



Revista Salud y Cuidado

ISSN: 2954-4459



Enero-Marzo
2025

Volumen 4
Número



EQUIPO EDITORIAL

Directora General: Dra. Vianey Méndez Salazar. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Coordinadora editorial: Mtra. Teresa Cañas López. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Consejo editorial

Dra. Bárbara Dimas Altamirano. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Mtra. Liliana Antonia Guadarrama Pérez. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. Isabel Alvarez 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. Danelia Gómez Torres. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. Blanca Díaz Bernal. 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.

Dra. María de Lourdes Rico González. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Consejo de redacción

Nacional

Dra. Hortensia Castañeda Hidalgo. Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico, 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.

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. 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 Santillan. Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEMéx-Zumpango, México.

Mtra. Claudia Hernández del Valle. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. México.

Dr. Francisco Javier Arroyo Cruz. Universidad de Guanajuato. México.

Dra. Abigail Fernández Sánchez. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Dra. Norma Pizarro. Universidad Autónoma de Chihuahua.

Mtro. Hugo Montes de Oca Vargas. Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población.

Dr. Rafael Antonio Estévez Ramos. Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Valle de Chalco.

Dr. Ihosvany Basset Machado. Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Valle de Chalco.

Internacional

Dra. Marcela Carrillo Pineda. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Colombia.

Mtra. Kimm Alegría Castañeda Arellanes. Asesor Independiente en Salud.

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. Doris Sequeira Daza. Universidad Central, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Chile.

Mg. Jocelyn María Ramón Rojas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas. Universidad Peruana Unión, Perú.

Dra. Ledia Lazara Ramos García. Complejo Científico Ortopédico Internacional "Frank País", La Habana, Cuba.

Dra. Ivone Evangelista Cabral. Universidad Federal de Río de Janeiro.

Dra. Marialda Moreira Christoffel. Universidad Federal de Río de Janeiro.

Equipo de traducción en idioma inglés

Dra. Gabriela Cervantes Espinoza. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. 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.

Revista Salud y Cuidado, Vol.4, Núm.1, enero-marzo 2025, es una revista de publicación trimestral editada por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Instituto Literario núm. 100 ote., Colonia Centro, Toluca, Estado de México, C.P. 50000; teléfono: 7222773835; página de internet: <http://revistasaludycuidado.uaemex.mx>, correo electrónico: revistac_fe@uaemex.mx. Editora responsable: Mtra. Teresa Cañas López, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Paseo Tollocan S/N esquina Jesús Carranza, Col. Moderna de la Cruz, C.P. 50180, Toluca, Estado de México. Teléfono: 722 270 6279 y 722 226 2300. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo núm. 04-2021-033115440900-102, ISSN: 2954-4459, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). Responsable de la última actualización de este número: Mtra. Teresa Cañas López, Facultad de Enfermería y Obstetricia Universidad Autónoma del Estado de México en Paseo Tollocan S/N esquina Jesús Carranza Col. Moderna de la Cruz, C.P. 50180, Toluca, Estado de México, México. Teléfono: 722 270 6279 y 722 226 2300. Fecha de última actualización: 3 de octubre del 2025. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación y actualización. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido aquí publicado sin fines de lucro, siempre que no se modifique y se cite la fuente completa y su dirección electrónica en términos de la licencia aplicable. Esta obra se encuentra protegida por una Licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY NC SA 4.0) Hecho en México, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx), todos los derechos reservados 2025.

Imágenes

1 Foto de Unsplash

2 Foto de Unsplash

3 Foto de Unsplash

Diseño

Enrique Téllez Morales



Editorial

La observación de la salud desde la complejidad y la transdisciplinariedad

Health observation from complexity and transdisciplinarity

A observação da saúde a partir da complexidade e da transdisciplinaridade

Daniel Jhovani Arzate Díaz

06

Artículos Originales Resultados de Investigación

Prevalencia anticonceptiva: uso y conocimiento en estudiantes adolescentes

Contraceptive Prevalence: use and knowledge among adolescent students

Prevalência de métodos contraceptivos: uso e conhecimento nos estudantes adolescentes

Brenda Cristina Hernández Hernández, Aurora Martínez Vázquez, Dulce María Zúñiga Martínez, René Rico Sánchez, Nephys López Sánchez, Ruth Magdalena Gallegos Torres

19

Efecto de un programa de intervención educativa en el estado nutricional en adultos mayores

Effect of an educational intervention program on the nutritional status of older adults

Efeito de um programa de intervenção educacional no estado nutricional de idosos

Mariela Quintanilla Moreno, Ariana Maya Sánchez, Benjamín López Nolasco, Edith A. Cano Estrada, Gabriela Maldonado Muñiz

31

Aplicación de las adecuaciones al modelo de Patricia Benner para alcanzar el nivel de práctica avanzada

Application of adjustments to Patricia Benner's model to achieve the advanced practice level

Aplicação de adaptações ao modelo Patricia Benner para alcançar a enfermagem de prática avançada

Katia Blanco Hechavarría, Marta Otero Ceballos, Luis Oscar Marrero Riverón, Yusimy Mesa Rodríguez, Julia Maricela Torres Esperón, Ledia Lázara Ramos García

44

Hospitalizaciones evitables en México: factores organizacionales y del paciente según tomadores de decisiones

Avoidable hospitalizations in Mexico: organizational and patient factors according to decision-makers

Hospitalizações evitáveis no México: fatores organizacionais e de pacientes segundo os tomadores de decisão

Cynthya Maya Hernández, Arturo Cuauhtémoc Bautista Morales, Laura del Pilar Torres Arreola, Estephania Moreno Zegbe, Ofelia Poblano Verástegui, Sergio Flores Hernández

54

Artículos de Revisión y Relatos de Experiencia

La historia de vida como herramienta de valoración y atención gerontológica

Life history as a tool for geriatric assessment and care

História de vida como ferramenta de avaliação e cuidado gerontológico

Juan Antonio Cástulo Zendejas, Reyna Martínez Dionicio

08

La observación de la salud desde la complejidad y la transdisciplinariedad

*Health observation from complexity and transdisciplinarity
A observação da saúde a partir da complexidade e da transdisciplinaridade*

Dr. Daniel Jhovani Arzate Díaz¹

¹ Facultad de Humanidades, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Correo electrónico: daniel.arzat@gmail.com

ISSN: 2954-4459

La ecología de los cuidados convoca a la reflexión sobre la complejidad de la salud, así como de las necesidades transdisciplinarias para su atención y promoción. La mente, el cuerpo, las emociones o la espiritualidad han de comprenderse como parte de la salud humana, cuya observación debe ser simultánea, compleja; es decir considerar, al mismo tiempo, a la mente articulada al cuerpo y a las emociones en el tratamiento de alguna condición determinada.

Para la complejidad y la transdisciplinariedad, como *epistemologías de vanguardia*¹, los procesos de salud-padecimiento no pueden comprenderse sin tener en cuenta dimensiones culturales, sociales e históricas. Pensemos en el empacho, cuyas razones biomédicas pueden ser articuladas con contextos sociales determinados, cuyos remedios atraviesan creencias y prácticas tanto médicas como simbólicas. Bien es cierto que existen otros ejemplos de mayor

densidad clínica, pero el anterior permite mostrar cómo la salud está vinculada con otras dimensiones de la vida.

En tal sentido, el arraigo a la comprensión dual de los fenómenos se encuentra en decadencia, pues la integración de conocimientos y saberes globales, así como de la bioética y la Inteligencia artificial, desde posturas incluyentes e interculturales, ha permitido el avance en el cuidado personal y del otro, como podemos observar en el posible desciframiento de atlas celulares, la cirugía laparoscópica o la identificación de patrones vinculados con el cáncer de páncreas.

La amplitud de las posibilidades que derivan del diálogo disciplinar genera una mirada humanista y antropológica que, desde la ética y la empatía, concibe a la persona doliente como una totalidad compleja, cuyos padecimientos pueden encontrarse con distintos orígenes y, por ende, sus tra-

tamientos pueden concebirse transdisciplinariamente con la opción de la búsqueda de la vida plena y digna como guía.

Martha Nussbaum nos recuerda que “Mejorar la calidad de vida de las personas exige decisiones políticas inteligentes y la participación dedicada de muchos individuos”². Así es como se sostienen las políticas de los cuidados de niveles micropolíticos a macropolíticos, en sentido recursivo: desde la relación de cuidado entre familiares y la de las instituciones hacia el pueblo que las sostiene. Poner énfasis en el cuidado de la salud implica pensar en dimensiones personales y sociales con un impacto ecosistémico benéfico y de largo alcance para el bien común.

En tal dirección, la revista *Salud y cuidado*, en su cuarto volumen, número primero del 2025, permite el diálogo disciplinar de especialistas que contribuyen al estudio, promoción y fortalecimiento de los cuidados y avances en materias de salud. Quienes lean estos acercamientos, pueden enriquecer sus saberes y conocimientos sobre temas de enfermería y medicina, así como las posibilidades de relación humana que plantean las condiciones o padecimientos humanos.

Sirvan siempre las palabras que se fundan en la investigación y el saber. Que se encuentren en servicio nuestros conocimientos sobre la salud y que procuremos un impacto ético, responsable y empático sobre las vidas que nos constituyen y que constituimos.

Referencias

1. Haidar J. Epistemologías de vanguardia para la semiótica: diálogos recursivos entre procesos cognitivos y emocionales. [Internet]. 2023. [citado 2025, febrero]. doi: <https://doi.org/10.24275/uama.7048.10063>
2. Nussbaum M. Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano. 1ª ed. España: Paidós; 2012



REVISIÓN Y RELATOS DE EXPERIENCIA

La historia de vida como herramienta de valoración y atención gerontológica

Life history as a tool for geriatric assessment and care

História de vida como ferramenta de avaliação e cuidado gerontológico

Juan Antonio Cástulo Zendejas¹
<https://orcid.org/0000-0003-2354-3828>

Reyna Martínez Dionicio¹

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

Autor de correspondencia: Juan Antonio Cástulo Zendejas

Correo electrónico: jaczgeronto@gmail.com

Recibido: 31 mayo 2024

Aceptado: 13 diciembre 2024

Publicado: 9 septiembre 2025

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: El presente ensayo tiene como propósito comprender la utilidad que tiene la historia de vida como herramienta de valoración gerontológica, con el objetivo de entender experiencias, necesidades y fortalezas de las personas adultas mayores y desarrollar estrategias personalizadas para mejorar la calidad de vida, aunado a la importancia que tiene la atención de la población de este grupo que se encuentra en un crecimiento sin precedentes. Por lo cual es fundamental que los profesionales en gerontología incorporen la historia de vida como un componente esencial de la valoración gerontológica integral. Esto per-

mite realizar un abordaje a la realidad de las personas adultas mayores, desde la gerontología narrativa y un enfoque cronológico.

Desarrollo: Se propone una guía para la realización de la historia de vida, desde el abordaje de la gerontología narrativa y un enfoque cronológico, de acuerdo con la experiencia en campo de los profesionales en gerontología, abordando elementos fundamentales. Además de plantear intervenciones gerontológicas con fundamento en la historia de vida que tienen como objetivo promover la dignidad, las capacidades, la autonomía, la individualidad y las actividades cotidianas, las cuales permiten promover un envejecimiento activo y saludable.

Conclusión: La historia de vida es una herramienta útil y valiosa en la valoración gerontológica, permite al profesional de la gerontología conocer y comprender a la persona mayor desde la narración de las diferentes etapas que vivió, conoció y experimentó, identificando eventos positivos y negativos de sus experiencias, habilidades, conocimientos. Además, de acuerdo con el Modelo de Atención Centrada en la Persona, permitirá fomentar la autonomía, la dignidad, las capacidades y, sobre todo, su reconocimiento como persona.

Palabras clave: Adulto mayor. Historia de vida. Intervención gerontológica.

Abstract

Introduction: The purpose of this essay is to understand the usefulness of life history as a tool for geriatric assessment with the aim of understanding the older adults' experiences, necessities and strengths in order to develop personalized strategies to improve life quality; in addition to the importance of caring this population has gained, which is experiencing unprecedented growth. It is essential that the professionals in gerontology add life history as a key component for a comprehensive geriatric assessment. It helps to perform an approach to the reality of the older adults from narrative gerontology and a chronological approach.

Development: A guide is proposed for carrying out the life history, from the Narrative Gerontology approach and a chronological approach by taking into account the field experience of professionals in gerontology, addressing fundamental elements. In addition to proposing gerontological interventions based on life history that aim

to promote dignity, capabilities, autonomy, individuality and daily activities, which allow the promotion of active and healthy aging.

Conclusion: The life story is a useful and valuable tool in the geriatric assessment, which allows the gerontology professional to know and understand the older adult from the narration of the different stages that they lived, knew and experienced; identifying positive and negative events of their experiences, skills, and knowledge. Furthermore, in accordance with the Person-Centered Care Model, it will promote autonomy, dignity, capabilities and above all, recognition as a person.

Keywords: Older adult. Life story. Geriatric intervention.

Resumo

Introdução: O objetivo deste ensaio é compreender a utilidade da história de vida como ferramenta de avaliação gerontológica, com o objetivo de compreender as experiências, as necessidades e os pontos fortes dos idosos e desenvolver estratégias personalizadas para melhorar a qualidade de vida, juntamente com a importância de cuidar da população deste grupo que vive um crescimento sem precedentes. Portanto, é essencial que os profissionais de gerontologia incorporem a história de vida como um componente essencial da avaliação gerontológica abrangente. Isto permite uma abordagem da realidade dos idosos, a partir da gerontologia narrativa e de uma abordagem cronológica.

Desenvolvimento: Propõe-se um guia para a realização da história de vida, a partir da abordagem da gerontologia narrativa e de

uma abordagem cronológica, de acordo com a experiência de campo dos profissionais da gerontologia, abordando elementos fundamentais. Além de propor intervenções gerontológicas baseadas na história de vida que visam promover a dignidade, as capacidades, a autonomia, a individualidade e as atividades diárias, que promovam o envelhecimento ativo e saudável.

Conclusão: A história de vida é uma ferramenta útil e valiosa na avaliação gerontológica, pois permite ao profissional de gerontologia conhecer e compreender o idoso a partir da narração das diferentes etapas que viveu, conheceu e experimentou, identificando os eventos positivos e negativos das suas experiências, das habilidades, dos conhecimentos. Além disso, de acordo com o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, promoverá a autonomia, a dignidade, as capacidades e, acima de tudo, o seu reconhecimento como pessoa.

Palavras-chave: Idoso. História de vida. Intervenção gerontológica.

Introducción

En México actualmente existen 15.1 millones de personas de 60 años o más y se estima que para 2050 esta población llegará a 33.3 millones. Lo cual invita a prepararse para afrontar la nueva realidad demográfica, a través de políticas y prácticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.¹

Por su parte, la iniciativa privada y pública busca dar respuesta al aumento poblacional con la creación de modelos de atención geronto-geriátrica de enfoque asistencial e institucionalizado, en los cuales se consi-

deran las necesidades específicas de este grupo y cuentan con la atención especializada por profesionales de gerontología y geriatría.

Bajo este paradigma, actualmente se encuentra una creciente aplicación del Modelo de Atención Centrada en la Persona (Modelo ACP en las siguientes líneas). En él se asume, como punto de partida, a las personas adultas mayores como los seres humanos que son, quienes merecen ser tratadas con igual consideración y respeto, desde el reconocimiento de que todas las personas tienen igual dignidad.²

El Decálogo de la Atención Centrada en la Persona³ destaca los fundamentos del Modelo ACP, los cuales, de ser aplicados en el servicio de atención geronto-geriátrica, se obtendría una mejora en la atención y un aumento de la calidad de vida. A continuación se describen estos elementos:

- **Dignidad:** La dignidad supone la piedra angular de todo el modelo.
- **Individualidad:** Destaca que las personas son únicas y, por tanto, cada una tiene su propio proyecto vital.
- **Biografía:** La biografía de cada persona es fundamental a la hora de conocer a la persona mayor y elaborar el plan de intervención personalizada.
- **Autonomía:** Cada persona tiene derecho a controlar su propia vida, independientemente de su estado físico o cognitivo.
- **Fortalezas y capacidades:** Supone una reformulación del modelo de atención basado en la potenciación del usuario/a en lugar de proceder en función de las limitaciones.
- **Ambiente físico:** Es importante

generar un espacio adaptado a las necesidades y preferencias del usuario/a, este a su vez servirá para crear un espacio acogedor que facilite el reconocimiento por el propio residente como su hogar.

- **Actividades cotidianas:** Se proponen actividades “con sentido”, adaptadas a las capacidades de las personas adultas mayores con una finalidad concreta.

- **Interdependencia:** Las relaciones sociales son fundamentales en nuestra vida, así como en el ámbito residencial. Por lo tanto, destaca el efecto positivo de estas en el desarrollo vital del mayor y potencia en todo momento la participación social de la familia, profesionales, conocidos y las personas que conforman el entorno vital del usuario/a.

- **Multidimensionalidad:** Las personas somos seres multidimensionales y sensibles a cambios, entonces, las intervenciones planteadas desde el Modelo de ACP deberán ser flexibles y adaptadas a los posibles cambios en el ciclo vital del mayor.

Como se mencionó anteriormente, este modelo centra su atención en las particularidades de la persona adulto mayor y un elemento angular en este proceso es la historia de vida, la cual debe abordarse desde la gerontología narrativa. Un enfoque que estudia el envejecimiento de modo subjetivo a partir de las historias de vida narradas por los propios mayores. En estas narrativas se detecta cómo influyen los aspectos socioculturales y la propia idiosincrasia en el comportamiento, las creencias y los planes futuros que se adoptan en la etapa de la vejez.⁴

La teoría de la historia de vida permite emplear un enfoque interdisciplinario que busca comprender la experiencia humana a través de la narrativa y la historia, sus tres principios son vitales para su aplicación: principio de “subjetividad” destaca a la narrativa como personal y subjetiva⁵. Principio de “contextualización”, es el lugar, momento, contexto social, cultural e histórico donde se desarrollan los hechos e interacciones.⁶ El último principio se enmarca en el “significado”, caracterizado por la búsqueda del sentido y propósito en la experiencia, el impacto en la vida, las relaciones creadas y la reflexión de lo ocurrido.⁷

Bajo estos preceptos, se destaca la definición de Veras⁸ sobre la historia de vida: “Es el relato que un individuo hace de su vida o de aspectos específicos de ella, de su relación con su realidad social, de los modos como él interpreta los contextos y define las situaciones en las que él ha participado”, incluyendo su propio relato y complementándose con otras valoraciones. Ello lo hace de importancia en la atención gerontológica, permite guiar el proceso de atención, en búsqueda de entender la multidimensionalidad, su impacto en el entorno, así como la identificación de redes de apoyo que han crecido o disminuido en el proceso de envejecimiento. Además, hace posible la asociación de la autonomía, las capacidades y fortalezas y sus adaptaciones en este proceso, lo cual permitirá centrar la atención individual, respetando su dignidad.

Desarrollo

Beneficios de la historia de vida en la gerontología

Con anterioridad se han descrito algunos

beneficios enfocados al Modelo de Atención Centrado en la Persona. Sin embargo, existen otros adicionales al proceso, entre ellos destacan los propuestos por Martin:⁹

- Fomenta la relación de confianza y respeto entre el profesional y la persona adulta mayor, mediante la interacción persona a persona, vital para el desarrollo de una valoración y atención gerontológica.
- Estimula la memoria (reminiscencia) y refuerza la orientación temporal y personal. Mediante el proceso, la persona adulta mayor debe recordar eventos importantes o de relevancia personal, los cuales tienen que estar centrados temporalmente.
- El conocimiento de la historia de vida facilita intervenciones más acertadas y centradas en la persona, así como la creación de actividades con sentido, estas repercuten en el bienestar de los usuarios.
- Estudios revelan que el conocimiento de las historias de vida ayuda a los profesionales de centros gerontológicos “a ver” a quienes los cuidan como personas y no simples usuarios de un servicio.

Otros beneficios que se identifican durante este proceso son:

- La persona mayor al narrar su vida tiene la oportunidad y el derecho de expresar sus emociones, miedos, deseos y un momento para reflexionar sobre sus experiencias malas o buenas.
- La persona mayor realiza una reflexión vital, esta le permite identificar eventos positivos y negativos, logros, fracasos, metas y desarrollo personal.

- La sensibilización y reconciliación realizada en la última etapa de la vida, permite identificar a las personas de importancia, las cuales, en ocasiones, no han sido reconocidas; y en algunos casos con quienes debe reconciliarse para continuar con su proceso evolutivo.

La elaboración de la historia de vida en la valoración gerontológica

La valoración gerontológica integral es un proceso diagnóstico comprehensivo y multidisciplinario que evalúa las necesidades, capacidades y limitaciones de las personas adultas mayores en sus dimensiones biológica, psicológica, social, y ambiental, con el fin de desarrollar un plan de cuidados y apoyo personalizado que promueva la autonomía, dignidad y calidad de vida.¹⁰ La historia de vida toma relevancia en la dimensión social, pues aporta información sobre la familia, gustos, necesidades, creencias, estilos de vida e intereses para los próximos años.

La realización de la historia de vida puede ser bajo la estructura cronológica, en la cual se organiza y presenta la información de eventos y experiencias de forma temporal,⁵ aunado a un proceso de tipología narrativa que puede ser lineal, no lineal o reflexiva,¹¹ con la ayuda de técnicas de entrevista en profundidad con el sujeto de estudio,⁵ análisis de documentos (diarios, cartas, fotografías, entre otros).¹² Por su parte, la observación participante permite la convivencia en la vida diaria con el sujeto de estudio, identificando acciones, hechos y momentos.¹³

Sin embargo, en la valoración gerontológica es conveniente la mezcla de las diferentes

técnicas, con el objetivo de obtener la mayor información posible. En conjunto, la aplicación de estas técnicas tendrá como eje uno de los siguientes elementos:

1. Dar respuesta a la pregunta ¿Quién soy yo?, donde se incluyan los datos básicos: nombre, dirección, teléfono, edad y género.¹⁴

2. Determinar el abordaje:

a. Continuo: enfocado a eventos de relevancia, partiendo de un punto A y terminando en B, en él se encierran múltiples relaciones, tanto con otros sujetos en los diferentes roles sociales, como en sus interacciones institucionales.

b. Segmentada: está determinada por las etapas biológicas de todo individuo. Para el estudio de caso importa destacar segmentos AB de la historia del individuo. Donde A0 = nacimiento / A12 = infancia-niñez / A18 = juventud / A60 = madurez / A+60=vejez.

De manera específica, en gerontología se recomienda una historia de vida enfocada en la segmentación por etapas biológicas, debido al gran aporte de información que brinda.

3. En cada etapa se deberán realizar las interrogantes pertinentes que permitan obtener información, como la propuesta por Chárriez¹⁵ enlistada a

continuación:

a. A0 = nacimiento / A12 = infancia-niñez: Lugar de nacimiento, contexto social/momentos históricos, familia (padres, hermanos, abuelos) escuela, estudios, amistades infantiles y juegos.

b. A18 = juventud / A60 = madurez: Primeros trabajos, amistades de juventud, actividades de ocio y aficiones, recuerdos significativos (positivos y negativos) familia, actividades de autocuidado de la salud y pérdidas.

c. A+60=vejez: Cese del trabajo, viudedad, familia (hijos, nietos, pareja), ocupaciones diarias, aficiones, viajes, recuerdos significativos.

i. En esta etapa es necesario hacer énfasis en el momento actual, indagando sobre ocupaciones diarias, pensamientos recurrentes, logros de los cuales se sienta orgulloso, lamentos, deseos, asuntos pendientes, sus gustos actuales y los retos que desea superar.

4. Al tener claro lo que se pretende indagar, es necesario continuar con los siguientes pasos para garantizar una correcta elaboración de la historia de vida.

1. Previo al inicio

a. Establecer un lugar adecuado donde se garantice privacidad, El espacio debe tener iluminación y ventilación adecuada, con mobiliario cómodo y seguro, generando un ambiente confortable. Se puede considerar la utilización de aromaterapia, siempre y cuando la persona mayor la autorice.

b. Tener insumos: pañuelos des-

echables, agua embotellada, servilletas, así como un botiquín de primeros auxilios y formato guía de entrevista sobre historia de vida.

2. Durante la entrevista de la historia de vida

a. Se recomienda que, en compañía de un cuidador o familiar, se den las indicaciones sobre el proceso para la elaboración de la historia de vida, centrándose siempre en el adulto mayor, respetando su autonomía y dignidad. En este apartado se sugiere indicar que la información proporcionada será utilizada con fines terapéuticos. No se juzgará ni se harán juicios de valor sobre la misma, en consecuencia, se garantiza la secrecía profesional. La información puede ser tan corta o basta de acuerdo con lo que desee comentar, además de que no está obligado a dar información considerada confidencial.

Para esta sección se insta a que el formato de historia de vida cuente con un apartado de consentimiento informado.

b. Una vez aceptado el consentimiento informado y aclaradas las dudas, se propone dar las instrucciones precisas acerca de lo que consiste la historia de vida, haciendo hincapié en las etapas de ciclo vital y la importancia de la información proporcionada.

c. Una vez iniciada la entrevista, como se recomienda en el apartado 3. El profesional de gerontología deberá hacer preguntas de forma clara, buscando la mayor

información y prestando especial atención a los detalles, evitando la realización de preguntas dicotómicas, pues la intención no es tener un interrogatorio duro y cerrado, sino una plática amena, donde el lenguaje verbal y corporal demuestren interés, empatía, sorpresa y, sobre todo, profesionalismo.

d. En los momentos donde sea visible la labilidad emocional, es preferible ofrecer pañuelos, agua y preguntar si desea continuar con el proceso, evitando un colapso emocional.

e. Como herramienta para los profesionales, se recomienda la grabación de la sesión con algún dispositivo móvil. Para evitar el registro de información vital, es recomendable que el dispositivo se encuentre en un lugar donde no sea el protagonista, sino un accesorio más del ambiente, evitando las distracciones.

f. Se propone que la duración no exceda los 40 minutos. Una sesión extensa puede generar agotamiento y agobio por la cantidad de preguntas.

g. Para el cierre, se recomienda sugiere hacer una breve remembranza de los eventos positivos de las personas adultas mayores, con el objetivo de generar conciencia y sensibilidad de los aspectos positivos.

Después de la entrevista

h. Realizar la transcripción literal de la entrevista.

- i. Es necesario analizar los eventos positivos y negativos que han ocurrido en las diferentes etapas de la vida.
- j. Realizar un listado de las características biopsicosociales que han perdurado en el ciclo de vida o sean de relevancia para la persona mayor.
- k. Proponer intervenciones centradas en la persona de acuerdo con la historia de vida.

Lo anterior son elementos que se han identificado como puntos de buena práctica al momento de realizar una historia de vida, los cuales, si bien no pueden ser generalizados, son una guía básica para su elaboración.

Abordaje terapéutico basado en la historia de vida

Los beneficios, tanto a nivel individual como social, que la historia de vida permite a través de la identificación de las características personales, son fundamentales para la atención gerontológica. Estos permiten impulsar el envejecimiento activo y saludable, con la autoconciencia y reflexión, el sentido de propósito, la memoria y el recuerdo, la conexión intergeneracional y la preservación de la historia familiar. Entre las intervenciones que se pueden aplicar destacan:

1. Escribir un diario: El objetivo de esta intervención es el autoconocimiento, fundamentado en la persona mayor sobre cómo se conoce ella o él mismo, cuáles son esos cambios de humor durante las diferentes etapas de su vida, la manera en la que fue cambiando su personalidad, habilidades, la forma de actuar y los sentimientos involucrados

en ellos.

2. Listado de metas a los 3, 6 y 12 meses: Se busca fomentar el cumplimiento de actividades significativas para la persona adulta mayor, las cuales permitirán dar sentido a su vida.

3. Aprender a vivir: Le permite a la persona adulta mayor aprender a vivir el presente y no el pasado o el futuro, disfrutando del tiempo en familia o con uno mismo, gozar del tiempo invertido.

4. Playlist de tu vida: Se basa en los gustos musicales, artistas, canciones, instrumentos que tal vez antes tocaba y ahora dejó de hacerlo. El objetivo es mejorar el estado de ánimo a través de la memoria episódica y la música durante el transcurso del día.

5. El álbum de vida: Estará fundamentado en los hechos importantes de la vida, los cuales, con ayuda de fotografías significativas y claras, permiten ubicar temporalmente, con la identificación de fecha, el nombre del evento, a las personas que aparecen en la foto y rememorar una anécdota relacionada con la imagen, esta actividad puede volverse intergeneracional al integrar a la familia.

6. Caja de los recuerdos: Consiste en integrar los objetos aromas, fotografías, accesorios o cualquier objeto que sea significativo para la persona mayor. Se busca promover la seguridad, el sentido de identidad, la evocación de recuerdos y la orientación a través de objetos significativos.

7. Mapa de interés y aficiones: Es un apoyo visual que permite integrar, mediante imágenes, en una primera fila los trabajos previos, los intereses y aficiones anteriores, y en la segunda los intereses descubiertos o nuevos.

Tiene como objetivo identificar las actividades e intereses de importancia para la persona mayor y su impacto en las actividades de la vida diaria.

8. Los 10 mandamientos: Permitirán identificar las diez cosas más importantes y relevantes de la persona mayor, estos mandamientos serán eje principal para la atención centrada en la persona, promoviendo la autonomía y dignidad.

9. Adoptar o cuidar de una mascota o una planta: Se pretende que la persona mayor tenga una responsabilidad y una rutina en el transcurso del día, fomentando la comunicación, expresión de emociones, teniendo efectos en la autoestima y el estado de ánimo.

10. Aromaterapia: Ayuda a que la persona mayor reconozca sus diferentes momentos del ciclo vital con los diferentes aromas. Se le preguntará a qué le recuerda el aroma: fruta, objeto, comida, momentos en familia, la naturaleza, etc. Se observará un momento felicidad, ira, decepción, amor, entre otros, con el fin de que la persona vuelva a cultivar el optimismo, fortalecer vínculos emocionales y familiares.

Estas intervenciones son algunas propuestas que pueden ser consideradas y aplicadas con base en la información obtenida en la historia de vida, aclarando que cada intervención deberá ser centrada en las necesidades y características de la persona adulta mayor, lo cual impactará a nivel terapéutico.

Conclusiones

La historia de vida es una herramienta útil y valiosa en la valoración gerontológica. Esta

le permite al profesional de gerontología conocer y comprender a la persona mayor desde su narración; identificando las diferentes etapas que vivió, conoció y experimentó, así como los eventos positivos y negativos de sus experiencias, habilidades, conocimientos. Además, de acuerdo con el Modelo de Atención Centrada en la Persona, favorece la autonomía, la dignidad, las capacidades y, sobre todo, el reconocimiento como persona.

Debido a esto, la historia de vida se debe abordar como herramienta metodológica, pues promueve una aprehensión y comprensión de los aspectos psicológicos y sociales, cuya metodología es excelente medio para conocer las múltiples realidades construidas por las personas a través de sus narrativas, considerando los aspectos éticos en el manejo de las técnicas, los procedimientos, entrevistas, recolección y análisis de datos. En consecuencia, para la elaboración de las historias de vida se requiere profesionales con conocimientos y destrezas para manejar el tema de manera sensible, reflexiva y con una atención centrada en los narradores.¹⁶

Sin embargo, la creación de la historia de vida puede ser un proceso confuso, debido a la falta de una cronología adecuada, a la personalidad de las personas adultas mayores y al tipo de información que brindan, la cual no puede ser verificada. Por lo cual, es importante utilizar un método para dar un orden cronológico, aunado a permitir una comunicación natural donde la expresión de ideas, pensamientos o sentimientos sea permitida, esto en conjunto permitirá tener mayor claridad en el diagnóstico gerontológico.

El profesional de gerontología debe mostrar flexibilidad para interpretar la información expresada y apoyar, mediante preguntas, la afloración de aquellos aspectos que el individuo no menciona de forma específica. Se debe tener en cuenta que pueden existir cuestiones no mencionadas por la persona, al no considerarlas relevantes en su vida, a pesar de que aporten sucesos importantes sobre las preferencias, gustos e intereses de la persona mayor.

A través de la historia de vida y la observación se puede constituir un perfil gerontológico sólido, este permitirá dar respuesta a necesidades más allá de las básicas (fisiológicas, seguridad, familia), contribuyendo a mejorar en las personas su aceptación social, autoestima y autorrealización. Desde la terapéutica gerontológica permitirá establecer intervenciones centradas en capacidades, gustos, preferencias, deseos, anhelos, garantizando la accesibilidad y asequibilidad.

Como profesionales de la gerontología debemos esforzarnos por conocer y valorar las historias de vida de las personas adultas mayores, pues son un eje primordial en la atención gerontológica. Ello nos permitirá respetar su dignidad y promover su bienestar desde la multidimensionalidad. Es importante considerar que una de las características de las historias de vida es su “dinamismo”, debido a que son historias inacabadas, se relatan en un determinado momento de la vida, pero la vida sigue y la historia se sigue construyendo. Cada nueva vivencia puede no solo añadirse a la historia de vida, permite cambiar la manera de ver y entender acontecimientos pasados.¹⁷

Por último, se ha comprobado que a través

de la historia de vida es posible dar respuesta a necesidades más allá de las básicas (fisiológicas y seguridad), contribuyendo a mejorar en las personas su aceptación social, autoestima y autorrealización, meta de los profesionales en gerontología.

Referencias

- 1.Coordinación de Comunicación Social. Número de personas adultas mayores en México va en aumento. 2021 [Acceso: 15 mayo de 2024]. Disponible en: <https://comunicacion-social.senado.gob.mx/informacion/comunicados/186-numero-de-personas-adultas-mayores-en-mexico-va-en-aumento-senala-estudio-del-ibd>
- 2.Saila G. La Atención Centrada en la Persona. 1ra. ed. España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011.
- 3.Rodríguez T.M. Atención Gerontológica Centrada en la persona. 1ra. ed. España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2013.
- 4.Villanea M.S. Aproximaciones desde la Gerontología narrativa: La memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez. [Internet] 2015; 7(1):41-68. Disponible: <https://iip.ucr.ac.cr/es/publicaciones/publicacion-de-investigador/aproximaciones-desde-la-gerontologia-narrativa-la-memoria>. Acceso: 17 mayo de 2024.
- 5.Atkinson R. The Life Story Interview (Qualitative Research Methods). 3a. ed.

Madrid: Morata, 2017.

6.Bertaux. D. La Historia de vida: una perspectiva sociológica, Revista de Sociología. 2015; 30 (2): 247-262.

7.McAdams DP. La Historia de vida: Un enfoque para la psicología. Revista de Psicología. 2018; 38 (1) 25-40.

8.Veras E. Historia de vida: ¿Un método para las ciencias sociales? [Internet]. 2010; 1 (39): 142-152. Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/39/veras.html>. Acceso: 15 de mayo del 2024.

9.Guzmán M.C., Tejada C.Y.R., Cano J.M. Metodología de Intervención en Trabajo Social. 1ra. ed. México: Universidad Autónoma de Yucatán, 2017.

10.World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2019; Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Acceso: 16 de septiembre del 2024.

11.Freeman M. The narrative of life: A philosophical perspective. Rev Filosofía. 2019; 44(1): 15-28.

12.Bertaux. D. La Historia de vida: una perspectiva etnosociológica. [Internet] 2015; 30 (2): 247-262. Disponible: <https://es.scribd.com/doc/261291461/Bertaux-D-Los-Relatos-de-Vida>

13.Freeman M. The narrative of life: A philosophical perspective. [Internet]. 2019; 44(1):15-28. Disponible: <https://es.scribd.com/document/365060336/Freeman-Narrativa-como-un-Mo->

[do-de-Comprensio-n-Autoguardado](#)

14.Peña-Casanova, J. Enfermedad de Alzheimer, del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. 1ra. ed. España: Fundación "la Caixa", 2012.

15.Chárriez M.C. Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. [Internet]. 2012; 5 (1): 50- 67. Disponible en: https://www.uv.mx/psicologia/files/2017/12/historias_de_vida_una_metodologia_de_investigacion_cualitativa.pdf. Acceso: 13 mayo de 2024.

16.Villar F. Historias de vida y envejecimiento. [Internet]. 2006; 7(59): 3-20. Disponible <http://www.imstersomayores.csic.es/documentos/documentos/villar-historias-01.pdf>. Acceso: 19 mayo de 2024.

17.Idiáquez M. Historia de vida. 1ra. ed. España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010.



Prevalencia anticonceptiva: uso y conocimiento en estudiantes adolescentes

Contraceptive Prevalence: use and knowledge among adolescent students
Prevalência de métodos contraceptivos: Uso e conhecimento nos estudantes adolescentes

Brenda Cristina Hernández Hernández¹
<http://orcid.org/0009-0001-1813-9196>

Aurora Martínez Vázquez¹
<http://orcid.org/0009-0001-4198-6887>

Dulce María Zúñiga Martínez¹
<http://orcid.org/0009-0004-7009-9496>

René Rico Sánchez¹
<https://orcid.org/0000-0003-0851-9387>

Nephtys López Sánchez¹
<http://orcid.org/0000-0003-1386-2227>

Ruth Magdalena Gallegos Torres¹
<https://orcid.org/0000-0001-8034-4089>

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

Autor de correspondencia: Ruth Magdalena Gallegos Torres
Correo electrónico: isisrmgx@gmail.com

Recibido: 10 febrero 2025

Aceptado: 01 julio 2025

Publicado: 11 septiembre 2025

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: El inicio temprano de la vida sexual en los jóvenes, implica fortalecer la educación de estos sobre los métodos anticonceptivos, desde la educación básica.

Objetivo: Determinar el uso y nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de preparatoria.

Metodología: Estudio transversal, descriptivo, realizado en una escuela preparatoria

pública de la ciudad de Querétaro, Qro., México. El instrumento utilizado se conforma por 32 ítems con respuestas de opción múltiple, confiabilidad de 0.73 e incluye datos sociodemográficos. Los cuestionarios se aplicaron de manera presencial e impresa. Se proporcionó un consentimiento informado previo a la aplicación. Se consideraron hombres y mujeres inscritos en la escuela. Los datos se levantaron entre octubre y noviembre del 2024 y se procesaron en el programa SPSS v.25.

Resultados: Se encuestaron a 198 estudiantes. El promedio de edad fue de 17.24 años, D.E. 0.82. 46.2% fueron hombres. El 37.9% trabaja además de estudiar. Solteros el 76.4%. Son sexualmente activos el 46.2%. Con respecto a la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, de los sexualmente activos, 14.9% indica no usar métodos anticonceptivos y 73.4% maneja el condón masculino; de los que no usan algún método, 18.1% indicaron que no les interesa. Sobre el nivel de conocimientos, 11.8% estuvo en un nivel bajo, 42.6% medio y 45.6% alto.

Discusión y conclusiones: Es importante mantener el nivel de orientación de los jóvenes con respecto al uso de métodos anticonceptivos, ya que el índice de vida sexual activa es alto, lo cual aumenta el riesgo de tener múltiples parejas sexuales y presentar enfermedades de transmisión sexual.

Palabras clave: Encuestas de prevalencia anticonceptiva. Conocimiento. Estudiantes. Adolescente. Sexo.

Abstract

Introduction: The early onset of sexual activity among young people highlights the need to strengthen their education on contraceptive methods, starting from basic education.

Objective: To determine the use and level of knowledge about contraceptive methods among high school adolescents.

Methodology: A cross-sectional, descriptive study, applied at a public high school in Queretaro city, Mexico. The instrument used included sociodemographic data and

multiple-choice questions, consisting of 32 items with a reliability of 0.73. The questionnaires were administered in person and in printed form. Informed assent was obtained prior to administration. Both male and female students enrolled in the school were considered. Data recollection was made between October and November in 2024 and data were processed using SPSS v.25.

Results: A total of 198 students were surveyed. The average age was 17.24 years (SD = 0.82). Males accounted for 46.2% of the sample. Additionally, 37.9% reported working while studying. A total of 76.4% were single. 46.2% were sexually active. Related with use of contraceptive methods prevalence, among the sexually active, 14.9% reported not using contraceptive methods, 73.4% used male condoms; of those who did not use any method, 18.1% indicated that it was because they were not interested. Regarding the level of knowledge, 11.8% were at a low level, 42.6% at medium level, and 45.6% at a high level.

Dissemination and conclusions: It is important to maintain guidance for young people regarding the use of contraceptive methods, as the rate of sexual life is high, increasing the risk of having multiple sexual partners and contracting sexually transmitted infections.

Key words: Contraceptive prevalence surveys. Knowledge. Students. Adolescent.

Resumo

Introdução: O início precoce da atividade sexual entre jovens requer o fortalecimento da educação sobre métodos contraceptivos, desde o ensino médio.

Objetivo: Determinar o uso e o nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos entre adolescentes do ensino médio.

Metodologia: Estudo transversal e descritivo realizado numa escola pública de ensino médio na cidade de Querétaro no México. O instrumento consistiu em 32 itens com respostas de múltipla escolha, confiabilidade de 0,73 e incluiu dados sociodemográficos. Os questionários foram aplicados pessoalmente e impressos. O consentimento informado foi fornecido antes da aplicação. Foram considerados os homens e as mulheres matriculados na escola. Os dados foram coletados entre outubro e novembro de 2024 e processados usando o SPSS v.25.

Resultados: Um total de 198 estudantes foram entrevistados. A média de idade foi de 17,24 anos, DP 0,82. 46,2% eram homens. 37,9% trabalhavam além dos estudos. 76,4% eram solteiros. 46,2% eram sexualmente ativos. Em relação à prevalência do uso de métodos contraceptivos, dos sexualmente ativos, 14,9% indicaram não utilizar nenhum método contraceptivo e 73,4% utilizavam o preservativo masculino. Dos que não utilizavam nenhum método, 18,1% indicaram não ter interesse. Em relação ao nível de conhecimento, 11,8% apresentaram baixo nível, 42,6% médio nível e 45,6% alto nível.

Discussão e conclusões: É importante manter a conscientização dos jovens sobre o uso de métodos contraceptivos, visto que sua vida sexualmente ativa é alta, o que aumenta o risco de ter múltiplos parceiros sexuais e contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Palavras-chave: Inquéritos de prevalência de métodos contraceptivos. Conhecimento.

Estudantes. Adolescente. Sexo.

Introducción

La adolescencia, uno de los periodos donde ocurren cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales de gran importancia, es una etapa entre la niñez y la edad adulta, dividida en adolescencia temprana (de los 12 a los 14 años) y en adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)¹. Además de los cambios importantes en esta fase, existen otros criterios que catalogan a la adolescencia como una etapa de alto riesgo: a) toma de decisiones, las cuales pueden ser alteradas por el entorno social, psicológico y ambiental, b) poca percepción del peligro de estas resoluciones, c) el inicio temprano de la vida sexual. Ello aumenta la probabilidad de la presencia de un embarazo no deseado o el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), debido a la práctica de relaciones sexuales de riesgo².

A lo largo de la historia de la humanidad, los aspectos relacionados con la educación sexual han sido moldeados e interpretados por la raza humana de forma distinta, principalmente con aspectos culturales y normativas de cada sociedad³. Los Métodos Anticonceptivos (MAC) se definen como aquellos que impiden la fecundación o inhiben la ovulación, así como la reducción de contagio de una ITS o embarazo, se pueden utilizar desde el primer contacto sexual y durante toda la vida fértil⁴.

La Norma Oficial Mexicana 005-SSA2 de los servicios de planificación familiar define los MAC como “todos aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o pareja, de forma temporal o permanente”. Se categorizan según el

retorno de la fertilidad en temporales y permanentes⁵. Asimismo, se encuentra una clasificación específica de los MAC para la etapa de la adolescencia referida por Carpio²:

- Métodos recomendables o preferentes: anticonceptivo hormonal y dispositivo intrauterino
- Métodos aceptables: hormonales de depósito, inyecciones o implantes
- Poco aceptables: métodos naturales y quirúrgicos
- De emergencia: pastilla postcoital

Para su prescripción y uso se deben tomar en cuenta las consideraciones e indicaciones específicas de cada uno, con la finalidad de que el abordaje sea individualizado según la persona que solicite un método⁶.

Es relevante señalar que el conocimiento adquirido por los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos es brindado por diferentes medios de difusión: escuela, internet, amigos o servicios de salud, siendo este último una fuente de importancia para la elección de algún método, pues se brinda asesoramiento previo con la finalidad de elegir el que se adapte a las necesidades y preferencia de las pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece condiciones médicas que aseguran un uso adecuado para cada método, las cuales se encuentran en el documento sobre "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos"⁷.

La importancia de brindar información adecuada sobre el uso de los MAC radica en orientar correctamente al usuario acerca de la selección de los métodos y, en especial, la disminución en los costos sanitarios,

económicos y sociales, pues según la OMS, están asociados a 2.1 millones de nacimientos no deseados, 3.2 millones de abortos y 5600 muertes maternas anuales⁷.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) en su último reporte refiere que los adolescentes mexicanos inician su vida sexual entre los 12 y 19 años⁸. En México, se reportó que en el 2020 59.9% de los adolescentes utilizaron algún método en su primera relación sexual, mientras que 36.4% no usó porque no planeaban tener relaciones sexuales, 17.3% manifestó desconocimiento de los métodos anticonceptivos, 16% deseaban embarazarse y 15.7% confiaban en que no se embarazarían⁸.

Si bien el tema del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes no es nuevo, es escasa la publicación reciente de artículos científicos que reporten resultados de pesquisas relacionadas, ya que es en las tesis donde se encuentran, mayormente, bases de datos sobre esta cuestión. Por ello, algunos análisis relacionados se muestran a continuación.

El estudio de Ruiz⁹ planteó determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos en estudiantes de bachillerato; se encuestaron a 919 alumnos del primer y segundo semestre, a quienes se les aplicó encuesta antes y después de recibir información del tema. Los resultados reportaron el preservativo masculino como el método más conocido con un 68%.

En una investigación realizada en una zona de Perú, se abordó a 160 adolescentes de tres colegios. No se difunden los datos sociodemográficos, sin embargo, al indagar acerca del nivel de conocimientos sobre

métodos anticonceptivos, se encontró que estaban en un nivel medio (56.3%), seguido del nivel bajo (36.3%). Tampoco se indica la prevalencia de vida sexual activa de los jóvenes, aunque 51.9% utiliza preservativos. Por lo tanto, la asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el nivel de conocimientos no tuvo significancia¹⁰.

En México, se realizó un análisis en adolescentes de una zona rural del estado de Veracruz para determinar grado de conocimiento y uso de los MAC. Participaron 171 jóvenes, de los cuales 51.9% fueron varones, con un promedio de edad de 16.5 años. El nivel de conocimiento sobre los MAC fue medio (38.6%) y alto (27.2%); el método más conocido fue el condón. 30% ya había iniciado su vida sexual, la cual se dio antes de los 15 años 10.6%¹¹.

Los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en 2018 reportaron en Querétaro un incremento de la cobertura de métodos anticonceptivos en mujeres que ostentan edad fértil de 67% a un 71.9%, pero aún está debajo de la media nacional de 73.1%¹². De acuerdo con reportes de los diarios de Querétaro, quienes a su vez refieren al INEGI, el número de embarazos adolescentes ha disminuido en el estado, a pesar de que se reportaron 3655 nacimientos de madres con esta característica en 2023¹³.

Por esta razón, es necesario continuar con la difusión de información sobre métodos anticonceptivos y todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, con la finalidad de disminuir la incidencia de embarazos adolescentes, contagio de Infecciones de Transmisión Sexual e incluso reducir la incidencia de muerte materno-fetal por las

complicaciones de un embarazo a temprana edad, entre otros.

Aunado a lo ya mencionado, el objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia del uso y nivel de conocimiento en adolescentes de preparatoria sobre métodos anticonceptivos en una escuela pública de la ciudad de Querétaro, Qro., México, con la intención de tener información actualizada de esta situación en la entidad.

Metodología

La presente investigación pertenece al paradigma cuantitativo, con un enfoque no experimental, transversal y descriptivo. Fue evaluada y aprobada por el Subcomité de Investigación y el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro con número de registro 599/FE -SI-18-04-24 (LE), se determinó que el estudio respeta la dignidad, los derechos y privacidad de los sujetos de estudio. De igual forma, cumple con las normativas establecidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, pues se respetaron los derechos de los participantes en la investigación para proteger su integridad, dejando en claro que no se tienen conflictos de interés de acuerdo con la Declaración de Helsinki¹⁴ y con base al Código de Nuremberg¹⁵.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, debido a que se abordó a los grupos de estudiantes asignados por los directivos de la institución (una escuela preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, Qro., México) en el día que indicaron. Los participantes seleccionados fueron elegidos bajo los siguientes criterios: estudiantes de quinto semestre con edad de 16-18 años, hombres

y mujeres que aceptaran participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Para la recolección de datos se trabajó con el cuestionario generado por Del Pino¹⁶, el cual incluye datos sociodemográficos (7 preguntas), respuestas de opción múltiple de antecedentes generales (10 preguntas) e información sobre uso y conocimiento de métodos anticonceptivos (15 preguntas), conformado por 32 ítems, los cuales fueron aplicados de forma presencial en la institución queretana.

El instrumento fue validado para la investigación de García Pérez¹⁷, quien lo aplicó en una población de 132 participantes. Su nivel de confiabilidad es de 0.73 con base en Kuder-Richardson. La interpretación de los resultados de acuerdo con el nivel de conocimientos se determina de la siguiente manera: arriba de 8.6 puntos, alto; de 5.2 hasta 8.5 puntos, medio, y menos de 5.1 puntos, bajo.

La prueba piloto se aplicó a 29 sujetos pertenecientes al Colegio de Bachilleres Plantel 17 del estado de Querétaro del turno vespertino. La muestra definitiva estuvo conformada por 193 estudiantes, esta fue calculada con la fórmula para poblaciones

finitas con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%. El levantamiento definitivo de los datos se realizó de octubre a noviembre del año 2024.

El análisis de la información adquirida se efectuó mediante el vaciado de datos en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25; se obtuvo el promedio y desviación estándar para las variables cuantitativas, frecuencias para las variables cualitativas. La asociación entre variables se verificó mediante la prueba Chi cuadrada con una $p \leq 0.05$.

Resultados

• Datos sociodemográficos:

El promedio de edad es de 17.24 años $DE \pm .826$. El 53.3% de los estudiantes es mujer y el resto varón. Trabaja el 38% de los jóvenes, 76.4% son solteros y 6.7% se encuentran en unión libre. Profesan la religión católica el 59% y 7.7% cristiana. Indican contar con pareja el 39%.

• Información obtenida:

Con respecto al tipo de información que han recibido los estudiantes, el dato se aprecia en la tabla n.º 1, resaltando el fuerte papel de las fuentes oficiales.

Tabla n.º1

Resultado de las fuentes de información referidas por los estudiantes

Pregunta	Respuestas	Porcentaje
Ha recibido información sobre métodos anticonceptivos	Sí	93.8
	No	6.1
¿Dónde ha recibido la información?	Escuela	79
	Unidad de salud	10.3
	Clínica privada	4.6
	Otra fuente	6.2
Persona o fuente de quien se ha recibido la información	Docente	42.1
	Profesional de salud	36
	Internet	11.8
	Otros	9.2
	Todos	1
Tipo de información que ha recibido	Charlas	64.1
	Recomendaciones	16
	Consulta previa	9.7
	Consejos	9.7
Tipo de métodos anticonceptivos que se le han ofrecido	Píldoras, inyecciones, condón	54.4
	Condón, DIU, inyecciones	22.6
	Inyecciones, esterilizaciones, condón, píldoras, DIU	18
	Coito interrumpido	3.1

Fuente: Cuestionario aplicado (2024)

Sobre quiénes tienen una vida sexual activa, esto fue referido por el 46.2% de los jóvenes, 40% indicó tener sexo 1 a 2 veces por semana y 4.1% de 3 a 4 veces. En cuanto a la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, indican usar el preservativo masculino el 73.4%, seguido de las píldoras anticonceptivas 6.4%. Señalan no usar ningún tipo de

método el 15%. En relación con el nivel de conocimientos, los resultados globales se pueden apreciar en la gráfica n.º 1, donde destaca el alto porcentaje de alumnos que aún tienen un nivel de conocimientos bajo.

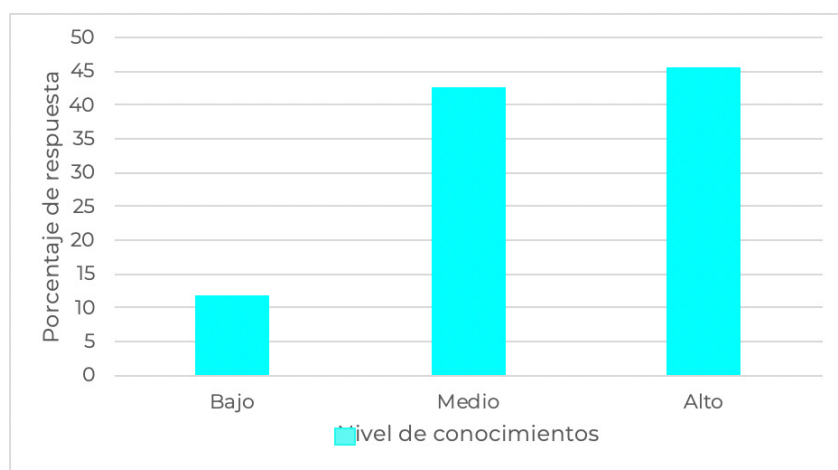
Respecto al sexo, solo 4% de las mujeres y 5% de los hombres obtuvieron un nivel bajo

de conocimientos sobre el fenómeno. Al verificar si existe una asociación entre estas variables (sexo y nivel de conocimientos), se encontró que esto no es así con base en la prueba de Chi cuadrada de .228 y una p de

.89. Sin embargo, se encuentra asociación entre el nivel de conocimientos y tener vida sexual activa, con un valor de Chi cuadrada de 9.989 y una $p=.041$.

Gráfica n.º1

Nivel de conocimientos global sobre los métodos anticonceptivos
obtenido por los estudiantes



Fuente: Cuestionario aplicado (2024)

Discusión

En una investigación realizada a 384 adolescentes para verificar su nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y prácticas sexuales, se identificó que de su muestra 59.73% de los participantes eran mujeres, la edad del 78.52% oscilaba entre los 14 y 16 años¹⁸. Estos datos varían de los hallazgos de este estudio, donde la proporción de mujeres fue 6.43% menor y el promedio de edad mayor.

Un trabajo que abordó el tema de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes cuestionó a 102 jóvenes,

52% eran mujeres. No tenían una pareja estable el 58.6%, 45.1% había iniciado su vida sexual, siendo la edad de cambio los 15 años (24.5%), seguido de los 14 años (4.9%)¹⁹. Con respecto a esta investigación, los resultados son muy similares, ya que tenían pareja casi el mismo porcentaje de alumnos (variación mínima). De igual manera, casi el mismo porcentaje había iniciado su vida sexual.

Sobre la información que han recibido de los métodos anticonceptivos en un estudio realizado a 30 estudiantes adolescentes, 100% afirmó que ha contado con los datos necesarios para prevenir un embarazo e ITS²⁰. Al respecto, en esta investigación se

evidenció que casi la totalidad de los alumnos encuestados ha recibido información sobre el tema, siendo la escuela su fuente principal.

En lo que respecta al nivel de conocimientos del tema, en el estudio de Castelo¹⁸, quien trabajó con 384 adolescentes, se encontró que 33% tenía un nivel bajo, 60% medio y 7% bueno. De la investigación de Gómez¹⁹, la cual abordó a 102 jóvenes, 28.4% tuvo un nivel de conocimientos bajo, 50.9% medio y 20.5% alto. Del estudio de Gutiérrez²⁰, se observó que, en sus 30 estudiantes, 87% tenía conocimientos del tema. Todos los resultados varían según los hallazgos de este estudio, aunque los datos son superiores en el nivel medio y superior en más del 10% con respecto a los estudiantes abordados.

En el contexto mexicano, el análisis de Pérez-Blanco reportó que en los 158 adolescentes encuestados el nivel de conocimientos sobre los MAC era medio para el 38.6% y bajo en el 31%¹¹. Estos datos son totalmente distintos a los hallazgos de esta investigación, aunque una variable significativa resalta en el contexto; mientras que en el estudio de Pérez-Blanco los alumnos son de zona rural, en este caso los alumnos viven en zona urbana.

Conclusiones

La toma de decisiones respecto a estilos de vida saludables se ve fuertemente influenciada durante la adolescencia por factores contextuales, el entorno escolar uno de los que más destaca. Los espacios educativos resultan ser un elemento fundamental en el análisis de conductas de riesgo potenciales para la salud, principalmente en lo que refiere a hábitos y conductas sexuales.

Como se ha observado, la mayor parte de la información que reciben los adolescentes sobre temas relacionados con la sexualidad proviene, esencialmente, de espacios educativos formales, siendo el docente el principal proveedor de estos datos.

Este hecho resalta la importancia de una capacitación y orientación continua, tanto en métodos de planificación familiar como en la prevención de conductas de riesgo e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), dirigida no solo a los adolescentes, sino también a los docentes en este nivel educativo. Es posible que se considere al profesor como uno de los principales provisos de información por diversas razones: integración de temas de educación sexual en los programas educativos, o bien, la cercanía y confianza que puede generarse entre estudiantes y maestros en los espacios escolares.

Llama la atención la predilección de los adolescentes por métodos anticonceptivos mínimamente invasivos y de fácil acceso. Esta información también resulta relevante para los servicios de salud, en el sentido de asegurar una adecuada dotación y disponibilidad de los métodos anticonceptivos que son preferidos por ellos en entornos escolares, siempre y cuando se cumplan cabalmente los criterios de elegibilidad establecidos en las guías de práctica clínica. Para seguir reforzando la información sobre este fenómeno, mucho apoyaría la realización de estudios que puedan verificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre MAC, el inicio de vida sexual, el número de parejas con las que se cuenta y la edad del primer embarazo, a través de estudios longitudinales.

Es importante mencionar que parte de las limitaciones de este estudio radicarón en que los elementos para la aplicación del muestreo tuvieron que ajustarse a las indicaciones de la institución educativa. Ello debido a que en el espacio académico se señalaron los tiempos y grupos con los que se podría hacer el acercamiento, lo cual complicó la posibilidad de realizar un muestreo aleatorio simple o combinado con un aleatorio por conglomerados.

Referencias

1. Secretaría de Salud. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. Gobierno de México. 2015 [citado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
2. Carpio X. L. Conocimiento de métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes. Revista de Salud VIVE [Internet]. 2020;3(7):17-26. Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/38/46> Acceso: 5 de febrero de 2025.
3. Quintero P. P.P., R. L. B del C. Antecedentes históricos de la educación de la sexualidad para prevenir el embarazo en la adolescencia. Su incidencia en la práctica deportiva. Ciencia e innovación tecnológica en el deporte [Internet]. 2010;(14):1-12. Disponible en: file:///C:/Users/Dra._Ruth/Downloads/Dialnet-AntecedentesHistoricosDeLaEducacionDeLaSexualidadP-6173953.pdf Acceso: 5 de febrero de 2025.
4. Asociación Médica Argentina. Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2014 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://iah.salud.gob.ar/doc/Documento49.pdf>
5. Secretaría de Salud. Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México. 2022.
6. Gamboa M. C., Gutiérrez S. M. Métodos anticonceptivos. Glosario, Antecedentes, Marco Jurídico, Políticas Públicas y Recomendaciones Internacionales (Primera Parte). [Internet]. México; 2015 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SA-PI-ISS-71-15.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. 2019.
8. Mejía P. G., Ramírez F. M., Villalobos A., Muradás T.M., Hubert C. Embarazo en la adolescencia, uso de métodos anticonceptivos y retos ante la pandemia por COVID-19. Gaceta Salud Pública. 2020; 3: 1-45.
9. García R. A., Suárez Y. Conocimientos de los métodos anticonceptivos y aplicación del uso en estudiantes de primero y segundo bachillerato. Unidad Educativa UPSE. Recimundo [Internet]. 2023;7(1):307-321. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8882714> Acceso: 5 de febrero de 2025.

10. Uriarte T. D. M., Asenjo A. J. A. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de colegios estatales. Revista CURAE [Internet]. 2020; 3 (2):16-24. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1432> Acceso: 9 de abril de 2025.
11. Pérez B. A., Sánchez V. E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Internet]. 2020;85(5):505-515. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n5/0717-7526-rchog-85-05-0508.pdf> Acceso: 9 de abril de 2025.
12. IPAS. Información Básica del Estado de Querétaro. Salud Reproductiva [Internet]. 2021. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/lpasMx2021-Queretaro.pdf>
13. Álvarez D. Embarazos adolescentes disminuyen 32%. Diario de Querétaro [Internet]. 1 de octubre de 2024 [citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://oem.com.mx/diariodequeretaro/local/embarazos-adolescentes-disminuyen-32-13097755>
14. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. [Internet] 2025:1. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigacio-nes-medicas-en-seres-humanos/> Acceso: 7 de enero de 2025.
15. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. [Internet] 2024:1. Disponible en: https://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf Acceso: 7 de enero de 2025.
16. Del Pino, D.D. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján” febrero - abril 2015. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [Consultado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323345924.pdf>
17. García P. Y., Araiza C. D. A., Ángeles Á. C. A., Gallegos T. R. M. Nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en Estudiantes Universitarios. European Scientific Journal ESJ. [Internet]. 2021;17 (10):305-317. Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/14141> Acceso: 26 de febrero de 2024.
18. Castelo R. W.P., García V.J.N., Albornoz B. K.N., Quispe G.F.J. Relación entre el Conocimiento sobre los Métodos Anticonceptivos y las Prácticas Sexuales Adolescentes. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. [Internet]. 2023;7(4):7746-7765. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7524/11387> Ac-

ceso: 5 de febrero de 2025.

19. Gómez S. R. T., Machado C.D.L., Solaya H. L. Y., Blanco B. N. Intervención educativa dirigida al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Revista Eugenio Espejo. [Internet]. 2023;17(1):53-62. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/527> Acceso: 5 de febrero de 2025.

20. Gutiérrez I.B.N., Llor B. J.L., Fonseca L.L.A., Molina S.A.M. Los adolescentes y la educación en el uso de métodos anticonceptivos. Higié de la Salud. [Internet]. 2021;5 (2):1-9. Disponible en: <https://www.itsup.edu.ec/myjournal/index.php/Higia/article/view/577> Acceso: 5 de febrero de 2025.



Efecto de un programa de intervención educativa en el estado nutricional en adultos mayores

Effect of an educational intervention program on the nutritional status of older adults

Efeito de um programa de intervenção educacional no estado nutricional de idosos

Mariela Quintanilla Moreno¹

<https://orcid.org/0009-0003-6423-253X>

Ariana Maya Sánchez¹

<https://orcid.org/0000-0002-6479-2524>

Benjamín López Nolasco¹

<https://orcid.org/0000-0003-4566-214X>

Edith A. Cano Estrada¹

<https://orcid.org/0000-0002-8315-1087>

Gabriela Maldonado Muñiz¹

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

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

Autor de correspondencia: Mariela Quintanilla Moreno

Correo electrónico: gu465674@uaeh.edu.mx

Recibido: 15 julio 2024

Aceptado: 11 junio 2025

Publicado: 19 septiembre 2025

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: La educación nutricional en los adultos mayores aporta beneficios en la modificación de hábitos alimentarios y la adopción de estilos de vida saludables, ayudándolos a mejorar su estado nutricional.

Objetivo: Evaluar el impacto de la intervención nutricional en los adultos mayores del centro gerontológico de Tlaxcoapan.

Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, cuasi experimental, muestreo de tipo no probabilístico determinando 40 adultos

mayores tomando en cuenta los criterios de selección y eliminación. Se utilizó el instrumento Mini Nutritional Assessment (MNA), compuesto por 18 ítems dividido en 4 áreas: antropometría, situaciones de riesgo, encuesta dietética y autopercepción de salud, con una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0,70. Se realizó el programa de intervención nutricional de enfermería titulada ¡Mi salud es primero!

Resultados: La muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores en su mayoría por mujeres con una edad mínima de 59 años

y máxima de 83. En el pretest el 52.5 % se encontró con un riesgo de malnutrición, disminuyendo al 17.5% en el post-test a la intervención.

Discusión y conclusiones: Se observaron cambios favorables en el estado nutricional de los adultos mayores, por lo que se demostró que la intervención educativa ayuda a mejorar el estado nutricional.

Palabras clave: Programa. Educación nutricional. Adulto mayor. Atención de enfermería. Estado nutricional.

Abstract

Introduction: Nutrition education in older adults brings benefits in the modification of eating habits and the adoption of healthy lifestyles, helping them to improve their nutritional status.

Objective: To evaluate the impact of nutritional intervention in older adults in the gerontological center of Tlaxcoapan.

Methodology: Quantitative, quasi-experimental, and longitudinal study, non-probabilistic sampling, involving 40 older adults, taking into account the selection and elimination criteria. The Mini Nutritional Assessment (MNA) instrument was used, composed of 18 items divided into 4 areas: anthropometry, risk situations, dietary survey, and self-perception of health, with a Cronbach's alpha reliability of 0.70. The nursing nutritional intervention program entitled ¡Mi salud es primero! was carried out.

Results: The sample consisted of 40 older adults, mostly women, with a minimum age of 59 years and a maximum age of 83 years.

In the pretest, 52.5% were found to be at risk of malnutrition, decreasing to 17.5% in the post-test after the intervention.

Dissemination and conclusion: Favorable changes were observed in the nutritional status of the older adults, demonstrating that the educational intervention helps to improve nutritional status.

Keywords: Program. Nutrition education. Older adults. Nursing care. Nutritional status.

Resumo

Introdução: A educação nutricional nos idosos proporciona benefícios na modificação de hábitos alimentares e na adoção de estilos de vida saudáveis, auxiliando-os a melhorar o seu estado nutricional.

Objetivo: Avaliar o impacto de intervenções nutricionais nos idosos do centro gerontológico de Tlaxcoapan.

Metodologia: Estudo quantitativo, quase experimental, com amostra não probabilística, que selecionou 40 idosos, considerando critérios de seleção e eliminação. Utilizou-se o instrumento Mini Avaliação Nutricional (MAN), composto por 18 itens, divididos em quatro domínios: antropometria, situações de risco, inquérito alimentar e autopercepção da saúde, com confiabilidade alfa de Cronbach de 0,70. Implementou-se o programa de intervenção nutricional de enfermagem "Minha Saúde em Primeiro Lugar!".

Resultados: A amostra foi composta por 40 idosos, na sua maioria mulheres, com idade entre os 59 e os 83 anos. No pré-teste, 52,5% apresentaram risco para desnutrição,

diminuindo para 17,5% no pós-teste após a intervenção.

Discussão e conclusões: Observaram-se mudanças favoráveis no estado nutricional dos idosos, demonstrando que a intervenção educativa contribui para a melhora do estado nutricional.

Palavras-chave: Programa. Educação nutricional. Idosos. Cuidados de enfermagem. Estado nutricional.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a adulto mayor a toda persona de 60 años o más. En 2019, el número de personas de 60 años o más lo ocupaba el 16% de la población. Esa cifra aumentará para 2030 en donde 1 de cada 6 personas tendrá 60 años o más. Para el año 2050 la OMS estima que la población con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%. Por esta razón, la característica principal de la población mundial en el siglo XXI, será el envejecimiento demográfico.^{1,2}

Los adultos mayores son la población con gran porcentaje de personas que llegan a la vejez en malas condiciones de salud, por lo tanto, tienen mayor riesgo de padecer problemas nutricionales tanto por exceso de alimentos como por déficit debido a los cambios físicos y psicosociales que ocurren con el envejecimiento y afectan la ingesta de alimentos.³ Cabe mencionar que la etapa del envejecimiento se asocia a la adaptación de conductas sedentarias y a la adopción de hábitos no saludables.⁴

La Organización Mundial de la Salud informa

que la mala nutrición es uno de los principales factores de mortalidad en el mundo, e indica que un índice elevado de población sufre distintas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y artritis.⁵

En la actualidad, los malos hábitos alimenticios son un problema relevante en América Latina especialmente en la población mayor, por lo que la importancia de realizar esta intervención de enfermería se basa en aportar a la sociedad conocimientos que ayuden al adulto a realizar una correcta alimentación y con ello mantener en óptimas condiciones su estado nutricional, ya que de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, el 24% de la población mexicana tiene riesgo de malnutrición y el 35% se encuentra en malnutrición; Así mismo las personas que consumen alimentos fuera de los albergues presentan sobrepeso y obesidad.⁶

La relevancia social del apoyo educativo en el Centro Gerontológico de Tlaxcoapan es ayudar a mejorar las condiciones de salud específicamente en el ámbito nutricional de los adultos al proporcionarles información y asesoramiento sobre una adecuada alimentación de acuerdo a las condiciones específicas de cada persona. Es fundamental ya que estamos ante una sociedad que envejece y necesita de acciones de cuidado para su desarrollo en esta etapa de la vida.⁷

Por lo que la educación y autoeducación en el adulto mayor constituye un proceso que permite adaptarse a las nuevas condiciones y aportar conocimientos dirigidos hacia la modificación de conductas, situaciones e identificación oportuna de riesgos

relativos que comprometan la salud de los adultos mayores.⁸ Desde la perspectiva de enfermería, el cuidado del adulto mayor debe enfocarse hacia la evaluación integral, prevención del deterioro de la movilidad y protección de la autonomía. Se establece que dentro de lo fundamental que se podría ejecutar es la promoción y educación a la salud para concebir la vejez como una etapa activa.⁹

Esto con base en los sistemas propuestos en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, quien sugiere atender a los individuos con un sistema de apoyo educativo,¹⁰ en donde la acción de enfermería consistió en sesiones de educación nutricional y estimulación a adoptar estilos de vida saludables; por lo cual nos planteamos la pregunta de investigación ¿Cuál es el impacto de un programa de intervención educativa en la mejora del estado nutricional de los adultos mayores?, el objetivo de la investigación es evaluar el impacto de la intervención nutricional en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Tlaxcoapan. Y la hipótesis investigación corresponde a: El programa de intervención educativa mejora el estado nutricional de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Tlaxcoapan.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental de enfoque cuantitativo.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 40 adultos mayores de ambos sexos que asisten al Centro Gerontológico de Tlaxcoapan, Hidalgo, seleccionados mediante muestreo

no probabilístico por conveniencia; se incluyó a quienes pertenecían al centro, aceptaron participar mediante firma del consentimiento informado y mostraron disposición para asistir a las sesiones y realizar las actividades propuestas, excluyéndose a aquellos con contraindicación médica para realizar actividad física o que, por voluntad propia, decidieron no participar en el programa de intervención.

Instrumento de medición

El estado nutricional se evaluó antes y después de la intervención mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA), compuesto por 18 ítems distribuidos en cuatro áreas: antropometría, situaciones de riesgo, encuesta dietética y autopercepción de salud. La puntuación máxima es de 30 puntos; valores >23.5 indican estado nutricional normal, entre 17 y 23.5 riesgo de malnutrición y <17 desnutrición. El instrumento cuenta con una confiabilidad reportada por alfa de Cronbach de 0,70

Procedimiento de intervención

La recolección de datos se efectuó en dos momentos: preintervención y postintervención. El programa educativo, diseñado e impartido por el equipo investigador del área de enfermería, tuvo una duración de 10 semanas, con sesiones semanales de 50 a 60 minutos, realizadas a las 14:00 horas en las instalaciones del Centro Gerontológico.

Las sesiones, de carácter educativo-participativo, abordaron:

Importancia de una dieta equilibrada.
Selección autónoma de alimentos saludables adaptados a las necesidades indivi-

duales.

Estrategias prácticas para mejorar la ingesta nutricional (recetas accesibles, combinaciones de alimentos).

Fomento del autocuidado, actividad física y conciencia sobre la alimentación saludable. Se utilizaron recursos visuales (infografías, carteles, ilustraciones y folletos) para facilitar la comprensión, así como actividades prácticas como la preparación de alimentos nutritivos y ejercicios de activación física.

Análisis estadístico

El intervalo entre la evaluación inicial y la final fue de 2 meses y medio. Los datos se analizaron con estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar) y estadística inferencial mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon, empleando el software SPSS v.19. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

El estudio se clasificó como de riesgo mínimo, conforme al Reglamento de la

Ley General de Salud en materia de investigación, y se desarrolló bajo los principios de la Declaración de Helsinki. Se garantizó la confidencialidad de la información y la participación voluntaria mediante consentimiento informado. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Superior de Tlahuelilpan (código de aprobación 2023/II/P9).

Resultados

En relación a los factores sociodemográficos básicos de la población de estudio constituida por 40 adultos mayores, se encontró que: La edad media es de 72.05 años, la mínima de 59 años y la edad máxima es de 83 años. En cuanto al género se tuvo que del total de participantes el 97% fueron mujeres y 3% hombres. El grupo más numeroso dentro de la población pertenece a adultos mayores casados (40%), seguido de viudos (32%). Además, el 70% de los participantes vive acompañado. (Tabla n.º1).

Tabla n.º1

Variables sociodemográficas de la población de estudio

Variable	f	%
Edad		
De 59 a 69 años	12	30%
De 70 a 80 años	23	57.5%
De 81 a 85 años	4	12.5 %
Genero		
Femenino	39	97%
Masculino	1	3%
Estado civil		
Soltero	4	10%
Casado	16	40%
Viudo	13	32.5%
Divorciado	7	17.5%
Situación de vida		
Vive solo	12	30%
Vive acompañado	28	70%

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos, elaboración propia, 2024

A continuación, se presenta la tabla n.º2 la cual muestra una mejora significativa en las conductas y hábitos alimentarios de los adultos mayores tras la intervención educativa. Se observa que el porcentaje de personas que consumían menos de tres comidas al día disminuyó en un 23%, lo que sugiere una mejor planificación de la alimentación e ingesta de alimentos. Asimismo, el bajo consumo de proteínas se redujo en un 20%, indicando que los participantes incorporan más fuentes proteicas en su dieta.

En cuanto al consumo de frutas y verduras, se logró una disminución del 25% en el número de personas con ingesta deficiente, reflejando un cambio positivo en la variedad y calidad de alimentación del adulto mayor (Tabla n.º2). Por otro lado, la percepción negativa del propio estado nutricional mostró una mejora con una reducción del 12% en quienes consideraban su nutrición como deficiente, lo que demuestra que la intervención no solo influyó en los hábitos alimenticios, sino también en la autoconfianza y el conocimiento sobre la propia alimentación.

Tabla n.º2
Comparación de conductas y hábitos alimenticios

Variable	Pre-intervención (%)	Post-intervención (%)
Consume menos de tres comidas al día	38%	15%
Bajo consumo de proteínas	40%	20%
Bajo consumo de frutas y verduras	50%	25%
Autopercepción del estado nutricional (Percibe su nutrición como deficiente)	30%	18%

Fuente: Instrumento Mini Nutritional Assesment, elaboración propia, 2024

Al analizar la información obtenida en la pre-intervención de acuerdo a los hábitos, tipo de alimentación y medidas antropométricas, se identificó que más de la mitad de los participantes (52.5%) se encontraban en riesgo de malnutrición y el 37.5 % en un estado nutricional normal, mientras que en

el menor número de los participantes (10%) se identificó un estado de malnutrición. (Tabla n.º3). Dichas cifras nos indican la necesidad de atender el problema para evitar que la cantidad de adultos en malnutrición aumente.

Tabla n.º3
Resultados pre intervención del estado nutricional de los adultos mayores, medidos con el instrumento Mini Nutritional Assessment (MNA).

Variables	Pre intervención	
Validados	fx	%
Malnutrición	4	10.0
Riesgo de malnutrición	31	52.5
Normal	15	37.5
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento Mini Nutritional Assesment, elaboración propia, 2024

Posterior a la realización del programa de intervención educativa se realizó una segunda medición del estado nutricional de cada adulto mayor con el instrumento MNA para hacer una comparación entre los resultados obtenidos antes de la intervención (Tabla n.º3) y después de esta (Tabla n.º4), y con ello identificar el impacto del programa implementado. De acuerdo con los resul-

tados obtenidos en el post-intervención se observó una mejoría significativa, ya que el porcentaje de participantes con riesgo de malnutrición disminuyó un 35%, logrando ahora que el 75% de los adultos mayores se encuentren en estado nutricional normal, resultados con los que se demuestra que la intervención educativa ayudo a mejorar el estado nutricional (Tabla n.º4).

Tabla n.º4

Resultados post intervención del estado nutricional de los adultos mayores, medidos con el instrumento Mini Nutritional Assessment (MNA).

Variable	Post intervención	
Validados	fx	%
Malnutrición	3	7.5
Riesgo de malnutrición	7	17.5
Normal	30	75
Total	40	100

Fuente: Instrumento Mini Nutritional Assesment, elaboración propia, 2024

La comprobación de hipótesis de las variables pre intervención y post intervención del estado nutricional fue medida mediante la prueba de rangos de Wilcoxon, donde se obtuvo una significancia asintótica (asintót.) bilateral de 0,001 en post intervención. (Tabla n.º5). Por lo cual se acepta la H_1 . El pro-

grama de intervención educativa mejora el estado nutricional de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Tlaxcoapan y con ello rechazando la H_0 . El programa de intervención educativa no mejora el estado nutricional de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Tlaxcoapan.

Tabla n.º5

Prueba estadística Wilcoxon para la comprobación de hipótesis de las variables pre intervención y post intervención del estado nutricional.

Variables	Resultado MNA
Z	-4.400 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	.001

Fuente: Efecto de apoyo educativo en el estado nutricional, elaboración propia, 2024

Discusión

Mediante los resultados de la presente investigación, se logró conocer el impacto que tiene una intervención educativa de enfermería en el adulto mayor que acude a un grupo de apoyo, se considera que las intervenciones de enfermería logran cambios significativos en el estado nutricional a través de la adherencia a nuevos hábitos alimenticios con la promoción de estilos de vida saludables.

Cecilia Palacios Fonseca en su estudio Apoyo educativo y su influencia en el auto-

cuidado del adulto con obesidad, observo que en la mayor parte de su población el género que más predomina es el femenino con un 80%,¹⁵ encontrando similitud con la presente investigación ya que en nuestros participantes del Centro Gerontológico de Tlaxcoapan Hidalgo también predomina en mayor parte el género femenino con un 97%.

Angela Maria Henao Castaño y colaboradores en su estudio denominado Estado nutricional del adulto mayor que asiste a un grupo de apoyo, realizado en el año 2020, encontraron que el 88.7% de sus partici-

pantes están en estado nutricional normal,¹⁶ lo cual tiene relación con nuestra investigación ya que el 75% de los adultos mayores se encuentran con un estado nutricional normal.

Por otra parte, los resultados de nuestro estudio indican que solo el 7.5% de los participantes se encuentra en malnutrición, lo que coincide con Gloria Cecilia Deossa Restrepo y colaboradores en su estudio denominado Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA, realizado en el año 2016, donde refiere que el 14.3% de los adultos mayores están en malnutrición, siendo este el menor porcentaje de su población.¹⁷

Gladys Nerella Panduro Vásquez y colaboradores en su estudio denominado Efecto de una intervención de educación alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sobre su conocimiento de las porciones de alimentos, realizado en el año 2024, en su análisis estadístico arrojó un valor de $p = 0,000$, que es menor a 0,05, lo cual indica que las diferencias encontradas entre las medidas del pretest y posttest son estadísticamente significativas. Esto quiere decir que la intervención logró generar cambios importantes y confiables en el nivel de conocimientos de los participantes.¹⁸ Encontrando similitud con los resultados obtenidos en nuestro análisis estadístico donde se obtuvo una significancia asintótica (asintót.) bilateral de 0,001. Lo cual indica que el programa de intervención logro cambios significativos en el estado nutricional de los adultos mayores.

El estudio Directrices en educación alimentaria y nutricional para el adulto mayor en la adopción de hábitos alimentarios y la adop-

ción de estilos de vida saludable realizado en el año 2021 por Fonseca Valderrama, reporta que las intervenciones educativas efectivas se caracterizan por promover el conocimiento sobre los aportes de los nutrientes de los alimentos y la adaptación de dietas adecuadas,¹⁹ lo que coincide con la mejora en la frecuencia de comidas y los alimentos integrados en la nutrición de los adultos mayores en nuestro estudio.

Así mismo, Erazo Estrella en una investigación denominada Diseño de estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados en adultos mayores, diseñaron una estrategia de intervención educativa sobre hábitos alimentarios adecuados en la población mayor, encontrando que la educación nutricional puede mejorar significativamente los hábitos alimenticios en los adultos mayores,²⁰ lo que respalda los hallazgos encontrados en nuestro estudio sobre el aumento en el consumo de proteínas, frutas y verduras, lo cual se relaciona con la mejora del estado nutricional del adulto mayor.

Conclusiones

La investigación realizada permitió alcanzar el objetivo establecido al evaluar el impacto de la intervención nutricional en los adultos mayores; de igual manera observamos que los adultos mayores del centro gerontológico de Tlaxcoapan Hidalgo se encontraban en un riesgo de malnutrición, sin embargo, los resultados obtenidos de la intervención educativa muestran un impacto favorable ya que se observa que la mayor parte de la población se encuentra en un buen estado nutricional.

Por lo que estas intervenciones educativas

son estrategias significativas para ayudar a la población mayor a mejorar su estado nutricional, lo cual contribuye a que el adulto mayor mejore su etapa de vejez y con ello sus condiciones de salud favoreciendo la presencia de un estado funcional adecuado, disminuyendo así el riesgo de alteraciones en enfermedades crónicas.

Así mismos, el apoyo educativo contribuye a que los adultos mayores incrementen o en dado caso mantengan sus capacidades de autocuidado en el aspecto nutricional, sin embargo, cabe mencionar que es importante considerar estrategias didácticas para motivarlos y lograr en ellos resultados significativos para sus condiciones de salud.

Desde la disciplina de enfermería, consideramos que esta intervención educativa aporta evidencia sobre la efectividad de estrategias de educación en salud dirigidas a la población mayor, lo que fortalece el rol del profesional de enfermería como educador y agente de cambio en la comunidad. De igual manera contribuye a la protección específica, al prevenir el deterioro nutricional y sus complicaciones asociadas.

Por lo que el papel de enfermería en estas intervenciones es fundamental, ya que no solo proporciona educación nutricional basada en evidencia, sino que también identifica factores de riesgo y promueve estrategias adaptadas a las necesidades individuales de los adultos mayores. Para el grupo de investigación, este estudio ofrece datos sobre la respuesta de los adultos mayores a las intervenciones educativas, lo que facilita la optimización de programas de promoción a la salud.

Se recomienda realizar futuras investigacio-

nes para dar continuidad a largo plazo a el programa de intervención, así como incluir una muestra más heterogénea para poder hacer una comparación de resultados entre poblaciones e identificar diferencias y similitudes respecto al estado nutricional del adulto mayor, por lo que se sugiere que la investigación se efectué en otros centros gerontológicos pertenecientes a la región o estado.

Aspectos éticos

El presente estudio se llevó a cabo bajo los lineamientos de la Ley general de salud y la Declaración de Helsinki, con el objetivo de proteger la integridad, dignidad y confidencialidad de la información de los participantes, por lo cual se aplicó un consentimiento informado para su participación voluntaria.^{13,14,21} Se trata de una investigación de riesgo mínimo de acuerdo con el reglamento en materia de investigación.²²

Agradecimientos

Reconozco con gratitud a la Casa de Dia Tlaxcoapan por abrir sus puertas y permitirme realizar esta investigación, a los adultos que acuden a este lugar por su participación y el apoyo brindado.

Referencias

1. Villalobos C. A. Envejecimiento Saludable. [Internet]. Editorial Segismundo; 2019. [Obtenido el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://books.google.com.mx/books/about/Envejecimiento_Saludable.html?id=DjTWjwEACAA-J&redir_esc=y
2. Organización Mundial de la Salud.

Envejecimiento y salud. 2024. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

3. Echagüe G., Sosa L., Funes P., Díaz V., Ferrero M., Cardozo O. Estado de salud y nutrición del adulto mayor que concurre al Hospital Geriátrico del Seguro Social en la Asunción, Paraguay. Investigación Clínica. 2023;64(1):53–67. Disponible en: <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/investigacion/article/view/39818/45032>

4. Barajas M.E., Salazar-González B.C., Ávila-Alpírez H., Guerra O. J.A., Ruiz C. J.M., Durán-Badillo T. Hábitos alimentarios y actividad física en adultos mayores con enfermedad crónica. Rev. Cienc. enferm. [Internet]. 2020 [Obtenido el 23 de abril de 2023]; 26: 23. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532020000100216&lng=es.

5. Larriba L. T., Benito R. E., Peón S. I., Burillo N. M., Benito B. C., Fernández T. S. Estudio de la malnutrición en personas mayores de 65 años: revisión sistemática [Internet]. Rev. Sanitaria de Investigación; 2022 [Obtenido el 23 de abril de 2023] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/estudio-de-la-malnutricion-en-personas-mayores-de-65-anos-revision-sistemica/>

6. Barrera-Rodríguez D.F. Revisión teórica sobre los efectos de la actividad física en el adulto mayor. Rev. Digit. Act. Fis. Deport. [Internet]. 1 de Julio

de 2021 [Obtenido el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistas.udca.edu.co/index.php/rdaafd/article/view/1937/2162>

7. Moreno C. P., Muñoz D. M.C., Pedrero G. E. Intervención socioeducativa con adultos mayores. [Internet]. Dialnet. Universidad de la Rioja; 2020 [Obtenido el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=692704>

8. Dottori K. V., Arias C. J., Soliveres C. Educación con adultos mayores: motivaciones y beneficios percibidos. Olhar de Professor [Internet]. 2019;18(1):20–29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68459083003>

9. Arilla F. E., Sanz de la Torre I.P., Blanco A. J., Amador G. N., Forcada C. C., Sánchez P. E. Envejecimiento sano: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación para la salud para nuestros ancianos. [Internet]. Rev. Sanitaria de Investigación; 2023 [Citado el 23 de abril de 2023] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/envejecimiento-sano-promocion-de-la-salud-prevencion-de-enfermedad-y-educacion-para-la-salud-para-nuestros-ancianos/>

10. Naranjo H. Y., Concepción P. J.A., Rodríguez L. M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit. [Internet]. 2020 [Obtenido el 23 de abril de 2023]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.

11. Narváez O.M., Villegas S. Ll. Introducción a la investigación: Tipos de Investigación. [Internet]. Universidad Veracruzana 2021. [Obtenido el 10 de septiembre de 2023] Disponible en: <https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad1/investigacion-tipos.html>
12. Muñoz D. B. Validación en español del cuestionario Mini Nutritional Assessment para la valoración del estado nutricional de pacientes mayores de 65 años. [Internet] Universidad de Córdoba; 2021. [Obtenido el 12 de septiembre de 2023] Disponible en: <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/21493>
13. Gobierno de México. Declaración de Helsinki. [Internet]. Dirección de investigación; diciembre 2018. [Obtenido el 2 de octubre de 2023] Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/helsinki.html>
14. Secretaria General. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. 2014. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
15. Trejo G. C.A., Maldonado M. G. Influencia del Apoyo Educativo en las Capacidades de Autocuidado del Adulto Mayor del Centro Gerontológico Integral de Tlahuelilpan Hidalgo. Xikua. [Internet]; 2020.Vol 8, No. 16 12-15. [Obtenido 12 abril 2024]. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/5904/7181>
16. Henao-Castaño A.M., Fajardo-Ramos E., Nuñez-Rodriguez L. Estado nutricional del adulto mayor jubilado que forma parte a un grupo de apoyo. Rev. Ciencia y Cuidado. [Internet]. 1 de mayo de 2022 [Obtenido 12 de abril de 2024];19(2):8-17. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/ciencycuidado/article/view/3240>
17. Deossa-Restrepo G.C., Restrepo-Betancur L.F., Velásquez-Vargas J.E., Varela Á. D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. Rev Univ. Salud. 2020;18(3):494-504. Disponible: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.54>
18. Panduro V. G.N., Dextre M.L, Antezana A. S., Silva R. J., Aguirre S. J. Efecto de una intervención de educación alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sobre su conocimiento de las porciones de alimentos. Nutr Clín Diet Hosp [Internet]. 22 de octubre de 2024 [Obtenido 4 de diciembre de 2024];44(4). Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/691>
19. Fonseca V. L.V. Directrices en educación alimentaria y nutricional para el adulto mayor en la adopción de hábitos alimentarios y la adopción de estilos de vida saludable. Pontificia Universidad Javeriana. [Internet]. Mayo 2021. [Obtenido 4 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/54042>
20. Erazo E. X.D. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre hábi-

tos alimentarios adecuados en adultos mayores. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Riobamba. [Internet]. Diciembre 2016. [Obtenido 4 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/5949>

21. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2024 [Obtenido 29 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

22. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf



Aplicación de las adecuaciones al modelo de Patricia Benner para alcanzar el nivel de práctica avanzada

*Application of adjustments to Patricia Benner's model to achieve the
advanced practice level*

*Aplicação de adaptações ao modelo Patricia Benner para alcançar a enfermagem de
prática avançada*

Katia Blanco Hechavarría¹

<https://orcid.org/0000-0001-5773-8653>

Marta Otero Ceballos¹

<https://orcid.org/0000-0003-2467-2621>

Luis Oscar Marrero Riverón¹

<https://orcid.org/0000-0002-1645-8249>

Yusimy Mesa Rodríguez¹

<https://orcid.org/0000-0003-4699-1877>

Julia Maricela Torres Esperón¹

<https://orcid.org/0000-0002-0702-7025>

Ledia Lázara Ramos García¹

<https://orcid.org/0000-0003-1093-7457>

¹Complejo Científico Ortopédico Internacional
"Frank País", La Habana, Cuba

Autor de correspondencia: Katia Blanco
Hechavarría

Correo electrónico: katiablanco@infomed.sld.cu

Recibido: 06 junio 2025

Aceptado: 28 agosto 2025

Publicado: 25 septiembre 2025

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: El ejercicio de la profesión de enfermería requiere de competencias propias en el arte de cuidar, donde se precisa poseer un perfeccionamiento continuo de conocimientos, que permitan enfrentar el desarrollo constante de las Ciencias de la Salud y la tecnología para brindar cuidados de calidad oportunos, específicos y especializados.

Objetivo: Aplicar las adecuaciones realizadas al modelo de Patricia Benner para el alcance del nivel de Enfermería de práctica avanzada.

Metodología: Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico en el periodo comprendido entre septiembre 2021 y noviembre 2023. Se utilizaron métodos teóricos como revisión documental y métodos empíricos: trabajo grupal con grupo

de expertos conformados por siete profesionales, todos con categoría científica de máster y doctor en ciencias, lo que permitió diseñar dos diplomados por competencias que articulan con nuevas formas de organización de la enseñanza hasta, el programa de maestría para el desempeño de Enfermería de Práctica Avanzada dirigida a profesionales que laboran en ortopedia y traumatología.

Resultados: El diseño curricular por competencias de una maestría de Enfermería de práctica avanzada en ortopedia y traumatología a partir de dos formaciones de superación profesional.

Discusión y conclusiones: La teoría de Patricia Benner “Práctica progresiva en enfermería”, así como las adecuaciones realizadas por Mesa Rodríguez fueron el principal referente teórico, que facilitó la decisión de desarrollar un diseño curricular por competencias válido para la formación académica de Master en Enfermería de práctica avanzada en Ortopedia y Traumatología, como nivel de la profesión que responde a la práctica avanzada.

Palabras clave: Teoría de Patricia Benner. Formación por competencias. Enfermería de práctica avanzada.

Abstract

Introduction: Nursing practice requires competencies intrinsic to the art of caring, demanding continuous advancement of knowledge that enables professionals to address the constant development of Health Sciences and technology, in order to provide timely, specific, and specialized quality care.

Objective: To apply the modifications to Patricia Benner’s model for the attainment of Advanced Nursing Practice.

Methods: Technological development research was conducted between September 2021 and November 2023. Theoretical methods such as document review and empirical methods were used: group work with a group of experts made up of seven professionals, all with master’s and doctoral degrees in science, allowed for the design of two competency-based diploma courses that articulate with new forms of teaching organization up to the master’s program for Advanced Practice Nursing aimed at professionals working in orthopedics and traumatology.

Results: Competency-based curriculum design of a Master’s program in Advanced Practice Nursing in orthopedics and traumatology was developed based on two professional development programs.

Dissemination and conclusions: Patricia Benner’s theory of “Progressive Practice in Nursing,” as well as the adaptations made by Mesa Rodríguez served as the foundational framework guiding the development of a validated competency-based curriculum. This curriculum was designed for the academic training of a Master’s program in Advanced Practice Nursing in Orthopedics and Traumatology, aligning with the professional standards and competencies required for advanced nursing practice.

Keywords: Patricia Benner’s theory. Competency-based training.

Resumo

Introdução: A prática da enfermagem requer de competências específicas na arte de cuidar, o que requer aprimoramento contínuo do conhecimento para atender ao desenvolvimento contínuo das ciências e tecnologias da saúde, a fim de proporcionar um cuidado oportuno, específico e especializado de qualidade.

Objetivo: Aplicar as adaptações realizadas ao modelo Patricia Benner para alcançar a Enfermagem de Prática Avançada.

Metodologia: Um estudo de desenvolvimento tecnológico foi realizado de setembro de 2021 a novembro de 2023. Foram utilizados métodos teóricos, como revisão documental e métodos empíricos. O trabalho em grupo com um grupo de especialistas composto por sete profissionais, todos com mestrado e doutoramento em ciências, permitiu a concepção de dois diplomas baseados em competências que articulam novas formas de organização do ensino até um programa de mestrado em Enfermagem de Prática Avançada, voltado para profissionais que atuam na ortopedia e na traumatologia.

Resultados: Desenho curricular baseado em competências para um Mestrado em Enfermagem de Prática Avançada em Ortopedia e Traumatologia, com base em dois programas de desenvolvimento profissional.

Discussão e conclusões: A teoria "Prática Progressiva em Enfermagem" de Patricia Benner, bem como as adaptações de Mesa Rodríguez, foram a principal referência teórica que facilitou a decisão de desenvolver

um desenho curricular baseado em competências válidas para a formação acadêmica do Mestrado em Enfermagem de Prática Avançada em Ortopedia e Traumatologia, como um nível da profissão que responde à prática avançada.

Palavras-chave: Teoria de Patricia Benner. Formação baseada em competências. Enfermagem de prática avançada.

Introducción

El ejercicio de la profesión de enfermería requiere de competencias propias en el arte de cuidar, donde se precisa poseer un perfeccionamiento continuo de conocimientos, que permitan enfrentar el desarrollo constante de las Ciencias de la Salud y la tecnología para brindar cuidados de calidad oportunos, específicos y especializados.¹

Las competencias se definen como la capacidad para responder de manera exitosa a una demanda compleja o llevar a cabo una actividad o tarea. Incluyen las actitudes, valores, conocimientos, destrezas y habilidades que hacen posible la acción efectiva.² Constituyen, además, una herramienta capaz de proveer una conceptualización, un modo de hacer y un lenguaje común para el desarrollo de los recursos humanos.¹

Desde el enfoque de la sociedad del conocimiento en que está inmersa la formación, las competencias se componen de alta habilidad, capacidades de pensamiento superior y competencias de trabajo en equipo.³ Se puede decir que, la formación por competencias constituye uno de los pilares para avanzar en el cumplimiento de los objetivos de cualquier proceso, que involucre a los profesionales, para afrontar

los retos presentes y futuros de la sociedad a la cual se enfrentarán mediante el trabajo. Por su parte, Cejas Martínez, profesional venezolana, en su estudio “Formación por competencias. Reto de la educación superior”, define a la formación por competencias como un proceso de enseñanza y aprendizaje que está orientado a las personas con el fin de adquirir habilidades, conocimientos y actitudes para un desempeño idóneo.⁴

Con relación a la profesión de enfermería, Patricia Benner en lo adelante Benner, es considerada como una de las precursoras por su teoría de la “Práctica progresiva en enfermería”, donde estableció cinco niveles de desarrollo de competencias: novicia o principiante, principiante avanzado, competente, capaz y experto.¹⁵ Lo que permite disminuir inequidades, acceso limitado a los servicios y favorecen una atención segura y de calidad.

Benner, plantea que la profesión de enfermería abarca el cuidado, el estudio de las experiencias vividas con relación a la salud, la enfermedad y las relaciones con el entorno, describe la práctica desde un planteamiento fenomenológico interpretativo.⁶ Por tanto, la formación requiere integrar los conocimientos y la práctica mediante las experiencias de aprendizaje que propicien la adquisición de competencias necesarias y toma de decisiones cada vez mejor para brindar un cuidado con calidad.

Dado que el modelo de Benner no fue concebido para el alcance del nivel de práctica avanzada de Enfermería, muchos son los estudios sobre Enfermería de práctica avanzada EPA^{7,8} que basan sus referencias en esta teoría. Ejemplo, la investigadora

cubana Mesa Rodríguez realizó adecuaciones a la teoría de Benner para el alcance del nivel de EPA, con la incorporación del nivel avanzado en la práctica clínica como un sexto nivel, superior al de experto, en la adquisición de habilidades e incluir la formación académica como un requisito para la transición de la práctica experta a la avanzada.⁷

Los autores de este artículo, se adhieren al cambio realizado por Mesa Rodríguez y demuestran su aplicación al diseñar dos formaciones de superación profesional como bases para una maestría en EPA en Ortopedia y Traumatología y comenzar su implementación, como nivel de la profesión que responde a la formación de práctica avanzada, esto a su vez, ofrece congruencia con el concepto de emitido por el Concilio Internacional Enfermera CIE que define a una enfermera con práctica avanzada como la “enfermera registrada que ha adquirido la base de conocimiento experto, habilidades de toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para la práctica expandida, cuyas características están determinadas por el contexto o el país en el que está acreditado para ejercer. El grado de Maestría es el nivel de entrada recomendado.”^{9,16}

Las enfermeras con práctica avanzada son capaces de realizar cuidados con un alto nivel de pericia, con un alto grado de complejidad basada en evidencia científica, de desarrollar un pensamiento crítico y analítico para la toma de decisiones basadas en conocimientos teóricos e investigación, así como la adquisición de competencias necesarias para brindar un cuidado de calidad.¹⁷

A tono con esto, en el Complejo Científico Ortopédico Internacional CCOI “Frank País” se desarrolló, en el año 2021, el proyecto “Formación por competencias en enfermería de práctica avanzada en ortopedia y traumatología en Cuba”, en correspondencia con las necesidades de aprendizaje de los profesionales de enfermería y las exigencias crecientes del desarrollo de la especialidad. Como tarea del mismo, se diseñaron dos diplomados por competencias, lo que permitió que se generara una escalera certificativa para formar como máster al profesional que labora en estos servicios.

Para el diseño de los diplomados, se tomó como referente las funciones y competencias de EPA identificadas para los profesionales que laboran en ortopedia y traumatología, que también fue una tarea del proyecto de investigación. De ahí que el propósito de este artículo fue aplicar las adecuaciones realizadas al modelo de Patricia Benner para el alcance del nivel de EPA, con la incorporación del nivel avanzado en la práctica clínica como un sexto nivel, superior al de experto, en la adquisición de habilidades e incluir la formación académica como requisito para el alcance de la práctica avanzada.

Metodología

Se realizó una investigación cualitativa de desarrollo tecnológico en el CCOI “Frank País” en el período comprendido entre septiembre 2021 y noviembre 2023. Se utilizaron métodos teóricos como revisión documental entre estos, la resolución de postgrado del Ministerio de Educación Superior MES¹⁸ y métodos empíricos: trabajo grupal con comité de expertos conforma-

dos por siete profesionales. De estos tres, profesores auxiliares, dos asistentes y dos directivos, todos con categoría científica de máster y doctor en ciencias, para diseñar dos diplomados a partir de las funciones y competencias de EPA identificadas para los profesionales que laboran en los servicios de ortopedia y traumatología.

Para esto, se tuvo en cuenta la teoría de Benner que describe cinco niveles de desarrollo de competencias: novicia o principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. Este modelo postula que los cambios en los cuatro aspectos de la ejecución tienen lugar en la transición a través de los niveles de adquisición de habilidades.⁹

Benner, al aplicar el modelo a la enfermería, observó que “la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y rápida cuando tiene lugar a partir de una base educativa sólida.”¹⁹ con esto se demuestra que es un modelo útil a desarrollar a nivel curricular para conformar un perfil de competencias desde la formación de pregrado de la enfermera y en toda la disciplina a nivel asistencial, investigación y educación. Condición que determina las competencias necesarias para transitar del nivel experto hacia el avanzado, lo que se define como condición ineludible en la Enfermería de Práctica Avanzada.

Aunque la teoría de Benner, ofrece bases teóricas que sustentan la progresión hacia el nivel de experto a partir del desarrollo de capacidades y habilidades en la práctica clínica, la misma no fue concebida para el alcance del nivel de práctica avanzada de Enfermería. Esta transición requiere de una formación académica posgradual que la

respalde, en este caso, una maestría de EPA en ortopedia y traumatología.

Con relación a esto, Mesa Rodríguez realizó adecuaciones al modelo de Benner para el alcance del nivel de EPA, con la incorporación del nivel avanzado en la práctica clínica como un sexto nivel, superior al de experto, en la adquisición de habilidades e incluir la formación académica como un requisito para la transición de la práctica experta a la avanzada.⁷ Estas adecuaciones realizadas al modelo de Benner, se tomaron como referente teórico para el estudio, lo que facilitó la decisión de desarrollar un diseño curricular por competencias válido para la formación académica de Máster en EPA en Ortopedia y Traumatología,²⁰ que ofrece congruencia con el concepto de EPA emitido por el CIE mencionado con anterioridad.^{9,16}

Resultados

La Filosofía de principiante a experto, de Benner, representa una progresión lineal de conocimientos y experiencias que conducen a la adquisición de habilidades. Concepto que al aplicarse al estudiante lo lleva a tomar mejores decisiones en el cuidado de la persona. Según Benner, la experiencia aumenta cuando se integra la memoria al reconocimiento de patrones basados en conocimiento racional y analítico, experiencia que no depende del tiempo que lleve la persona al realizar la actividad, sino de la cantidad de situaciones reales que brindan herramientas que permite al estudiante encargarse de su propio aprendizaje y garantizar, además, que se cumplan con las competencias establecidas en su desarrollo profesional.

Por lo tanto, el diseño de las dos forma-

ciones de superación profesional facilitó que se genere un sistema escalonado para formar como máster en EPA al profesional que labora en los servicios de ortopedia y traumatología, que será la titulación que certificará a este profesional de enfermería para brindar cuidados de práctica avanzada. El uso de la escalera certificativa, permite que el estudiante pueda avanzar desde niveles iniciales hasta niveles más avanzados, a medida que adquiere los conocimientos, habilidades y la experiencia en su práctica clínica.

Discusión

En cuanto al resultado obtenido, el mismo guarda relación con un estudio realizado en Chile con el propósito de proponer estrategias de aprendizaje desde la perspectiva filosófica de Benner, en el cual se demostró que la aplicación del modelo de Benner en la educación es vital debido a que tiene características universales para su desarrollo, asociado a estrategias de aprendizaje que motivan al estudiante de enfermería a desarrollar la toma de decisiones sustentada en aspectos éticos y favorece a su vez, la adquisición de habilidad y destreza en una situación real específica.²¹

En otro estudio realizado en Ecuador, con el objetivo de analizar el rol del profesional de enfermería en el almacenamiento y conservación de las vacunas como garantía de protección específica e inmunizante, según la teoría de Benner, en este, se evidenció la necesidad de contar con un personal de enfermería con las competencias tecno, científicas y procedimentales que les permita llevar a cabo los procesos requeridos que garantizan la eficacia de las vacunas y la seguridad del usuario; que sumado

al aporte de la teoría de Benner, facilitó el planteamiento de una perspectiva integral del cuidado como alternativa para el desarrollo de una práctica basada en la experiencia, no solo desde el punto de vista de la enfermería, sino también desde la visión del paciente.²²

De igual manera, en el estudio realizado en España, “la formación académica de las enfermeras que desarrollan roles de práctica avanzada” demuestra que el desempeño de roles avanzados conlleva una mayor responsabilidad, expansión y profundidad de la práctica enfermera, lo cual solo es posible con una formación adicional al grado de máster o doctorado en enfermería y una mayor pericia en la práctica clínica. Por lo tanto, la EPA está ligada al nivel de educación, es decir, un mayor desarrollo académico de la enfermera promueve el avance de una práctica autónoma.²³

En otro estudio realizado con el objetivo de proponer el perfil de la competencia de innovación tecnológica del estudiante de Licenciatura en Fisioterapia. Se pudo constatar mejoras en los desempeños de los estudiantes de Licenciatura en Fisioterapia, a partir de la introducción del perfil de la competencia de innovación tecnológica, lo cual contribuyó a la formación de fisioterapeutas creativos y emprendedores en el cumplimiento de funciones en los servicios de salud.²⁴

Conclusiones

La teoría de Patricia Benner “Práctica progresiva en enfermería”, así como las adecuaciones realizadas por Mesa Rodríguez fueron el principal referente teórico que facilitó la decisión de desarrollar un diseño

curricular por competencias válido para la formación académica de Máster en Enfermería de práctica avanzada en Ortopedia y Traumatología, como nivel de la profesión que responde a la práctica avanzada.

El uso de la escalera certificativa permitirá que obtenga un sistema progresivo de certificaciones que representa un logro y nivel de competencia en su desempeño, al mismo tiempo, promueve un desarrollo continuo y permanente para estar mejor preparado y así brindar cuidados de enfermería competentes, personalizados y humanizados a personas con afecciones del Sistema Osteomioarticular SOMA.

Referencias

1. Cuñat Ladrón de Guevara Y., Pardo. F. A., Lara L. N.Y., Local R. E. Competencias de Enfermería en el proceso vital de cuidados. Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [Obtenido el 2 de agosto de 2024]; 96(2): 325-336. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/19/1035>
2. Otero C. M. Diseño por competencias de la Especialidad y el Diplomado en Enfermería y Salud Mental [Tesis Doctoral]. La Habana, Cuba: ENSAP; 2015.
3. Almerich G., Suárez R. J., Díaz G. I., Orellana N. Estructura de las competencias del siglo XXI en alumnado del ámbito educativo. Factores personales influyentes. Educación XXI[Internet]. 2020 [Obtenido el 3 de agosto de 2024]; 23(1): 45-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/706/70663315003/html>

4.Cejas M. M., Rueda M. M.J., Cayo L. L.E., Villa A. L.C. Formación por competencias: Reto de la educación superior. Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2019 [Obtenido el 3 de agosto de 2024]; 25 (1): 94-101. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/280/28059678009/28059678009.pdf>

5.Soto F. P., Reynaldos G. K., Martínez S. D., Jerez Y. O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichan [Internet]. 2014 [Obtenido el 2 de agosto de 2024]; 14 (1): 79-99. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2684/html>

6.Carrillo A. A.J., Martínez P. P.C., Tabor da S. S.C. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2018 [Obtenido el 2 de agosto de 2024]; 34 (2): e1522. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200015

7.Mesa R. Y. Enfermería de Práctica avanzada a población materno infantil del primer nivel de atención. Tesis doctoral. La Habana. Cuba. 2022.

8.Mesa R. Y., Torres E. J.M , Goncalves de Oliveira Toso B.R., Enriquez G. C., Reyes T. Y., Crespo B. T. Enfermería de práctica avanzada del primer nivel de atención a población materna infantil en Villa Clara, Cuba Rev Cubana Enfermer [Internet]. jun. 2022 [Obtenido

el 3 de agosto de 2024]; Vol.38 No.2: e5388 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192022000200010

9.Sevilla-Guerra S., Zabalegui A. Instrumentos de análisis para el desempeño de la enfermera de práctica avanzada. Enferm Clin. [Internet]. 2019[Obtenido el 17 junio de 2022]; 29(2):90-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.002>

10.Blanco H. K., Otero C. M., Torres E. J., Machado G. R., Ramos G. L. La Enfermería de Práctica Avanzada en la educación de posgrado para las enfermeras especialistas. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2023 [Obtenido el 3 de agosto de 2024]; Vol 39: e5704. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5704/939>

11.Blanco H. K., Mesa R. Y., Otero C. M., Torres E. J., Cárdenas P. R., Ramos G. L. Validación de instrumento de definición rol de enfermera de práctica avanzada en nivel terciario de atención en Cuba. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2023 [Obtenido el 27 Julio de 2023]; 39 (1) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5794>

12.Durán R. R., Cazull I. I., Hernández H. R., Cadena P. V.F., Perou S. Y. Formación continuada de enfermería intensiva para brindar prácticas de avanzadas seguras. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [Internet]. 2021[Obtenido el 3 de agosto de 2024]; 20(3): e814. Disponible en: <https://>

revmie.sld.cu

13.Boeykens K., Van H. A. Enfermería de práctica avanzada: rol y función de la enfermera especialista en nutrición. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2018; 26:72-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.04.011>

14.Yáñez J. La enfermería de práctica avanzada: ¿Es la estrategia para alcanzar el acceso y cobertura universal en salud? *Ene* [Internet]. 2020 [Obtenido el 2 de agosto de 2024]; 14(1): e14117. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2020000100017&lng=es

15.Fernández J.M. Beneficios de la implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada en España [Tesis]. Universidad de Valladolid [Internet]. 2019 [Obtenido el 3 de agosto de 2024.] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/37064/TFGH1518.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16.Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C: OPS. 2018. Disponible en: <https://iris.paho>

17.Aranda I. J.R., Hernández V. C.I., Rodríguez V. A.I., Acosta C. G. El cuidado en la Enfermería de Práctica Avanzada. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2019 Obtenido el 2 de agosto de 2024; 27(4): 237-41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim2019/eim194h.pdf>

18.Ministerio de Educación Superior. Resolución No.140/19. Reglamento de la Educación de Posgrado. Cuba. La Habana. MES

19. Pérez R., Hernández N. A., Molina B. M., Hernández S. Y., Seán H. N. Evaluación del desempeño profesional de enfermeros asistenciales bajo la teoría de Patricia Benner. *Rev Cub Enferm* [Internet]. 2020 [Obtenido el 2 de agosto de 2024];36(4). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3524>

20.Blanco H. K., Otero C. M., Guzmán V. M., Marrero R. L.O., Ramos G L.L. Relación de contenidos, funciones y competencias de enfermería de práctica avanzada en ortopedia y traumatología. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología* [Internet]. 30 de mayo de 2024 [Obtenido el 9 de julio de 2025];38. Disponible en: <https://revortopedia.sld.cu/index.php/revortopedia/article/view/865>

21. Castellanos B., Jara C. P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*. [Internet]. 2019 [Obtenido el 29 enero 2025]; 28(54), 182-202. Disponible en: <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>

22.Yépez G.A., Berríos R. A.T. Rol del Profesional de Enfermería en el Almacenamiento y Conservación de las Vacunas como Garantía de Protección Específica e Inmunizante: según la teoría de Patricia Benner: Una Revisión

Sistemática. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. [Internet].2024; vol 8, número 4. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.13178

23.Canga-Armayor N. La formación académica de las enfermeras que desarrollan roles de práctica avanzada. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. [Internet].2024 [Obtenido el 3 de mayo de 2025]; 35 (4) e41 e48. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/translate/goog/science/article/pii/S2529984024000326?xtr=sl=en&xtr=tl=es&xtr=hl=es&xtr=pto=tc>

24.Mora L. W.A., Cabezas T. A.M., Acosta D. J.P., Bustamante L. E.R. Perfil de la competencia de innovación tecnológica para la formación de Licenciados en Fisioterapia. CCM [Internet]. 2022 [Obtenido el 4 de mayo de 2025]; 26 (4). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4636>



Hospitalizaciones evitables en México: factores organizacionales y del paciente según tomadores de decisiones

Avoidable hospitalizations in Mexico: organizational and patient factors according to decision-makers

Hospitalizações evitáveis no México: fatores organizacionais e de pacientes segundo os tomadores de decisão

Cynthya Maya Hernández¹

<https://orcid.org/0000-0002-8127-899X>

Arturo Cuauhtémoc Bautista Morales²

<https://orcid.org/0000-0002-8245-8511>

Laura del Pilar Torres Arreola²

<https://orcid.org/0000-0002-1797-0746>

Estephania Moreno Zegbe²

<https://orcid.org/0000-0003-4684-6813>

Ofelia Poblano Verástegui²

<https://orcid.org/0000-0001-8879-5861>

Sergio Flores Hernández²

<https://orcid.org/0000-0001-5773-9234>

¹Coordinación de Unidades de Primer Nivel de Atención, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Ciudad de México, México.

²Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

Autor de correspondencia: Arturo Cuauhtémoc Bautista Morales

Correo electrónico: arturo.bautista@insp.mx

Recibido: 14 enero 2025

Aceptado: 11 julio 2025

Publicado: 3 octubre 2025

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: Las Hospitalizaciones Evitables son procesos en los que una Atención Primaria en Salud efectiva y oportuna puede reducir el riesgo de hospitalización, ya sea mediante la prevención del inicio de una enfermedad, el tratamiento de una enfermedad aguda o el control de una en-

fermedad crónica.

Objetivo: Explorar la perspectiva del personal directivo respecto a los factores que favorecen las hospitalizaciones evitables en México.

Metodología: Estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas realizadas

entre marzo y junio de 2017 a directivos de unidades médicas de primer y segundo nivel de instituciones públicas de salud en México (IMSS, ISSSTE y SS). Se realizó un análisis de contenido utilizando ATLAS.ti 7.0.

Resultados: Se identificaron factores relacionados a las hospitalizaciones evitables en tres áreas: Paciente: Bajo nivel de adherencia al tratamiento, desconfianza en el primer nivel de atención, preferencia por tratamientos alternativos y barreras lingüísticas en poblaciones indígenas. Institución: Limitado acceso a la atención por barreras geográficas y organizacionales, desabasto de insumos y sobresaturación de hospitales. Continuidad de la atención: Falta de coordinación entre niveles de atención, deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia, y escasa comunicación entre turnos y unidades médicas.

Discusión y conclusiones: Es necesario fortalecer la atención primaria en salud, mejorar la coordinación entre niveles de atención y optimizar los procesos organizacionales mediante estrategias que consideren las capacidades de los recursos humanos y materiales disponibles.

Palabras clave: Hospitalización evitable. Condiciones Sensibles a la Atención Ambulatoria. Calidad de la atención de salud. Atención primaria de salud. Continuidad de la atención al paciente. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.

Abstract

Introduction: Avoidable Hospitalizations are processes in which effective and timely Primary Health Care can reduce the risk of hospitalization, either by preventing the on-

set of a disease, treating an acute condition, or managing a chronic illness."

Objective: To explore the perspective of management personnel regarding the factors that contribute to preventable hospitalizations in Mexico.

Methodology: Qualitative study based on semi-structured interviews conducted between March and June 2017 with managers of primary and secondary medical units in public health institutions in Mexico (IMSS, ISSSTE, and SS). A content analysis was performed using ATLAS.ti 7.0.

Results: Factors related to preventable hospitalizations were identified in three areas: Patient: Low level of treatment adherence, distrust of primary care, preference for alternative treatments, and language barriers in indigenous populations. Institution: Limited access to care due to geographic and organizational barriers, shortages of supplies, and hospital overcrowding. Continuity of care: Lack of coordination among levels of care, deficiencies in the referral and counter-referral system, and poor communication among shifts and medical units.

Dissemination and conclusions: It is necessary to strengthen primary health care, improve coordination among levels of care, and optimize organizational processes through strategies that consider the capabilities of available human and material resources.

Keywords: Avoidable hospitalizations. Conditions sensitive to outpatient care. Quality of health care. Primary health care. Continuity of patient care. Barriers to accessing health services.

Resumo

Introdução: As Hospitalizações Evitáveis são processos nos quais a Atenção Primária à Saúde eficaz e oportuna pode reduzir o risco de hospitalização, seja a prevenir o aparecimento de uma doença, a tratar de uma enfermidade aguda ou a controlar uma doença crônica.

Objetivo: Explorar a perspectiva dos gestores sobre os fatores que contribuem para as hospitalizações evitáveis no México.

Metodologia: Estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas realizadas entre março e junho de 2017 com gestores de unidades médicas primárias e secundárias em instituições de saúde pública no México (IMSS, ISSSTE e SS). Foi realizada uma análise de conteúdo, utilizando o ATLAS.ti 7.0.

Resultados: Fatores relacionados a hospitalizações evitáveis foram identificados em três áreas: Paciente: Baixa adesão ao tratamento, desconfiança na atenção primária, preferência por tratamentos alternativos e as barreiras linguísticas em populações indígenas. Instituição: Acesso limitado ao cuidado devido a barreiras geográficas e organizacionais, escassez de insumos e superlotação hospitalar. Continuidade do cuidado: Falta de coordenação entre os níveis de atenção, deficiências no sistema de referência e contrarreferência e comunicação deficiente entre plantões e unidades médicas.

Discussão e conclusões: É necessário fortalecer a atenção primária à saúde, melhorar a coordenação entre os níveis de atenção e otimizar os processos organizacionais

por meio de estratégias que considerem as capacidades dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Palavras-chave: Hospitalização evitável. Condições sensíveis ao atendimento ambulatorial. Qualidade da assistência à saúde. Atenção primária à saúde. Continuidade do atendimento ao paciente. Barreiras ao acesso aos serviços de saúde.

Introducción

Las hospitalizaciones por afecciones sensibles a la atención ambulatoria (ACSC) u Hospitalizaciones Evitables (HE) se refiere a los procesos en los que una Atención Primaria en Salud (APS) efectiva y oportuna puede reducir el riesgo de hospitalización, ya sea mediante la prevención del inicio de una enfermedad, el tratamiento de una enfermedad aguda o el control de una enfermedad crónica, como la diabetes mellitus.¹

En México, la diabetes mellitus es la causa más común de HE, con una tasa de casi el doble del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), representando una carga sustancial para el sistema de salud. Ejemplo de lo anterior es que del 2008 al 2013, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tuvo un costo directo de \$1,563 billones por hospitalizaciones debido a diabetes mellitus, y casi el 83% de este costo se atribuyó a complicaciones.²

Las tasas de HE se utilizan como un indicador directo de la actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos, un indicador indirecto de la capacidad resolutive de la APS^{3,4} y un indicador por proxy de la calidad

de la atención de los servicios de salud.¹ Las HE reflejan una atención ambulatoria deficiente e inadecuada en términos de tipo, localización, intensidad y oportunidad del tratamiento,^{4,5} lo que impacta directamente en la sobreutilización de los servicios hospitalarios, el aumento de costos y el incremento en el riesgo de complicaciones, de infecciones, úlceras y reacciones adversas a medicamentos para los pacientes.⁶

Además del papel de la APS –en México centrada en el primer nivel de atención–, se han identificado otros factores que influyen en las tasas de HE, como aspectos geográficos, económicos y organizacionales.¹ La colaboración entre los distintos niveles de atención debería facilitar la prestación de cuidados de salud, especialmente para pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo, persisten dificultades en la coordinación entre niveles de atención a la salud, lo que afecta la calidad y continuidad de la atención de los pacientes.⁷

Más allá de los factores que potencian las HE señalados en la literatura, es fundamental considerar la perspectiva del personal de salud para identificar los elementos que, en el contexto mexicano, se relacionan con las HE. La experiencia clínica del personal de salud genera información valiosa que no siempre se registra de manera rutinaria. En particular, el personal directivo posee un conocimiento amplio de los procesos y de la coordinación entre los niveles de atención, lo que le permite identificar fallas y diseñar estrategias para incidir en la solución de los problemas detectados y contribuir en la disminución de HE.

El objetivo de este estudio es explorar la perspectiva del personal directivo de salud

respecto a los elementos que favorecen las hospitalizaciones evitables en México, ya que es un tema que no se ha investigado ampliamente, de manera cualitativa, en el contexto mexicano. Se espera identificar factores organizacionales, del paciente y de la continuidad de la atención como determinantes clave de las HE, de acuerdo con la percepción del personal directivo.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio exploratorio con enfoque cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas, llevadas a cabo entre marzo y junio de 2017.

Diseño de la muestra

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo intencional,⁸ buscando una variedad de perfiles y, principalmente, de contextos (instituciones de salud y zonas geográficas del país) para obtener diversas perspectivas sobre el tema de estudio.

Se entrevistó a profesional directivo en el primer y segundo nivel de atención en las principales instituciones públicas de salud en México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Secretaría de Salud (SS).

Los estados seleccionados se establecieron con base en el estrato socioeconómico definido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), abarcando distintas regiones del país:

- Estrato bajo: Campeche y Chiapas
- Estrato medio: Morelos
- Estrato alto: Ciudad de México⁹

Los perfiles de los profesionales entrevistados incluyeron directores, subdirectores, jefes de servicio y gestores de calidad. Los criterios de inclusión fueron: que el personal perteneciera a alguno de los perfiles mencionados, fuera mayor de edad y con al menos seis meses de antigüedad en el puesto. La muestra quedó conformada cuando se llegó a la saturación teórica en cada nivel de atención, institución de salud y entidad federativa.¹⁰

Recolección de información

Se diseñó una guía de entrevista basada en el concepto de hospitalización evitable. Para evaluar su comprensión y aplicabilidad, se realizó un pilotaje con tres directivos de un hospital perteneciente a la SS. Las categorías finales incluidas en la guía fueron: a) conocimiento sobre el término de HE; b) consecuencias de las HE; c) factores relacionados con las HE; d) propuestas para reducir la HE; e) sistema de referencia-contrarreferencia.

Las entrevistas se realizaron de manera presencial, con una duración aproximada de 40 minutos y fueron conducidas por un equipo de dos investigadores previamente capacitados y estandarizados en la técnica de entrevista semiestructurada.

Análisis de datos

Cada entrevista fue transcrita en su totalidad de manera textual y posteriormente analizada con el software Atlas.ti versión 7, aplicando un análisis exploratorio de conte-

nido. Este análisis consideró tanto el contenido manifiesto como el contenido latente de los datos, con el objetivo de generar interpretaciones y abstracciones que permitieran establecer relaciones y diferencias entre los temas y la teoría previa.^{11,12}

Se utilizaron categorías de análisis mixtas (deductivas e inductivas), establecidas a partir de la guía de entrevista y de los datos emergentes de las respuestas de los participantes. En la codificación participó un equipo de tres investigadores para mejorar la confiabilidad del análisis. Como resultado, se identificaron tres grandes categorías relacionadas con los factores que favorecen las hospitalizaciones evitables:

1. Paciente
2. Institución
3. Continuidad en la atención al paciente

Para garantizar la validez y confiabilidad de los datos, se llevó a cabo una triangulación¹³ que incluyó:

- Fuentes de datos (diferentes instituciones y perfiles de entrevistados)
- Investigadores (distintas etapas del proceso, incluyendo recolección de información, codificación y análisis)

Consideraciones éticas

Este proyecto deriva del estudio CI:1351 "Estimación del volumen y costos de las hospitalizaciones evitables en México", el cual fue aprobado por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Siguiendo los lineamientos éticos, en cada

entrevista se obtuvo el consentimiento informado oral de los participantes para la grabación en audio. No se obtuvo el consentimiento escrito de todos los participantes debido a que algunos de ellos mostraron renuencia a firmarlo, por lo que se optó por solo solicitar el consentimiento de manera oral.

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos mediante la omisión de

los nombres de los participantes, mencionando únicamente el estado, la institución donde labora y el nivel de atención.

Resultados

Se realizaron un total de 61 entrevistas, de las cuales 17 correspondieron al primer nivel de atención y 44 al segundo nivel de atención. Del total de entrevistados, 37 fueron hombres y 24 mujeres (Tabla n.º 1).

Tabla n.º 1
Número de entrevistas y perfil de los entrevistados por nivel de atención, institución y estado

Institución	Entrevistas (n=61) (37 hombres) (24 mujeres)	Estado	Cargo
Primer nivel de atención			
	3	Chiapas	Jefe departamento clínico Responsable de DiabetIMSS Médico Familiar módulo DiabetIMSS
IMSS	3	Morelos	Jefe de departamento clínico (2) Subdirector Médico UMF
	5	Campeche	Director de área Jefe de Jurisdicción Responsable Centro Salud (2) Responsable JS Atención Adulto y Anciano
SS	6	Morelos	Responsable Jurisdiccional Responsable centro de salud (4) Responsable programa de crónicos
Segundo nivel de atención			
	4	Ciudad de México	Jefe de Servicio (4)
IMSS	5	Chiapas	Jefe de Servicio (3) Jefa de enfermería Asesor de Planeación
	5	Morelos	Jefe de Servicio (4) Jefe de Enseñanza
	6	Ciudad de México	Director General Jefe de Servicio (2) Gestora de Calidad Coordinadora Médica Coordinadora de enfermería
ISSTE	5	Chiapas	Jefe de Servicio (2) Coordinador Área médica y quirúrgica Jefe de Trabajo Social Gestor de Calidad

SS	5	Campeche	Subdirector Médico Coordinador de traumatología Jefe de servicio (3)
	3	Ciudad de México	Jefe de Servicio (3)
	6	Chiapas	Jefe de Servicio (4) Gestor de Calidad Jefe de Enfermería
	5	Morelos	Jefe de Servicio (2) Gestor de Calidad Jefe de Enfermería Coordinador de consulta externa

Fuente: elaboración propia basada en las opiniones de los entrevistados.

Factores relacionados con las hospitalizaciones evitables

A partir de la saturación teórica, los resultados se presentan conforme a tres categorías generales de análisis: paciente, institución y continuidad en la atención al paciente.

1. Paciente

Los entrevistados del IMSS e ISSSTE consideran que el nivel económico y sociocultural no influye en la cultura de prevención de los pacientes. Sin embargo, el personal de la Secretaría de Salud (SS) argumentó que los pacientes con menor nivel educativo y económico enfrentan mayores dificultades para comprender su problema de salud y las complicaciones asociadas a su enfermedad.

Respecto a las prácticas alimenticias y de higiene, en todas las instituciones se comentó que están muy fuertemente arraigadas. Se destacó que los pacientes prefieren el uso de hierbas, té y tratamientos alternativos, independientemente de su nivel educativo. En el caso de las poblaciones indígenas, se observó una preferencia por la herbolaria o la consulta con chamanes, lo que puede

retrasar el tratamiento médico adecuado.

Los entrevistados también mencionaron que los pacientes carecen de cultura de prevención (IMSS, SS) y de adherencia al tratamiento (SS). Entre las barreras para el cumplimiento del tratamiento se incluyen:

- Falta de compromiso con su salud: creen que solo con tomar el medicamento mejorarán, sin cambios en dieta o ejercicio (IMSS, ISSSTE).
- Desconfianza en el primer nivel de atención: prefieren acudir directamente al hospital, lo que genera saturación en el segundo nivel (ISSSTE).
- Barreras lingüísticas: en los pacientes que hablan lenguas indígenas, la falta de traducción dificulta la comprensión del tratamiento y su adherencia (SS).
- Inadecuada relación médico-paciente: existe una deficiencia en la escucha por parte del personal sobre cómo los pacientes manejan su enfermedad y el tratamiento.
- Falta de apoyo familiar, especialmente en adultos mayores, lo que afecta el control de enfermedades crónicas (Tabla n.º 2).

Tabla n.º 2

Testimonios sobre los factores relacionados con el paciente que favorecen las hospitalizaciones evitables

Categoría central	Categorías específicas	Testimonios
Paciente	Nivel educativo y económico	"En nuestro medio, considero que el nivel educativo pues no contribuye mucho a ser diferente o a que un padecimiento se comporte distinto. Nos falta educación en salud a la población." (E22)
	Costumbres y hábitos	"La gente prefiere ir con un hechicero que les dé unas hierbas antes de llegar con el médico [...]. Ya cuando ven que no resulta, que ya no les resulta, llegan complicados." (E39)
	Barreras de adherencia al tratamiento	"Los pacientes crónicos se fastidian de inyectarse o tomar medicamentos toda su vida, abandonan el tratamiento o no cumplen con las indicaciones médicas." (E15)

Fuente: elaboración propia basada en las opiniones de los entrevistados.

2. Institución

En ambos niveles se identificaron barreras geográficas de acceso. Por ejemplo, en las comunidades indígenas los pacientes deben recorrer largas distancias para llegar a un centro de salud (SS). Algunos hospitales están alejados de las comunidades, limitando el acceso a la atención médica (ISSSTE). Respecto al primer nivel de atención, los entrevistados mencionaron que el horario y los días de atención son insuficientes, lo que afecta especialmente a los pacientes con actividad laboral. Aquellos que no alcanzan turno en el centro de salud son referidos directamente al hospital, lo que genera saturación en los hospitales, que terminan funcionando como grandes clínicas de primer nivel (ISSSTE, SS).

Otros problemas institucionales incluyen:

- Desabasto de medicamentos en las tres instituciones.
- Falta de estudios de laboratorio y gabinete, y equipamiento obsoleto en el primer nivel.
- Infraestructura insuficiente en hospitales periféricos, lo que obliga a referir pacientes al hospital central.
- Sobrecarga de trabajo en el primer nivel (ISSSTE, SS).
- Falta de personal capacitado en todas las instituciones.
- Cancelación frecuente de citas programadas por emergencias quirúrgicas (ISSSTE, SS) (Tabla n.º 3).

Tabla n.º 3

Testimonios sobre factores relacionados con la institución que favorecen las hospitalizaciones evitables

Categoría central	Categorías específicas	Testimonios
Institución	Acceso	"Las comunidades indígenas tienen que caminar a veces más de una hora para llegar a su centro de salud o clínica más cercana." (E40)
	Insumos	"La farmacia no siempre logra surtir el 100% de los medicamentos, lo que contribuye a la descompensación de los pacientes." (E24)
	Profesionales de la salud	"Los médicos familiares están sobresaturados. Un médico atiende en promedio 30 pacientes al día en una jornada de 6.5 horas, lo que afecta la calidad de la atención." (E58)

Fuente: elaboración propia basada en las opiniones de los entrevistados.

3. Continuidad en la atención al paciente

Existen opiniones divididas sobre la coordinación entre niveles de atención. Mientras algunos entrevistados consideran que la vinculación es efectiva (ISSSTE mediante Telesalud y comunicación telefónica o digital), otros afirman que hay deficiente coordinación y compromiso en ambos niveles de atención (IMSS, SS).

Las principales dificultades en la referencia y contrarreferencia incluyen:

- Referencias tardías o inadecuadas: mal diagnóstico, falta de resumen médico o referencia por falta de insumos (SS).
- Baja tasa de contrarreferencia: menos del 60% de los pacientes son referidos correctamente de segundo a primer nivel (IMSS, SS).
- Falta de medicamentos en el primer nivel, lo que impide que los pacientes continúen su tratamiento tras ser egresados del hospital (ISSSTE, SS) (Tabla n.º 4).

Tabla n.º 4

Testimonios sobre factores relacionados con la continuidad en la atención al paciente que favorecen las hospitalizaciones evitables

Categoría central	Categorías específicas	Testimonios
Continuidad en la atención al paciente	Organización y coordinación entre niveles de atención	"Los servicios de salud en México han visto al primer y segundo nivel como cuestiones ajenas. Al haber dos administraciones diferentes, la comunicación se vuelve compleja." (E12)
	Referencia y contrarreferencia	"En muchas ocasiones referimos a los pacientes, pero al llegar al hospital no revisan la referencia y los regresan de nuevo." (E6)
		"El paciente prefiere quedarse en el segundo nivel y solicita ser referido de nuevo al hospital en lugar de regresar al primer nivel." (E23)

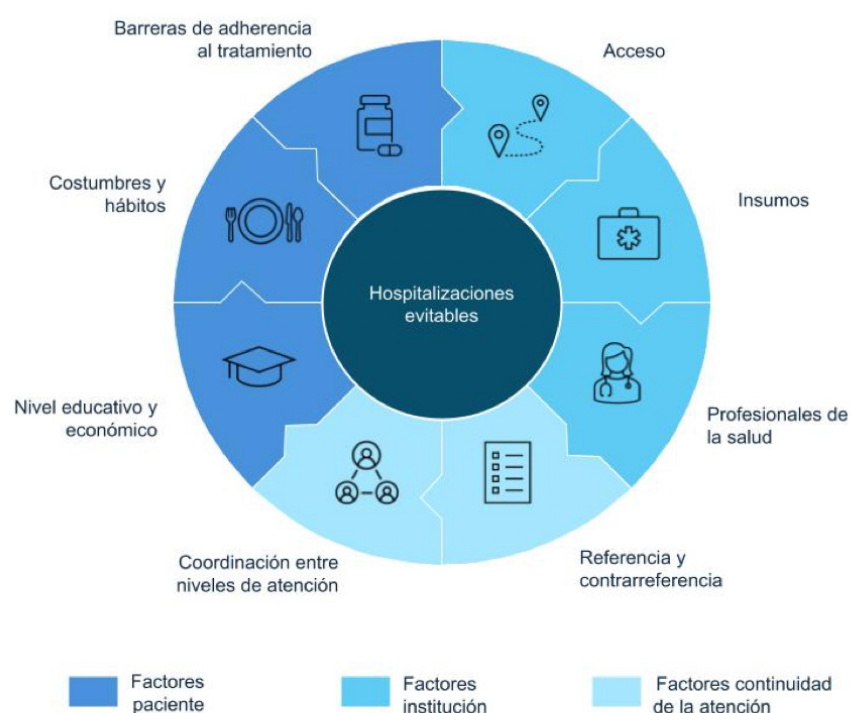
Fuente: elaboración propia basada en las opiniones de los entrevistados.

Los factores identificados en su mayoría son de carácter organizacional (Figura n.º 1), los cuales son determinantes en la adherencia al tratamiento y la continuidad de la atención de los pacientes. La calidad de la infraestructura sanitaria, la accesibilidad a servicios médicos, disponer de insumos y medicamentos suficientes, coordinarse entre niveles de atención y contar con

profesionales de salud capacitados, puede influir significativamente en cómo los pacientes manejan su enfermedad, además de favorecer la adherencia a los tratamientos, propiciando una atención continua y de calidad. Esto se traduce en una mejor gestión de enfermedades, reduciendo complicaciones y disminuyendo las Hospitalizaciones Evitables.

Figura n.º 1

Factores que favorecen las hospitalizaciones evitables en México



Fuente: elaboración propia basada en las opiniones de los entrevistados.

Discusión

Las hospitalizaciones evitables (HE) representan un problema significativo tanto para los pacientes como para las instituciones públicas de salud en México. Los resultados de este estudio indican que la mayoría de

los factores que favorecen las HE son de naturaleza organizacional. A pesar de que los tomadores de decisiones reconocen las deficiencias en el proceso de atención a los pacientes y el impacto de estas en el incremento de costos para las instituciones y los usuarios, persisten aspectos no atendidos o

con oportunidades de mejora.

El estudio identificó que el acceso a las unidades de salud está condicionado por factores geográficos y barreras organizacionales, lo que concuerda con investigaciones previas sobre hospitalizaciones potencialmente evitables en enfermedades crónicas. Estos estudios han señalado que la disponibilidad de servicios de salud se ve afectada por factores geográficos (tiempo de traslado, distancia y medios de transporte) y organizacionales.¹⁴

Entre las barreras organizacionales mencionadas por los entrevistados destacan:

- Horarios y días de atención restringidos.
- Cantidad limitada de turnos de consulta.
- Tiempo insuficiente para la atención de los pacientes en el primer nivel.

Adicionalmente, se identificó que ciertas características del paciente, como su cultura, nivel educativo y situación socioeconómica, pueden influir en la detección temprana y el control de las enfermedades, lo que ha sido documentado en otros estudios,^{6, 15, 16} sin embargo, el propio sistema de salud contribuye al inadecuado control de los pacientes, ya que no considera sus particularidades ni sus determinantes sociales. La falta de un enfoque intersectorial y la ausencia de una atención integral dificultan el manejo adecuado de enfermedades crónicas.^{17, 18}

Otro factor que contribuye a la saturación hospitalaria es la percepción errónea sobre la atención en urgencias, donde los pacientes acuden con la expectativa de recibir una

atención más rápida, especializada y con mejores recursos tecnológicos. Esto refleja una deficiencia en la Atención Primaria en Salud (APS) como primer punto de contacto, accesible, integral y cercano a la comunidad.¹⁹ Una APS efectiva y de calidad tiene un impacto positivo en la población, ya que reduce la demanda de servicios de urgencias y evita hospitalizaciones innecesarias, disminuyendo los costos en la atención médica. No obstante, fortalecer la atención primaria sigue siendo un desafío debido a la escasez de recursos humanos, materiales y financieros.²⁰

Por otra parte, la continuidad en la atención se ve afectada por la falta de comunicación y la débil articulación entre los niveles de atención.²¹ Uno de los principales retos es reforzar los mecanismos de coordinación entre niveles a través de capacitaciones, implementación de estrategias que consideren la participación de los profesionales para favorecer el trabajo colaborativo, y el establecimiento de un sistema de supervisión y evaluación sistemática que permita monitorear y mejorar dicha coordinación a lo largo del continuo asistencial.⁷

Los entrevistados señalaron deficiencias en la comunicación entre niveles de atención, lo que se refleja en la inconsistencia del sistema de referencia y contrarreferencia. En este sentido, garantizar una adecuada continuidad en los servicios de salud es fundamental para disminuir las probabilidades de hospitalización.^{22, 23}

Uno de los aspectos que no se encontró en el estudio, pero que se ha identificado en la literatura es que las políticas públicas que incrementan el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente de atención

primaria, la implementación de programas de APS, así como el aseguramiento en salud, son factores que pueden contribuir de manera importante a la disminución de HE.¹⁵

Los resultados del estudio, aunque están enmarcados en el sistema de salud mexicano, podrían extrapolarse a contextos similares en América Latina, ya que comparten características respecto a la fragmentación de la atención, gasto total en salud por debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), déficits de recursos humanos y equipo, desigualdades geográficas en el acceso a la salud y áreas de oportunidad organizacionales.²⁴

El estudio tuvo la limitación de solo considerar la opinión de tomadores de decisiones y no la perspectiva del personal operativo y pacientes, quienes podrían ofrecer otra visión del problema, lo cual obedece a falta de recursos para ampliar el proyecto.

Conclusiones

Los resultados del estudio indican que la mayoría de los factores que favorecen las hospitalizaciones evitables (HE) están relacionados con las dimensiones de calidad de la atención. Aunque los tomadores de decisiones reconocen estas deficiencias en el proceso de atención a los pacientes y su impacto en el incremento de los costos tanto para las instituciones como para los usuarios, aún existen aún aspectos pendientes de abordar que podrían mejorarse. Para reducir las HE, es fundamental implementar estrategias enfocadas en la mejora de la calidad de la atención, incluyendo:

- Fortalecimiento y mayor acceso a la

atención primaria, garantizando una cobertura oportuna y eficiente.

- Mejor coordinación y vinculación entre niveles de atención, mediante la identificación de áreas de oportunidad que faciliten y aseguren un adecuado seguimiento de los pacientes.
- Mejoras organizacionales, como la creación de procesos estandarizados que consideren la capacidad de los recursos humanos y materiales disponibles.
- Implementación de una evaluación sistemática a lo largo del continuo asistencial, con el fin de monitorear y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Los resultados de este estudio pueden ayudar a los tomadores de decisiones a plantear políticas públicas que busquen mayor financiamiento a la atención primaria y continuidad de la atención de los pacientes, así como diseñar estrategias específicas en sus instituciones y unidades. Los costos por HE aumentan con el tiempo y con la gravedad de las enfermedades, por lo que es importante generar intervenciones tempranas en prevención y consolidación de la APS.

Si bien este estudio se centró en los tomadores de decisiones de primer y segundo nivel de atención, futuras investigaciones deberían incluir la perspectiva de los usuarios y de los prestadores directos de los servicios de salud, lo que permitiría un análisis más integral de los factores que inciden en las HE.

Agradecimientos

Agradecemos al IMSS, ISSSTE y a los Servicios Estatales de Salud por las facilidades

otorgadas para la realización de las entrevistas. En particular, reconocemos la valiosa participación de los trabajadores de la salud, quienes compartieron su conocimiento y experiencia para el desarrollo de este estudio.

Referencias

1. Sarmento J., Rocha J.V.M., Santana R. Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):754. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05620-9>
2. Saturno-Hernández P., Moreno-Zegbe E., Poblano-Verastegui O., Torres-Arreola L. del P., Bautista-Morales A.C., Maya-Hernández C, et al. Hospital care direct costs due to ambulatory care sensitive conditions related to diabetes mellitus in the Mexican public healthcare system. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):507. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38659025/>
3. Poblano V. O., Torres-Arreola L. del P., Flores-Hernández S., Nevarez S. A., Saturno H. P.J. Avoidable Hospitalization Trends From Ambulatory Care-Sensitive Conditions in the Public Health System in México. Public Health. 2022;9:XX-XX. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35127618/>
4. Sollazzo A., Kuster A., Burroso G., Aleman A. Hospitalizaciones evitables por problemas de salud sensibles a cuidados ambulatorios. Revista Uruguaya de Medicina Interna [Internet]. 2024;9:e302. Disponible en: <https://revistamedicinainterna.uy/index.php/smiu/article/view/227>
5. Quevedo-Bastidas I. El desempeño del primernivelysurelaciónconlas hospitalizaciones evitables. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2021;25(2):233-40. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/360910385>
6. Aranco N., Bauhoff S., Schwarz N.V., Stampini M. ¿Están las hospitalizaciones prolongadas sustituyendo la atención primaria y de largo plazo? Evidencia de Brasil y México. IDB Working Paper [Internet]. 2024; Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/are-long-hospitalizations-substituting-primary-and-long-term-care-evidence-brazil-and-mexico>
7. López-Vázquez J., Pérez-Martínez D.E., Vargas I., Vázquez M.L. Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México. Cad Saude Publica. 2021;37(4): XX-XX. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hBfJgRXGmmcpWfckGpKcPH-C/?lang=es>
8. Stewart L. El muestreo intencional en la investigación cualitativa [Internet]. [Consultado el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://atlasti.com/es/research-hub/muestreo-intencional#:~:text=El%20muestreo%20intencional%2C%20tambi%C3%A9n%20conocido,de%20los%20objetivos%20del%20estudio>
9. Instituto Nacional de Estadística

Geografía e Informática. Regiones Socioeconómicas de México. Clasificación de Entidades Federativas. 2014.

10. Ortega-Bastidas J. ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia* [Internet]. 2020;45(6):293-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33963459007>

11. Núñez J. Una propuesta comparativa de tipos de análisis cualitativo. *Revista Perspectivas Metodológicas*. 2024;XX(X):1-14. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/4946>

12. Díaz H. C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Orientación intelectual de revista Universum. Rev Gen Inf Doc*. 2018;28(1):119-42. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/60813>

13. Forni P, De Grande P. Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Rev Mex Sociol*. 2020; 82(1):159-189. Disponible en: <https://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/58064>

14. Abadía-Taira M., Martínez-Lizaga N., Gacía-Armesto S., Ridao-Lóez M., Seral-Rodríguez M., Peiró-Moreno S., et al. Variabilidad en las Hospitalizaciones potencialmente evitables. *VMP Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud*. 2011;4(2):345-64.

15. Hoyos-Loya E., González-Robledo M.C., Gutiérrez J.P. Factores determinantes de las hospitalizaciones evitables por diabetes tipo 2. *Revisión narrativa. Aten Primaria*. 2024;56(11):1-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656724001938>

16. Caminal H. J., Casanova M. C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. *Marco conceptual. Aten Primaria*. 2003;31(1):61-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=303235>

17. Medina-Gómez O.S. Determinantes sociales de la salud en la diabetes, elementos clave para comprender una pandemia. *DIVULGARE Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*. 2023;10(20):30-5.

18. Pernía A., Elli N.M., Fontana F.B., Ruscitto F., Lifszyc S., Sarcona E. Las tensiones de los modelos de atención a la salud en las trayectorias de padecimiento de personas con factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. *Glob Health Promot*. 2022; XX(X):XX-XX. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35369817/>

19. López C. M. Trabajo fin de Máster: Utilización inadecuada del servicio de urgencias en atención primaria. *Universidad Miguel Hernández*. 2018:1-23. Disponible en: <https://dspace.umh.es/handle/11000/6180>

20. Nissán-Schoenfeld E. Gobernanza

situacional para mejorar la promoción de la salud en la Atención Primaria. *Revista Buen Gobierno*. 2022;(33):98-124.

21. Dos Passos Aires L.C., Kotzias Atherino dos Santos E., Bruggemann O.M., Stein Backes M.T., Costa R. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017;21(2):1:7.

22. Cho K.H., Lee S.G., Jun B., Jung B.Y., Kim J.H., Park E.C. Effects of continuity of care on hospital admission in patients with type 2 diabetes: analysis of nationwide insurance data. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):1-10. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0745-z>

23. Añel R., R.M., Astier P. P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clín Méd Fam*. 2022;15(2):75-6. Disponible en: <https://revclinmedfam.com/article/longitudinalidad-en-atencion-primaria-un-factor-protector-de-la-salud>

24. Lago M. La situación de la Sanidad pública en América Latina. *Les Études du CERI* [Internet]. 2021;XX(252-253):85-99. Disponible en: <https://sciencespo.hal.science/hal-03578902v1>