 2019; 76:203-209. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v76n5/1665-1146-bmim-76-05-203.pdf>
3. Gutiérrez-Robledo LM., Kershenovich-Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción, [Internet] 2015. UNAM, Coordinación de la Investigación Científica Available from: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/GERIATRIAenvysaludweb.pdf>
4. Meza-Achahue KC. Generación de protocolo para la medición y ejecución de actividades de divulgación de la gerociencia. Santiago, Chile: Universidad de Chile – Facultad de Ciencias. [Internet] 2021. Available from: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/183219/GENERACI%c3%93N-DE-PROTOCOLO-PARA-LA%20MEDICI%c3%93N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Hetz-Flores CA. La gerociencia, repensando la vejez. Universidad de Chile. [Internet] 2019. Available from: <https://www.uchile.cl/noticias/153209/la-gerociencia-repensando-la-vejez>
6. Instituto Nacional de Geriatria. Enfoque de la Gerociencia, Boletín marzo, 2018;1(2):8.
7. Castro-Fuentes R. La hipótesis de la Gerociencia, Envejecimiento en Red. [Internet] 2016. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/3106038988>

8. Cobas-Cobiella ME. El derecho ante el envejecimiento. R.E.D.S. [Internet] 2019; (14):1926. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7219558.pdf>
9. Mendoza-Nuñez VM. Envejecimiento y vejez. INGER. [Internet] 2018 Available from: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf
10. Petretto DR., Pili R., Gaviano L. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. Revista Española de Geriatria y Gerontología, [Internet] 2016; 51 (4): 229-241. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-exito-o-saludable-S0211139X1500205X>
11. Carrazco-Peña K. B., Farias-Moreno K., Trujillo-Hernández B. Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet] 2018;53(1): 23-25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.011>
12. INAPAM. El envejecimiento activo favorece la calidad de vida de las personas adultas mayores. Gobierno de México. [Internet] 2019. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/el-envejecimiento-activo-favorece-la-calidad-de-vida-de-las-personas-adultas-mayores>
13. Tamayo JG. Mecanismos de envejecimiento vascular una perspectiva desde la gerociencia JACC Focus Seminar. [Internet] 2020; 75 (8) Available from: https://scc.org.co/mecanismos-de-envejecimiento-vascular-una-perspectiva-desde-la-gerociencia/http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf
14. González CA., Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública de México. [Internet] 2007; 49(4): 448-458. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003
15. Navarro-González E., Becerra-Reina D., Calero, M. Trayectorias de envejecimiento de una muestra de personas mayores: un estudio longitudinal. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet] 2015; 50 (1): 9-15. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X14001371>

16. Alvarado-García AM., Salazar-Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. [Internet] 2014;25(2):57-62. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

Anexos

Anexo No.1

Criterios para la clasificación de las Trayectorias de Envejecimiento

Trayectoria de envejecimiento	Criterios
1. Envejecimiento saludable:	1. Se manifiesta a temprana edad (prevención) 2. Alta capacidad en actividades básicas e instrumentales 3. Ninguna enfermedad crónica 4. Estilo de vida positivo (buenos hábitos) 5. Adaptabilidad, autosuficiente con satisfacción personal
2. Envejecimiento exitoso:	1. Ausencia o baja probabilidad para enfermar y de discapacidad relacionada a enfermedad 2. Alta capacidad cognitiva y funcional; independiente (más allá del número de enfermedades y fármacos que ingiere) 3. Activo compromiso con la vida (relaciones interpersonales y actividad productiva – de valor social no necesariamente económico) 4. Se adapta a la jubilación “mejor de lo habitual” 5. Alto nivel de cultura
3. Envejecimiento activo:	1. Una enfermedad crónica 2. Dificultad en alguna actividad instrumental 3. Sin deterioro cognitivo 4. Desempeña un potencial de bienestar físico y social 5. Empoderamiento y participación en lo económico y social
4. Envejecimiento normal:	1. Presenta 1 o 2 enfermedades crónicas 2. Ligera incapacidad funcional sin dependencia 3. Ligero o sin deterioro cognitivo 4. Red de apoyo (familia) 5. Riesgo a presentar síndromes geriátricos
5. Envejecimiento frágil:	1. Afección significativa en la función social y cognitiva 2. Edad avanzada (80 años o más) 3. Dependiente para actividades instrumentales – autonomía afectada 4. Deterioro funcional con alta posibilidad de desarrollar síndromes geriátricos 5. Vive solo, malnutrición, bajo nivel de cultura, nivel socioeconómico bajo.
6. Envejecimiento patológico:	1. Deterioro cognitivo 2. Presenta 2 o más enfermedades crónicas o discapacidad 3. Estado funcional afectado en varias dimensiones 4. Dependencia parcial o total 5. Presenta algún síndrome geriátrico (polifarmacia)
7. Envejecimiento dependiente:	1. Imposibilidad de realizar actividades de la vida diaria (dependencia total) 2. Limitación en la función cognitiva y física 3. Situación de abandono (red de apoyo deficiente) 4. Comorbilidad 5. Poca o nula participación en la sociedad

Nota: Elaboración propia en base en Rowe y Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado y Carrazco.

Intervención educativa de enfermería para la prevención de cáncer de mama en una comunidad

Nursing educational intervention for the prevention
of breast cancer in a community

Intervenção educativa de enfermagem para prevenção
do câncer de mama em uma comunidade

Jacqueline Felipe Vázquez¹

Liliana Ines Benhumea Jaramillo¹
<http://orcid.org/0000-0001-5212-0096>

Jessica Belen Rojas Espinoza¹
<http://orcid.org/0000-0003-4444-0123>

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

Autor de Correspondencia:

Jacqueline Felipe Vázquez

Correo electrónico:

jaquivazquezfelipe@gmail.com

Recibido: 09 noviembre 2023

Aceptado: 05 diciembre 2023

Publicado: 20 diciembre 2023

Resumen

Introducción: Las estrategias de prevención y detección precoz son recomendadas para mejorar el pronóstico y la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama.

Objetivo: Implementar intervenciones educativas de enfermería para la prevención del cáncer de mama en mujeres de 20-50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, Ixtlahuaca.

Metodología: Estudio cuantitativo, con diseño descriptivo-transversal. La muestra se conformó de 35 mujeres de 20 a 50 años de edad, en la comunidad de San Pedro de los Baños; se aplicó un cuestionario con 17 ítems de opción múltiple y preguntas abiertas, esto con la finalidad de tener un diagnóstico de lo que las mujeres conocían sobre el cáncer de mama, para después planear las intervenciones de educación y llevarlo a la práctica.

ISSN: 2954-4459

Resultados: Mediante los temas y la información sobre prevención de cáncer de mama brindada a las mujeres, se apoyó la realización de estilos de vida saludable y el autocuidado.

Discusión y Conclusiones: El acompañamiento del profesional de enfermería en intervenciones educativas mediante sesiones de capacitación para la prevención de cáncer de mama, a fin de informar a las mujeres sobre los factores de riesgo que desencadenan este tumor maligno que se puede desarrollar a una temprana edad, favorece la prevención y el autocuidado de las mismas.

Palabras clave: Cáncer de mama, educación en salud, promoción en salud, mamografía, autoexamen de mamas.

Abstract

Introduction: Prevention and early detection strategies are recommended to improve the prognosis and survival of patients with breast cancer.

Objective: Implement nursing educational interventions for the prevention of breast cancer in women aged 20-50 years in the Community of San Pedro de los Baños, Ixtlahuaca.

Methodology: Quantitative study, with descriptive-cross-sectional design. The sample was made up of 35 women between 20 and 50 years of age, in the community of San Pedro de los Baños; A questionnaire with 17 multiple choice items and open questions was applied, with the purpose of having a diagnosis of what the women knew about breast cancer, to then plan the educational interventions and put it into practice.

Results: Through the topics and information on breast cancer prevention provided to women, the realization of healthy lifestyles and self-care was supported.

Discussion and Conclusions: The support of the nursing professional in educational interventions through training sessions for the prevention of breast cancer, in order to inform women about the risk factors that trigger this malignant tumor that can develop at an early age, favors their prevention and self-care.

Keywords: Breast cancer, health education, health promotion, mammography, breast self-examination.

Resumo

Introdução: Estratégias de prevenção e detecção precoce são recomendadas para melhorar o prognóstico e a sobrevivência de pacientes com câncer de mama.

Objetivo: Implementar intervenções educativas de enfermagem para a prevenção do câncer de mama em mulheres de 20 a 50 anos na Comunidade de San Pedro de los Baños, Ixtlahuaca.

Metodologia: Estudo quantitativo, com desenho transversal descritivo. A amostra foi composta por 35 mulheres entre 20 e 50 anos, da comunidade de San Pedro de los Baños; Foi aplicado um questionário com 17 itens de múltipla escolha e questões abertas, com a finalidade de se ter um diagnóstico do que as mulheres sabiam sobre o câncer de mama, para então planejar as intervenções educativas e colocá-las em prática.

Resultados: Através dos temas e informações sobre prevenção do câncer de mama fornecidos às mulheres, foi apoiada a realização de estilos de vida saudáveis e o autocuidado.

Discussão e Conclusão: O apoio do profissional de enfermagem nas intervenções educativas por meio de treinamentos para prevenção do câncer de mama, a fim de informar as mulheres sobre os fatores de risco desencadeadores desse tumor maligno que pode se desenvolver em idade precoce, favorece sua prevenção e autocuidado.

Palavras-chave: Câncer de mama, educação em saúde, promoção da saúde, mamografia, autoexame das mamas.

Introducción

El cáncer de mama es más frecuente en mujeres que en hombres, por ello se promueve el control integral del cáncer de mama, basado en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrados por la prevención, la detección, diagnóstico y tratamiento, debido a la incidencia de cáncer de mama, en el cual está aumentando la urbanización y la adopción de modos de estilos de vida¹.

En este sentido, es importante conocer la anatomía de las mamas, los síntomas

que padecen las mujeres sobre esta enfermedad y así mismo, informar sobre éste tumor maligno que puede comenzar en distintas partes de la mama².

Las estrategias de detección precoz son recomendadas para mejorar el pronóstico y la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama, por eso es importante conocer los signos y síntomas; el diagnóstico oportuno puede ayudar a prevenir complicaciones mediante un tratamiento adecuado, así mismo, los cuidados de enfermería promueven el bienestar y mejoría de la salud de las mujeres que padecen de esta enfermedad³.

Por lo tanto, la mejor forma de luchar contra esta enfermedad es la prevención y la detección precoz, ya que ambas aumentan las posibilidades de tratamiento y de curación. La intervención educativa de enfermería consiste en aportar información y educación para la salud, con el fin de orientar e identificar todos los síntomas y factores de riesgo, así como a fomentar la adopción de hábitos saludables para la mujer y enseñar la técnica del autoexamen de mamas⁴.

En este sentido, cabe mencionar que la capacitación del personal de salud de primer contacto y el desarrollo de un plan estratégico eficiente encaminado a una detección oportuna, son indispensables para generar una cultura de prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres de temprana edad, dando a conocer los factores de riesgo a los que están expuestas las mujeres⁵.

El presente artículo tuvo como objetivo general implementar intervenciones educativas de enfermería para la prevención de cáncer de mama en mujeres de 20-50 años de edad en la comunidad de San Pedro de los Baños, Ixtlahuaca, con el fin de brindar capacitación sobre lo que es cáncer de mama, autoexploración de las mamas, informar sobre los beneficios de tener una vida saludable, implementando la actividad física.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo con diseño de descriptivo-transversal, la muestra se constituyó por 35 mujeres de 20 a 50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, Ixtlahuaca, determinada mediante cuotas, ya que se seleccionó la muestra considerando algunas variables por estudiar; la técnica fue la encuesta, el instrumento fue un cuestionario con 17 ítems.

Los criterios aplicados para seleccionar a las mujeres fueron: Mujeres de 20 a 50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, mujeres que padecen o tienen algún familiar con cáncer de mama, mujeres que aceptan participar en la investigación.

Como parte inicial del proceso de investigación se solicita la autorización del delegado de la localidad, se definen las participantes y se les hace la invitación personal a contestar el cuestionario impreso, mismo que se aplicó en un periodo de dos meses (lunes a viernes) con un tiempo estimado de dos horas al día. Para la recolección de datos, se solicitó la firma de consentimiento informado por cada una de las participantes, y la investigación se apegó al Artículo 100 de la Ley General de Salud en materia de investigación, así como el Código de Helsinki.

De acuerdo con la información recabada con el cuestionario, se diseñó la programación y las temáticas para la intervención educativa, a fin de informar a las mujeres sobre los programas educativos en salud, para prevenir y detectar el cáncer de mama e informar sobre las causas y factores de riesgo que conllevan al cáncer de mama a temprana edad. Se citó a 10 mujeres para brindar las sesiones sobre los temas programados, aplicando una pre y post-evaluación.

Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva y se presentaron en tablas de contingencia y gráficos, permitiendo la descripción de los datos.

Resultados

Los resultados que se mencionan a continuación corresponden al diagnóstico obtenido mediante la aplicación del cuestionario a las 35 mujeres de la Comunidad de San Pedro de los Baños.

Datos sociodemográficos

De acuerdo a los resultados obtenidos en los cuestionarios, el 85.7% de las mujeres tienen una edad entre 20 a 25 años, mientras que el 5% son mujeres de 25 a 35 años de edad y el 9.3% son mujeres de 35 a 50 años de edad.

El 80% de las mujeres son solteras, el 11.4% son casadas, el 8.6% viven en unión libre. El 68.6% pertenecen a la religión católica, el 28.6% pertenece a la religión cristiana y el 2.8% son ateas. El 74.3% de las mujeres dependen económicamente de sus padres, el 17.1% dependen de sus esposos y el 8.6% son independientes. El 74.3% son estudiantes, mientras que el 14.4% trabajan y el 14.3% son amas de casa. El 88.6% indicó que los familiares que han presentado esta enfermedad de cáncer de mama son sus tías, el 9% son sus hijas quien han padecido de cáncer de mama y el 2.2% indica que sus hermanas o madres han padecido la enfermedad.

Sobre el cáncer de mama, el 74.3% de las mujeres encuestadas mencionaron que las acciones que nos ayudan a reducir el cáncer de mama son tener una buena alimentación, realizar una autoexploración y una mastografía, un 20% indica que la autoexploración nos ayuda a prevenir el cáncer de mama. Las actitudes que presentan las mujeres frente a su tratamiento quirúrgico son principalmente de miedo, ansiedad y preocupación durante su tratamiento quirúrgico (80%). Se pudo verificar que aproximadamente la mitad de las mujeres (51%) tiene un nivel de información concreto acerca del tema cáncer de mama.

El 42.9% de las mujeres indicó que dentro de las estrategias que tiene el personal de enfermería para la detección de cáncer de mama se encuentra el brindar promoción para la salud, el 40% indicó que es invitar a las mujeres a realizar la mamografía para prevenir el cáncer de mama y el 17.1% refirió que es desarrollar un plan de cuidados individualizados y humanizado de acuerdo con el avance del cáncer de mama.

De las mujeres encuestadas, el 57.1% menciona que algunas medidas que se tienen que tomar en cuenta para la detección del cáncer de mama es tener una alimentación sana, evitando consumir muchas grasas y azúcares. El 31% refiere que no hay ninguna medida para la detección del cáncer de mama y el 14.2% sabe que se debe evitar consumir alcohol y realizar ejercicio.

Los resultados que se presentan en la Tabla No.1: el 68.6% de las mujeres consideran la edad como un factor de riesgo, el 94.3% no se ha realizado mastografía, 62.9 % se han realizado una autoexploración mamaria, el 80% no tiene algún familiar con cáncer de mama, el 88.65% indica que la caída de cabello durante el tratamiento de quimioterapia puede prevenirse, así como 51% de las entrevistadas

entrevistadas considera que es posible prevenir el cáncer de mama y, el 85.7% considera que el tratamiento de cáncer de mama es efectivo.

Tabla No.1

Conocimientos y actividades que las mujeres tienen para prevenir el cáncer de mama.

Variable	Sí %	No %
Considera la edad como factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama.	68.6	31.4
Alguna vez te has realizado una mastografía.	94.3	5.7
Alguna vez te has realizado una autoexploración mamaria.	62.9	37.1
Antecedentes de cáncer de mama por parte de un familiar.	20	80
Es posible la prevención de caída de cabello durante los tratamientos de quimioterapia.	11.4	88.6
Considera que se puede prevenir el cáncer de mama.	51.4	48.6
Considera que es efectivo el tratamiento de cáncer de mama	85.7	14.3

Fuente: Cuestionarios aplicados a mujeres de 20-50 años de edad, en la Comunidad de San Pedro de los Baños, septiembre 2021.

Intervención de enfermería

Planeación: Para la intervención se realizó la selección de 10 mujeres de la comunidad de San Pedro de los Baños, que cumplieron con los criterios ya mencionados, invitándoles a participar en dicha intervención, se les entregó el consentimiento para firma, así como la planeación de las intervenciones educativas programadas en cuatro sesiones presenciales con los temas, ver Tabla No.2.

Tabla No.2

Planeación de Sesiones educativas

Sesión	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Tema	Cáncer de mama	Autoexploración mamaria	Alimentación y estilos de vida saludable	Actividad física para una vida saludable
Fecha	24/06/2023	06/07/2023	15/07/2023	22/08/2023
Duración	60 minutos	60 minutos	50 minutos	50 minutos
Recursos	Laptop, bocina, diapositivas.	Maniquí de mamas, laptop, bocina	Laptop, bocina, diapositivas, hojas, lapiceros	Tríptico, bocina, cuerdas, pelotas

Fuente: Sesiones presenciales aplicados a mujeres de 20-50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, junio 2023.

Ejecución de intervenciones educativas: Los datos sociodemográficos de las mujeres que participaron en la etapa de intervención son los siguientes: una mujer tiene entre 20 a 25 años, mientras que tres mujeres tuvieron entre 25 a 35 años de edad, seis mujeres de 35 a 50 años de edad. Una de las mujeres es soltera, cinco son mujeres casadas, dos viven en unión libre, dos mujeres son viudas. Dos mujeres pertenecen a la religión católica, tres mujeres pertenecen a la religión cristiana y cinco mujeres son ateas. Seis mujeres dependen de sus esposos, tres son mujeres independientes. Una mujer depende de otros, seis mujeres son amas de casa y cuatro mujeres son trabajadoras.

Las sesiones (ver Tabla No. 3) se llevaron a cabo en la casa de una de las participantes, los días sábados con un horario de 13:00 pm a 15:00 pm, donde previo a cada sesión se realizó una pre-evaluación y al finalizar se aplicó la post-evaluación, destacando la intervención educativa para la prevención de cáncer de mama, promoviendo la autoexploración de mamas y la importancia de la mamografía, explicando los factores de riesgo, los signos y síntomas que presentan las mujeres al tener cáncer de mama, la importancia de una detección oportuna y tratamiento.

Cambiando estilos de vida a una alimentación saludable, implementando la actividad física en la vida cotidiana. Estas capacitaciones ayudaron a las mujeres a tener un conocimiento suficiente sobre el cáncer de mama destacando un aprendizaje de 95% en las 10 participantes.

Tabla No.3

Actividades por sesión

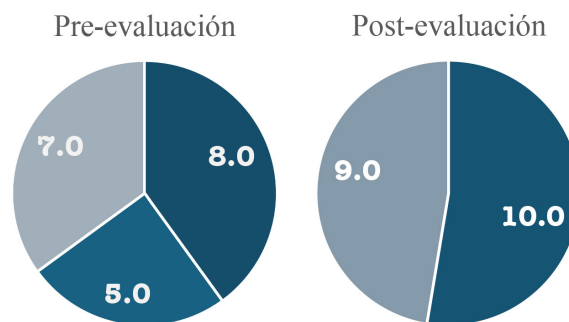
Primera sesión	Para la pre-evaluación, contestan un cuestionario de cinco preguntas abiertas con el tema <i>Cáncer de mama, anatomía de las mamas y los factores de riesgo del cáncer de mama</i> . Se realiza una post evaluación a través de un un crucigrama del mismo tema
Segunda sesión	Se realiza una pre-evaluación con un cuestionario de seis preguntas abiertas, tema: <i>Exploración mamaria</i> Se realiza una post evaluación que consiste en tres preguntas abiertas del mismo tema.
Tercera sesión	Se realiza una pre-evaluación con un cuestionario de cinco preguntas abiertas sobre el tema: <i>Estilos de vida saludable</i> . Para la post-evaluación se aplica un cuestionario de cinco preguntas abiertas sobre el mismo tema
Cuarta sesión	En la pre-evaluación se aplica un cuestionario de cuatro preguntas abiertas del tema: <i>Actividad física y su importancia</i> . En la post evaluación se aplica un cuestionario de relación de preguntas del mismo tema

Fuente: Sesiones presenciales aplicados a mujeres de 20-50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, junio 2023.

Evaluación: En la evaluación de la capacitación sobre *cáncer de mama* se obtuvieron los siguientes resultados: para la pre-evaluación se aplicó un cuestionario de cinco preguntas; 6 personas obtuvieron una calificación de 8.0, tres mujeres obtuvieron una calificación de 7.0 y dos mujeres obtuvieron una calificación de 5.0. En la post-evaluación se les aplicó un crucigrama, ocho mujeres obtuvieron una calificación de 10.0 y dos mujeres 9.0. (Gráfico No. 1)

Gráfico No.1

Pre y post evaluación de la capacitación sobre cáncer de mama.

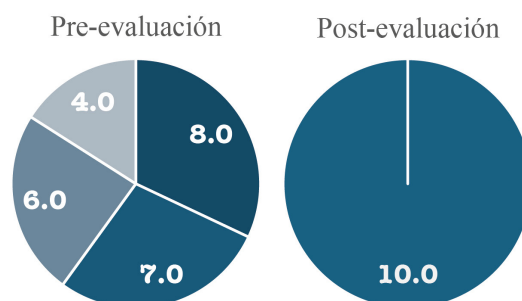


Fuente: Evaluación de la intervención educativa en mujeres de 20-50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, junio 2023.

Para la capacitación sobre *autoexploración mamaria*, se presentan los siguientes resultados en la pre-evaluación: cinco mujeres obtuvieron una calificación de 8.0, dos mujeres obtuvieron una calificación de 7.0, dos mujeres obtuvieron una calificación de 6.0 y una mujer obtuvo la calificación de 4.0. En la post evaluación se aplicó el mismo cuestionario y las 10 mujeres obtuvieron una calificación de 10.0 (Gráfico No.2)

Gráfico No.2

Pre y post evaluación de la capacitación sobre autoexploración mamaria.

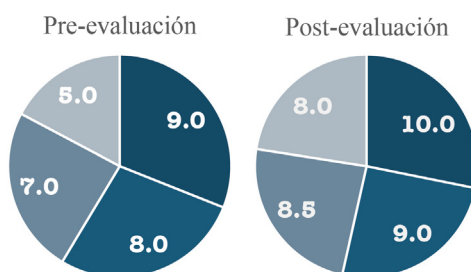


Fuente: Evaluación de la intervención educativa en mujeres de 20-50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, junio 2023.

En lo que respecta al tema de *alimentación y estilos de vida saludable*, en la pre-evaluación se aplicó un cuestionario, en el cual los resultados obtenidos fueron: seis mujeres tuvieron una calificación de 9.0, dos mujeres una calificación de 8.0, una mujer obtuvo la calificación de 7.0 y una mujer obtuvo la calificación de 5.0. En la post evaluación, cuatro mujeres obtuvieron una calificación de 10.0, tres mujeres obtuvieron una calificación de 9.0, dos mujeres una calificación de 8.5 y una mujer obtuvo una calificación de 8.0 (Gráfico No.3)

Gráfico No.3

Pre y post evaluación de la capacitación sobre alimentación y estilos de vida saludable.

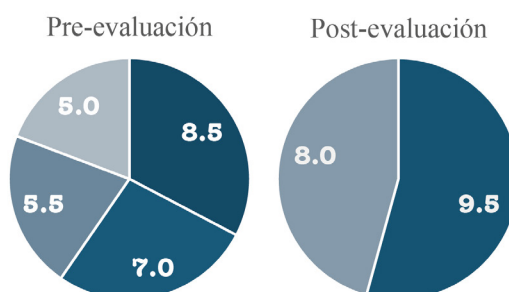


Fuente: Evaluación de la intervención educativa en mujeres de 20-50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, junio 2023.

En la capacitación sobre *actividad física para una vida saludable*. Los resultados obtenidos en la pre-evaluación fueron: cuatro mujeres obtuvieron una calificación de 8.5, dos mujeres obtuvieron una calificación de 7.0, dos mujeres 5.5 y dos mujeres obtuvieron una calificación de 5.0. En la post evaluación se aplica un cuestionario de relación de preguntas, ocho mujeres obtuvieron el 9.5 y dos mujeres obtuvieron de calificación el 8.0 (Gráfico No.4)

Gráfico No.4

Pre y post evaluación de la capacitación sobre alimentación y estilos de vida saludable.

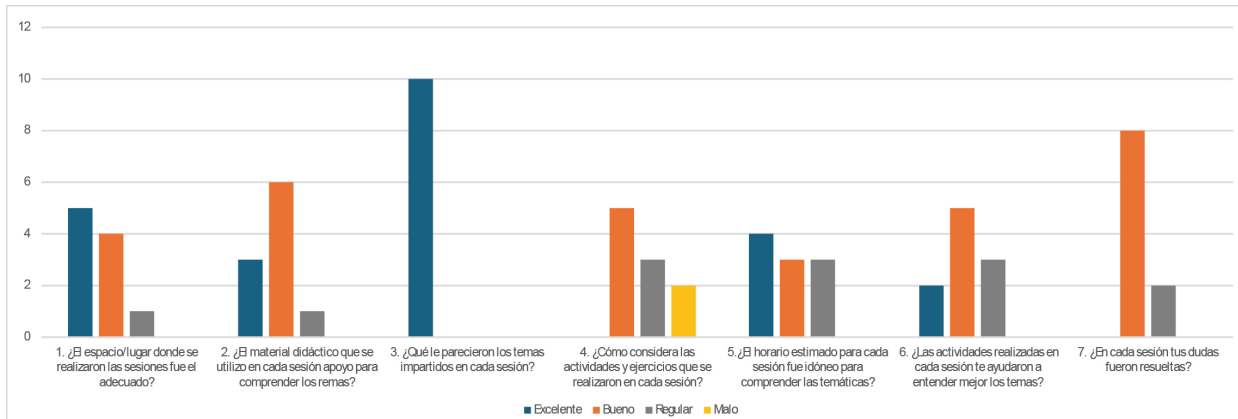


Fuente: Evaluación de la intervención educativa en mujeres de 20-50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, junio 2023.

Por último, se presentan, por medio de una gráfica, los resultados de la encuesta de satisfacción al haber concluido las capacitaciones de intervención educativa de enfermería para la prevención de cáncer de mama en mujeres de 20-50 años de edad. Destacando el 100% de las mujeres consideran que los temas impartidos en cada sesión fueron excelentes (Gráfico No. 5)

Gráfico No.5

Encuesta de satisfacción



Fuente: Evaluación de la intervención educativa en mujeres de 20-50 años de edad en la Comunidad de San Pedro de los Baños, junio 2023.

Discusión

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria y tienen la capacidad de invadir los tejidos sanos hasta alcanzar órganos y huesos e implantarse en ellos provocando un proceso llamado metástasis. Continúa como la primera neoplasia en mujeres en el mundo y es un problema de salud pública, se ha incrementado su frecuencia y mortalidad en países desarrollados y en desarrollo⁶. Es por ello que proporcionar información pertinente para la prevención y detección oportuna de esta enfermedad, es fundamental; por lo que en los resultados destaca la calificación de excelente a las temáticas ofrecidas en la intervención educativa.

El cáncer de mama es un problema de salud cada vez más importante por la tendencia ascendente en su incidencia y mortalidad, determinadas por el aumento en la prevalencia de los factores de riesgo y la falta de un programa nacional de detección oportuna integral, lo cual resulta evidente por el diagnóstico del cáncer de mama en etapas tardías hasta en un 52%⁷.

El objetivo de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de mama es reducir en un 2.5% anual la mortalidad mundial por esa enfermedad, lo cual entre 2020 y 2040 se evitarían 2,5 millones de muertes a nivel mundial.

Al cumplirse ese objetivo, para el 2030 se evitaría el 25% de las muertes por cáncer de mama entre las mujeres y para el 2040 esa cifra sería del 40%. Los tres pilares para alcanzar dicha meta son: la promoción de la salud para una detección precoz; el diagnóstico oportuno y programas de tratamiento integrales para el cáncer de mama⁸.

La forma más eficaz de reducir la mortalidad debido al cáncer de mama es encontrar el cáncer en una etapa temprana y recibir el tratamiento adecuado para combatir la enfermedad. La mastografía es la base del tamizaje del cáncer de mama, ya que nos permite detectar tumores antes de que sean palpables o empiece a manifestarse algún síntoma⁹⁻¹⁰.

Conclusiones

Las intervenciones educativas de enfermería para la prevención de cáncer de mama, son esenciales para favorecer la prevención y el autocuidado en la mujer con riesgo de presentar cáncer de mama a temprana edad, así la implementación de intervenciones educativas de enfermería y programas de promoción para la salud de manera directa favorece el aprendizaje de técnicas de prevención para el cáncer de mama, como lo es la autoexploración y la importancia de la mastografía semestral y anual en pacientes con y sin antecedentes.

Por su parte los estilos de vida saludables son individuales pero el acompañamiento del profesional de enfermería es indispensable para el apego de estos. Por ello el desconocimiento y falta de capacitación sobre factores de riesgo y medidas de prevención ante el cáncer de mama favorece una detección tardía y un mal pronóstico.

Las mujeres creen que es importante realizarse la autoexploración de las mamas, pero no saben la técnica adecuada, por ello se capacita acerca de la técnica adecuada en apego a guías de práctica clínica.

Referencias

1. OMS. Marco de aplicación de la iniciativa mundial contra el cáncer de mama: evaluación, fortalecimiento y expansión de los servicios de detección precoz y tratamiento del cáncer de mama: resumen ejecutivo. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2018 Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240067134>
2. González MJ. ¿En qué consiste el cáncer de mama? Top Doctors España. [Internet]
3. 2022. Available from: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/en-que-consiste-el-cancer-de-mama>
4. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de mamá. Hojas informativas para los profesionales de la Salud. La oficina Regional para las Américas [Internet] 2022. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
5. Palmero PJ., Lassard RJ, Juárez-Aguilar LA, Medina-Núñez CA. Cáncer de mama: una visión general. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2021; 19(3):354-360. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300354&lng=es. Epub 04-Abr-2022.
6. Scott GPR., Ramírez-Moran AF., Desten-Ramos A., Soto-Martínez O. Intervención educativa sobre cáncer de mama en mujeres, Policlínico Universitario “Emilio Daudinot Bueno”, Guantánamo 2017-2018. Rev. inf. cient. [Internet]. 2019; 98(5): 597-607. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000500597&lng=es. Epub 29-Oct-2019.
7. Pereira Mendes, A.V., Da Costa-Lindolpho, M., y Pinto-Leite, A. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. Enfer Glob, [Internet] 2012; (26): 416-426. Available from: <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200026>.
8. Cárdenas-Sánchez, J., Bargalló-Rocha, E., Erazo. Valle, A., Maafs, E., & Poitevin Chacón, A. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Gamo-smeo.com. [Internet] 2013. Available from: <https://www.gamo-smeo.com/temp/CANCER%20DE%20MAMA.pdf>

9. OMS. Reducir la mortalidad por cáncer de mama con metas al 2040. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2021. Available from: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=99459>

10. Castillo I., Bohórquez C., Palomino J., Elles L., Montero L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. RUDCA [Internet]. 2016; 19(1):5-14. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v19n1/v19n1a02.pdf>.

Escenarios y situaciones de racismo y clasismo durante el cuidado de enfermería: Una revisión de la literatura

Scenarios and situations of racism and classism
in Nursing care: A literature review

Cenários e situações de racismo e classismo durante a
assistência de enfermagem: Uma revisão da literature

Erika Lozada Perezmitre¹
<http://orcid.org/0000-0002-0515-8662>

Erick Landeros Olvera²
<http://orcid.org/0000-0001-6270-1759>

Rosa María Galicia Aguilar¹
<http://orcid.org/0000-0002-0933-124x>

Charlene Esteban Ronquillo³
<http://orcid.org/orcid.org/0000-0002-6520-1765>

¹Facultad de Enfermería Benemérita, Universidad Autónoma de Puebla, Puebla. México

²Doctorado en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Puebla, Puebla. México

³School of Nursing, University of British Columbia, Okanagan, Kelowna. Canada

Autor de Correspondencia:

Erika Lozada Perezmitre

Correo electrónico:

erika.lperezmitre@correo.buap.mx

Recibido: 25 noviembre 2023

Aceptado: 15 diciembre 2023

Publicado: 20 diciembre 2023

Resumen

Introducción: Una revisión sistemática rápida que explora las interacciones del clasismo y el racismo en la enfermería.

Objetivo: Comprender la discriminación basada en la clase y la raza en el sistema de salud de América del Norte a través de un análisis de contenido de la literatura.

Metodología: Los criterios de elegibilidad para esta revisión fueron predeterminados según el formato PICOT. Se incluyeron artículos publicados entre 2016 y 2020 que describían al personal de enfermería como actor principal o secundario en situaciones de racismo y clasismo dentro del cuidado de enfermería.

Las publicaciones se limitaron a los idiomas español, portugués e inglés. Los riesgos de sesgo se mitigaron mediante un proceso de selección de varios pasos y una herramienta de extracción de datos adaptada de los criterios de revisión

ISSN: 2954-4459

sistemática COCHRANE. Se incluyeron un total de 1395 publicaciones, 46 que cumplían los criterios de análisis. Menos artículos en la búsqueda en inglés en comparación con las búsquedas en español y portugués.

Resultados: Se sugiere una diferencia potencial en la atención prestada a la intersección de clase y raza en diferentes regiones de las Américas. Se extrajeron ocho temas: violencia, áreas de oportunidad, consecuencias, estrategias, eventos desencadenantes, barreras, sentimientos y acciones realizadas.

Discusión y Conclusiones: Es importante que la enfermería cuestione las conceptualizaciones de los blancos norteamericanos sobre el clasismo y el racismo para abordar de manera efectiva la discriminación en los sistemas de salud.

Palabras clave: Racismo, práctica de enfermería, inequidad en salud, desigualdades en salud, marginación

Abstract

Introduction: A rapid systematic review exploring interactions of classism and racism in nursing.

Objective: To understand the class and race-based discrimination in the North American health system through a content analysis of literature.

Methodology: Eligibility criteria for this review were pre-determined as per the PICOT format. Articles published from 2016 to 2020 that described nursing staff as the primary or secondary actors in situations of racism and classism within nursing care were included. Publications were limited to the Spanish, Portuguese, and English languages.

Risks of bias were mitigated through a multi-step screening process and data extraction tool adapted from the COCHRANE systematic review criteria. A total of 1395 publications were included, 46 meeting analysis criteria. Fewer articles in the English language search as compared to the Spanish and Portuguese language searches.

Results: This suggests a potential difference in the attention paid to the intersection of class and race in different regions of the Americas. Eight themes were extracted: violence, areas of opportunity, consequences, strategies, triggering events,

barriers, feelings, and taken actions.

Discussion and Conclusions: Is important for nursing to challenge white North American conceptualizations of classism and racism in order to effectively address discrimination in health systems.

Keywords: Racism, nursing practice, health inequity, inequalities in health, marginalization

Resumo

Introdução: Uma rápida revisão sistemática explorando as interações de classismo e racismo na enfermagem.

Objetivo: Compreender a discriminação baseada em classe e raça no sistema de saúde norte-americano por meio de uma análise de conteúdo da literatura.

Metodologia: Os critérios de elegibilidade para esta revisão foram pré-determinados de acordo com o formato PICOT. Foram incluídos artigos publicados no período de 2016 a 2020 que descreviam a equipe de enfermagem como atores primários ou secundários em situações de racismo e classismo no cuidado de enfermagem.

As publicações foram limitadas aos idiomas espanhol, português e inglês. Os riscos de viés foram mitigados por meio de um processo de triagem em várias etapas e uma ferramenta de extração de dados adaptada dos critérios de revisão sistemática da COCHRANE. Um total de 1.395 publicações foram incluídas, 46 atendendo aos critérios de análise. Menos artigos na busca em inglês em comparação com as buscas em espanhol e português.

Resultados: Sugere uma diferença potencial na atenção dada à interseção de classe e raça em diferentes regiões das Américas. Foram extraídos oito temas: violência, áreas de oportunidade, consequências, estratégias, eventos desencadeantes, barreiras, sentimentos e ações tomadas.

Discussão e Conclusão: É importante para a enfermagem desafiar as conceituações norte-americanas brancas de classismo e racismo, a fim de abordar efetivamente a discriminação nos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Racismo, prática de enfermagem, iniquidade em saúde, desigualdades em saúde, marginalização

Introduction

Racial and social inequities have been brought starkly into the light by combined events in 2020 of the disproportionate impact of the Covid-19 pandemic on racialized communities^{1,2} and the deaths of Black and Indigenous peoples in North America, that highlighted the ongoing problems and significant effects of systemic racism. A direct consequence is the reckoning of many North American professional groups with their own relationships with systemic structures of racism and oppressions^{3,4,5,6}.

While issues of racism in relation to nurses and nursing care are not new^{7,8,9}, events in 2020 have created a different climate of urgency for action, with nurses seemingly positioned at a crossroads of how to move forward.

While some point to the crucial role of nurses as advocates and work towards supporting nurse's role in anti-racist efforts³, at the same time, recent events have pointed to the complicity of nursing in perpetuating and enacting systemic racism¹.

Within academic nursing, there is admirable work being conducted to address issues of racism. However, much of the recent interest in engaging with racism in nursing has been largely embedded in normative assumptions that is centers on issues in white North America.

For example, the current outcry for action to address systemic racism in health systems is largely in reaction to the high-profile incidents anti-Black and anti-Indigenous racist treatment by nurses that have captured much of the attention in North America in 2020. While we agree that these are most pressing issues, we nevertheless highlight that even within anti-racist work in nursing, we maintain a view that privileges and centers North American and western nursing issues, with limited questioning of the extent to which our North American issues relating to racism are also salient for the nursing profession elsewhere.

Background

Lived experiences of nursing academic scholars in Mexico have pointed to issues of classism as deeply intertwined with racism. In this paper, we define classism as discrimination and social divisions according to social and economic conditions that are experienced by individuals with particular attention to issues of power and determined by status, expectations, location, and access to resources^{10,11}.

The importance of considering race and ethnicity in relation to other social determinants of health is emphasized by the Pan American Health Organization (PAHO / WHO)¹², highlighting the inextricable link between experiences of classism and racism.

The intersecting nature of class and race is made apparent when looking to the disproportionate impact of the Covid-19 pandemic on racialized communities that are, often, also communities with lower socioeconomic status¹³. The increased recognition of the role of systemic racism has demanded that scientists, healthcare systems, and healthcare professionals use more critical lens in understanding the pandemic's impacts on racialized communities. Researchers have emphasized the importance of developing more nuanced understandings of racialized communities that concurrently consider class and socioeconomic status, among other social locations, to move explanations of the impacts of Covid-19 on racialized communities that may be grounded in racial stereotypes^{14, 15}.

One key barrier to understanding the nature and impact of the combined impacts of class and race on nursing is the scarcity of published scientific literature on this topic. The lack of published scientific articles on the topic perhaps reflects an underappreciation or lack of awareness of the complexity of intersecting social locations and how these shape individual's experiences of racism.

Another potential contributor is the dominance of authors from predominantly white western nations academic nursing in the popular nursing journals, which inadvertently reflect the priorities of this region of the world, beyond others.

Underappreciated recognition of the role of class as it intersects with race represents a substantial challenge in providing nursing care in our understanding of, as has been only recently pointed out.

In contrast, anecdotes can be readily found among nursing educators and clinicians that speak to how nursing care can be jeopardized because of discrimination of patients according to class, race, or both, in health systems.

There is limited understanding of nurse's encounters with and responses to instances where they may be faced with the intersecting effects of classism and

racism on patients, despite nurses being important intermediaries, communicators, and connectors in health systems^{16,17,18,19}. Nurses potentially mediate power dynamics within patient's encounters and experiences within the healthcare system²⁰.

To broaden our understanding of impacts of racism with a lens that extends beyond issues in North America, attention must be paid to the intersection of racism with class discrimination: an issue of importance in Latin America. To address this gap in the literature, we conducted a rapid review to generate evidence and illuminate insights into the nature of the classism and racism intersection in health systems, as they relate to nursing practice in the Americas.

Methodology

Established consensus and guidance of rapid review methodologies are emergent and as such, there is currently variation on a formal definition of a rapid review. To this study, we used the following working definition developed by Tricco and colleagues²⁵: "a rapid review is a type of knowledge synthesis in which components of the systematic review process are simplified or omitted to produce information in a short period of time."

We conducted a rapid review of the literature informed by leading emergent guidance on rapid review methodologies^{21,22,23,24,25}. Reporting of results were informed by established reporting guidelines to mitigate the significant limitations of inconsistent reporting and transparency that has been found in many rapid reviews²⁶.

Articles included in the rapid review were examined using content analysis, which involved expert consensus to describe the scenarios and situations of racism and classism during nursing care in America.

The protocol registration was completed by the Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, faculty of Nursing in Puebla, Mexico. Methods of the analysis and inclusion criteria were specified in advance and documented in a protocol.

Eligibility Criteria: A preliminary search of the literature initially limited to Latin America was conducted using combinations of the keywords and their variants: "racism, classism, nursing, and discrimination."

Results from this preliminary search did not yield enough articles, suggesting that relevant literature addressing the concepts of race and class in relation to nursing practice would produce very few results. We therefore decided to broaden the search to the Americas, include articles written in the English, Spanish, and Portuguese languages (reflecting language proficiencies within our team), and add the keyword “exclusion” in literature search.

The research question to guide the literature search asked: What is the nature of instances of classism and racism encountered by nurses in their clinical practice? This question was developed based on the PICOT format, in line with rapid review methodology²⁶; the question components are outlined in table No.1.

The Information Sources following databases were searched: PubMed, COCHRANE Library, EBSCO, DIALNET, SCIENCE DIRECT, REDALyC, MEDLINE, CINAHL, and Scielo. Articles published between the first semestre of 2019 to the second semester of 2022 were considered.

The search for articles was limited to Spanish, Portuguese, and English. The key words in Spanish were: Racismo, Clasismo, Discriminación, Cuidado de Enfermería. For the Portuguese language: Racismo, Discriminação, Cuidados de Enfermagem. For the English language, key words were Racism, Classism, Discrimination, Nursing Care.

Study Selection taken inclusion criteria: Articles that contain situations of racism, classism in clinical settings or settings where nursing staff is involved as primary or secondary actors.

Exclusion criteria: Articles that contain situations of racism, classism in educational settings or other than the clinical setting. Elimination criteria: All articles that do not contain enough information on the subject in the full text.

The strategy for the selection of articles were conducted in the following order: 1) The identification of articles was carried out through the use of subject headings that corresponded with the key words of interest, using the DeCS subject headings for the Spanish and Portuguese language, and MeSH for the English language; 2) conducting the search using Boolean operators AND, OR and NOT, with the

following structure: racism OR classism AND nursing OR care NOT medicine. 3) Screening of titles. 4) Screening and review of the abstract. 5) Full text analysis.

For the analysis of the articles, the authors designed a data extraction form that was adapted from the COCHRANE systematic review criteria²⁷ to describe the scenarios and situations of racism and classism.

In the content analysis, the results yielded very few original research articles which made conducting quality appraisals and evaluating publications according to empirical research requirements an unsuitable approach. Therefore, to analyze the results, the team conducted qualitative content analysis and considered the published evidence as “academic products”²³. After completing reading the selected articles, the parts where racism, classism and exclusion were involved in nursing care or health service situations were identified. In each scenario, similar or equivalent concepts were identified and defined.

They were divided in eight groups: violence, opportunity areas, consequences, strategies, triggering events, barriers, feelings and taken actions to analyze the dimensions that build up each concept and analyzed together to interrelate it. The content analysis indicated theoretical saturation before finalizing the complete review of the academic products, which encouraged the researchers to close the evaluation to present the concepts, categories, and their dimension.

Results

It is evident that 1395 academic products were initially identified, but were subsequently excluded based on title or abstract, leaving 1225 full-text articles for assessment against the inclusion criteria. Following a meticulous analysis, a total of 46 published products were included in the study. Subsequently, upon scrutinizing the content of these academic products, an open coding approach was employed, yielding eight distinct concepts. This coding process aimed to enhance clarity and precision in elucidating the meaning of these concepts.

The content analysis resulted in the identification of 39 categories, from which 137 dimensions emerged. These dimensions are delineated as follows: [proceed with the presentation of the 137 dimensions].

Violence pertains to any nurse behavior that causes harm to the person receiving care, including both directly harmful actions and omission of action.

Areas of opportunity are defined as any situations or circumstances wherein improvements to services and health care are necessary to mitigate the effects of discrimination and exclusion. Six categories and 13 dimensions show the most common areas of opportunity in which nurses could be focusing to prevent racism and classic.

Consequences include any unfavorable effects on the person receiving care because of perceived classist or racist discrimination or exclusion. Four categories and 12 dimensions were analyzed as the most common experienced by patient.

Strategies comprise of sets of actions that seek to improve health care conditions against classism, racism, and exclusion in vulnerable groups. Five categories and 35 dimensions were identified during the nursing care to improve health care conditions.

Triggering Events are contextual situations or events that create an environment that favors classism, racism, discrimination, or exclusion within health care. Five categories and 10 dimensions were obtained as the events favoring classism, racism, or discrimination during care.

Barriers comprise of physical, cognitive, or perceived obstacles that disallow the development of professional skills that mitigate situations of classism, racism, discrimination, or exclusion in vulnerable groups in health care. Five categories and 10 dimensions were extracted as the obstacles to deliver health care without discrimination.

Feelings refer specifically to any positive or negative affective states expressed by nurses facing events or circumstances of classism, racism, or exclusion in vulnerable groups in health care. Three categories and 10 dimensions were obtained as the most common feelings nurses presented. Taken Actions are specific actions carried out by health professionals, aimed at avoiding classism, racism, or exclusion at the point of care of vulnerable people. Six categories and 10 dimensions were obtained as the specific actions done by nurses to avoiding classism, racism, or exclusion in care.

Discussion

The objective of this study was to synthesize the available evidence to describe the scenarios and situations of racism and classism in the context of nursing care in the Americas with a rapid review of the literature. In accordance with the PICOT question that guided this rapid review, situations of racism and classism in the context of nursing were examined broadly and included examination across levels of care (i.e., primary, secondary, and tertiary care), across racial groups, across ethnic groups, and across service sectors (i.e., public or private health services).

While the involvement of nursing was a requirement for article inclusion, not all the studies had a specific focus on nursing. Indeed, the majority of articles included in the review were selected because they included nursing as one of the key actors among other health professionals in health systems. Scrutiny of the evidence showed that there most of the selected publications comprised academic products that were other than original or research articles; few qualitative research articles and even fewer quantitative research articles were found. Most publications in this rapid review were editorials, case reports, news reports, life stories, magazine articles that were mostly from the social sciences, rather than health sciences.

The lack of scientific articles denotes the importance of a research line to gather evidence on racism and its implications in health services in most of Latin America. Brazil is in Latin America, the country with the biggest contribution on classism and racism nursing research, possibly due to the considerable number of Indigenous and Afro-American groups in this society and where situations of racism are perhaps more apparent.

In other countries, results of the review suggest that instances of classism over racism is more evident. The greater focus on classism in comparison to racism seems to be the most common in Mexico. It might be that Mexicans have a constitutional right to health regardless of socioeconomic class, skin color, or ethnic group. However, private health services restrict access to certain population groups and undermines rights to equal health services.

Regarding the scenarios where violence occurs, it is a concept permeating across all scenarios of classism, racism, and exclusion where health service is

involved. In most of the articles, situations of violence stood out from migrants and indigenous groups, who did not receive equal treatment. Even if which, the professional did not deny the service, the attention was postponed. According to the literature, if the patient comes from an indigenous group, the risk of dying is higher than other patients²⁸. This is a clear violation committed against human rights. Given the panorama, it can be concluded that violence could be considered a surrogate term for racism.

Conclusions

Efforts aimed at addressing racism within the field of nursing have garnered significant attention and momentum, particularly in response to the heightened injustices and disproportionate impact of the Covid-19 pandemic on racialized groups. Progress towards fostering an anti-racist nursing environment necessitates a deliberate examination and rectification of our own professional blind spots. Notably, prevailing normative assumptions regarding discourses on racism often derive from issues predominantly centered in the white North American nursing context, leading to the oversight of classism as an intricately interconnected challenge.

This oversight is particularly conspicuous in the Latin American context, where classism is recognized as a significant issue. This rapid review seeks to furnish evidence underscoring the critical intersections of classism and racism in nursing practice in Latin America, a perspective hitherto predominantly informed by the lived experiences of Latin American nursing scholars. These insights into classism and racism within the nursing profession are pertinent not only to scholars but also to practitioners across the Americas. Future research endeavors should aim to further elucidate these intersections.

Acts of racism, classism, and exclusion within health services, including nursing, are responses to multifactorial situations encompassing systemic, educational, professional training, ethical, and unprojected values. Despite the existence of testimonials documenting instances of racism and studies examining sociocultural situations in vulnerable groups, efforts to mitigate these acts are apparent. This is evident in the manifestation of values, legal initiatives aimed at policy modification, and increased awareness.

Health professionals, particularly those in the field of nursing, express concern, and endeavor to eradicate acts of racism, classism, and exclusion through meticulous documentation and the provision of humane treatment to patients and their families.

Funding

No funding was received for this study.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Krieger N., Waterman PD, Chen JT. COVID-19 and Overall Mortality Inequities in the Surge in Death Rates by Zip Code Characteristics: Massachusetts, January 1 to May 19, 2020 American Journal of Public Health [Internet] 2020;110, 1850-1852, Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305913>
2. Laurencin, C. T., & McClinton, A. (2020). The COVID-19 Pandemic: a Call to Action to Identify and Address Racial and Ethnic Disparities. Journal of racial and ethnic health disparities. [Internet] 2020 7(3), 398-402. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00756-0>
3. Canadian Nurses Association. Anti-Black racism is a public health emergency in Canada [Internet]. 2020 Available from: <https://cna-aic.ca/en/news-room/news-releases/2020/anti-black-racism-is-a-public-health-emergency-in-canada>
4. Grant EJ. ANA President Condemns Racism, Brutality and Senseless Violence Against Black Communities. American Nurses Association [Internet] 2020. <https://www.nursingworld.org/news/news-releases/2020/ana-president-condemns-racism-brutality-and-senseless-violence-against-black-communities/>
5. National Nurses United. National Nurses Statement on George Floyd and National Policing Practices. [Internet] 2020 Available from: <https://www.nationalnursesunited.org/press/national-nurses-statement-george-floyd-and-national-policing-practices>
6. Registered Nurses Association of Ontario. RNAO stands together with our Black sisters and brothers Nurses' Association of Ontario [Internet] 2020 Available from: <https://rnao.ca/news/media-releases/rnao-stands-together-our-black-sisters-and-brothers>

7. Hall JM., Fields B. Continuing the conversation in nursing on race and racism. *Nursing Outlook*, [Internet] 2013 61(3):164-173. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.11.006>
8. Iheduru-Anderson K., Shingles RR., y Akanegb C. Discourse of race and racism in nursing: An integrative review of literature. *Public Health Nursing*. [Internet] 2020; 38(1):115-130. Available from: doi: 10.1111/phn.12828
9. Thurman WA., Johnson KE., Sumpter DF. Words Matter: An Integrative Review of Institutionalized Racism in Nursing Literature. *Advances in Nursing Science*. [Internet] 2019;42(2):89-108. Available from: <https://doi.org/10.1097/ans.000000000000265>
10. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). El Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas, Servicios y Atención en las Clínicas de las Comunidades. [Internet] 2 ed. 2018. Available from: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
11. Fox D., Prilleltensky I., Austin S. (Eds.). *Critical psychology: An introduction* (2nd ed.). Sage Publications Ltd. 2009
12. Lott B. The social psychology of class and classism. *American Psychologist*. [Internet] 2012; 67(8), 650–658. Available from: <https://doi.org/10.1037/a0029369>
13. Pino SD., Coates AR., Guzmán JM., Gómez-Salgado J., Ruiz-Frutos C. Política sobre etnicidad y salud: Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Revi Esp de Salud Pública*, [Internet] 2018; 92, e201809059. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100308&lng=es.
14. Hawkins RB., Charles EJ., Mehaffey JH. Socio-economic status and COVID-19-related cases and fatalities. *Public Health*, [Internet] 2020. 189: 129-134. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.09.016>
15. Chowkwanyun M., Reed AL. Racial Health Disparities and Covid-19 – Caution and Context. *New England Journal of Medicine*, [Internet] 2020; 383(3): 201-203. Available from: <https://doi.org/10.1056/nejmp2012910>
16. Yaya S., Yeboah H, Charles CH, Out A., Labonte R. Ethnic, and racial disparities in COVID-19-related deaths: counting the trees, hiding the forest. *BMJ Global Health*, [Internet] 2020; 5(6), e002913. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002913>
17. Butler S., Diaz C. Nurses as intermediaries in the promotion of community health: Exploring their roles and challenges. *Building Healthy Neighbourhoods Series*. [Internet] 2017. Available from https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2017/09/es_20170921_nurses_as_intermediaries.pdf

18. Goulter N., Kavanagh DJ., Gardner G. What keeps nurses busy in the mental health setting? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, [Internet] 2015; 22(6):449-456. Available from: <https://doi.org/10.1111/jpm.12173>
19. Mororo DD., Menezes RM., Queiroz AA, Silva CJ, Pereira WC. Nurse as an integrator in healthcare management of children with chronic condition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [Internet] 2020; 73(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0453>
20. Wurzbach ME. (1996). Comfort and nurses' moral choices. *Journal of Advanced Nursing*, [Internet] 1996; 24(2), 260-264. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.01985.x>
21. West R., Bartkowski JP. Negotiating Patient-Provider Power Dynamics in Distinct Childbirth Settings: Insights from Black American Mothers. *Societies*, [Internet] 2019; 9(2), 45. Available from: <https://doi.org/10.3390/soc9020045>
22. Garritty C., Gartlehner G., Kamel C., King V., Nussbaumer-Streit B., Stevens A., Hamel C., Affengruber L. Interim guidance from the cochrane rapid reviews methods group. *Cochrane*, [Internet] 2020. Available from: https://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-v1.pdf
23. Hamel C., Michaud A., Thuku M., Affengruber L., Skidmore B., Nussbaumer-Streit, B. Stevens A., Garritty C. Few evaluative studies exist examining rapid review methodology across stages of conduct: a systematic scoping review. *Journal of Clinical Epidemiology*, [Internet] 2020; 126, 131-140. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.027>
24. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, [Internet] 2009; 6(7), e1000097. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
25. Kelly SE., Moher D., Clifford TJ. Quality of conduct and reporting in rapid reviews: an exploration of compliance with PRISMA and AMSTAR guidelines. *Systematic Reviews*, [Internet] 2016; 5(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0258-9>
26. Tricco AC., Antony J., Zarin W., Striffler L., Ghassemi M., Ivory J., Perrier L., Hutton B., Moher D., Straus SE. A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*, [Internet] 2015; 13(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0465-6>
27. Tricco AC., Langlois E., Straus SE., Organization WH. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. *World Health Organization*. [Internet] 2017. Available from: <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/2017-08-10-rapid-reviews-to-strengthen-health-policy-and-systems-a-practical-guide>

28. Higgins JP., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page MJ., Welch VA. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. John Wiley [Internet] 2019. Available from: <https://training.cochrane.org/handbook>

Annexes

Table No.1

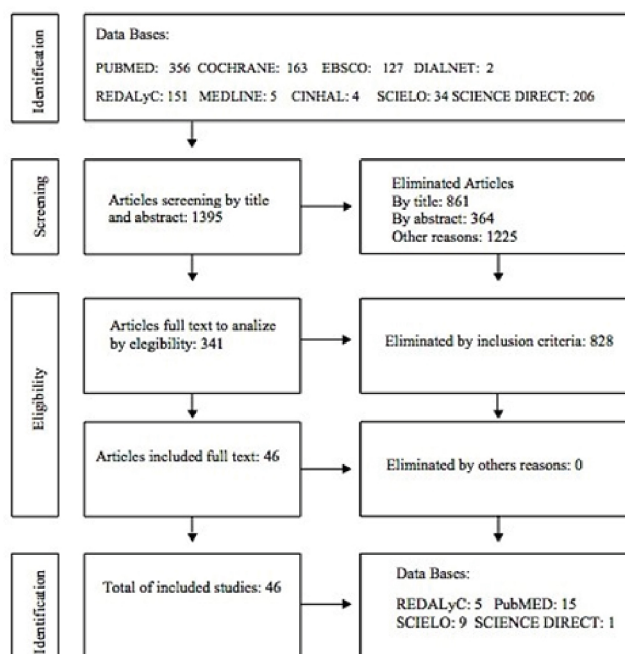
PICOT Question

Population	Intervention	Comparison	Outcome	Time
Nursing staff.	Situations of racism and classism in nursing care.	Between levels of care Between ethnic groups Skin color Public and private service.	Describe the situations of racism and classism.	All articles published in the period from 2016 to 2020.

Source: Own, 2022

Figure 1

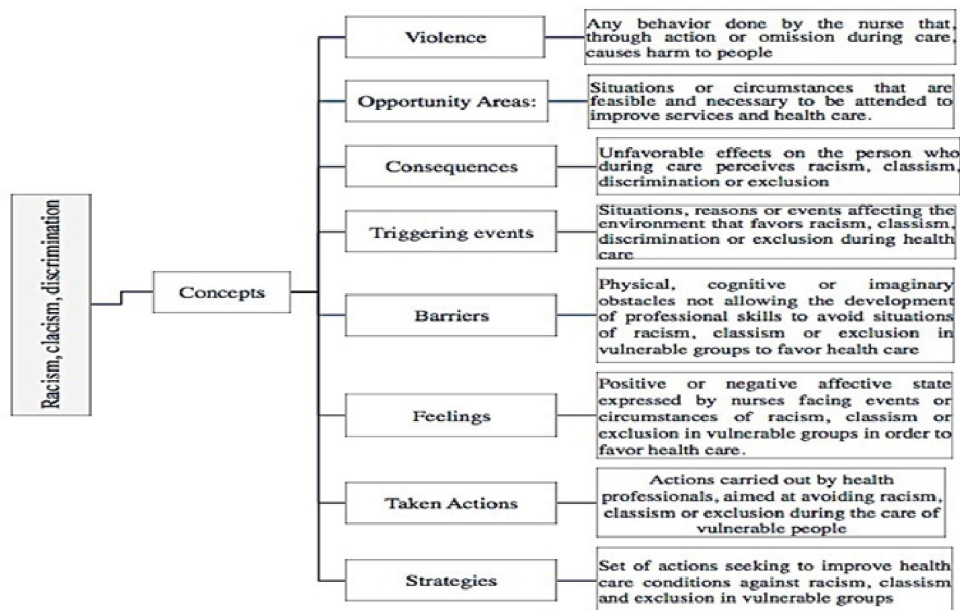
Flowchart of the article selection process



Source: Reporting Items for Systematic Review

Figure 2

Concepts identified in the actions of Racism, classism, and discrimination in health care.



Source: Reporting Items for Systematic Review

Table No.2

Concept: Violence

Physical, Moraland Psychological	Human Rights	Gender	Race	Economic	Traditions
Abuse	Disinformation	Obstetric	Migrants	Classism	Do not consider
Derogatory comments shared with co-workers	Discriminatory or preferential Communication in Patient Care	By sexual Identity	Etnicites Indigenous Groups	Socioeconomic level	beliefs
Threats			Unequal treatment based on color		
Screams	Delay in care		Colourism		
Denostation					
Derision					
Murmurs					
Denying care without the permission of the husband Use of nicknames					

Source: Content Analysis

Table No.3

Concept: Areas of Opportunity

Training	Health services	Safety	Research-Action	Leadership	Healthcare workforce
In ethnicity	Access without discrimination.	Do not expose.	Focus the EBE to reduce tensions in cultural care.	Increasing and supporting diverse individuals in leadership positions	Nurse practitioners as optimally positioned to address inequities
Intercultural approach		Culturally sensitive care.			
Healthbeliefs	Horizontality forethnic groups.			Need for nurse advocacy and leadership within teams when addressing discrimination and behavior.	
Human rights					
Gender and equity cultural practices	Emphasis on Person-Centered Care				

Source: Content Analysis. Note: EBE, Nursing Based on Evidence

Table No.4

Concept: Consequences

Injustice	Quality of life	For life	Sociocultural
Violation of fundamental rights. Inequities to the population.	Deterioration of quality of life	Impaired health It causes disease Suicidal ideation Consummate suicide	Economic, political and cultural differences Denial of ethnic relevance Imposition of beliefs, values, and behavior patterns. Feeling undervalued in accessing healthcare services Nurses perpetuating discriminatory practices towards care receive

Source: Content Analysis

Table No.5

Concept: Strategies

Values	Communication	Understanding	Legal	Actions
Respect	Dialogue	Of ethnicrelevance	Guarantee of the intercultural approach.	Social participation
Empathy Justice	Bias in Documentation	Of the worldview of the peoples	Political action	Reduce inequalities
Recognition	Open and consistent communication between provider and patient	From Ancestral knowledge	Ethnicity as a transversal axis	Recognition of intercultural processes

Table No.5 (Continuation)

Make an institutional priority and commitment	Actively addressing Discriminatory behavior in the healthcare space	Of healthcare Needs (with respect to gender identity and sexual orientation)	Institutional strengthening on inequalities	Improve access to health services
			Institutional strengthening on intercultural processes	Defense of patient rights
		Cultural competence, cultural humility, and cultural sensitivity		Triggering
		Structural competency	Regulation and registration of the migrant population	Vigilant attention to dimensions of identify (race, ethnicity, socioeconomic status, gender, identification, sexual preferences
		Of professional responsibility to advance the goal of health equity		Education of student's nurses
		Debriefing instances of discrimination with students and the healthcare team		Self-reflections
		Conscious use and awareness of anti-discriminatory leadership frameworks		Increase diversity of providers
				Following Codes of Ethics from institutions and unions

Source: Content Analysis