



Revista Salud y Cuidado

ISSN: 2954-4459



Abril-Junio
2025

Volumen 4
Número

2



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.2, abril-junio 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: 20 de abril del 2026. 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 Trnava University de Unsplash

2 Foto de Navy Medicine de Unsplash

3 Foto de Kristine Wook de Unsplash

Diseño

Enrique Téllez Morales



Editorial

Riesgos laborales en personal de enfermería: Conductas percibidas de calidad del cuidado

Occupational risks in nursing staff: Perceived behaviors of care quality

Riscos laborais em profissionais de enfermagem: Condutas percebidas de qualidade do cuidado

Abigail Fernández Sánchez

06

Artículos Originales Resultados de Investigación

Prevalencia y características relacionadas a la automedicación en la población adulta en el municipio de San Gil, Santander-Colombia

Prevalence and factors associated with self-medication in the adult population in the municipality of San Gil, Santander-Colombia

Prevalência e características relacionadas com a automedicação na população adulta do município de San Gil, Santander-Colômbia

Silvia Juliana Caraballo Carvajal, Edy Natalia León Corzo, Graciela Olarte Rueda

19

Prevalencia de síndrome post COVID 19 en estudiantes de licenciatura

Prevalence of post-COVID-19 syndrome among undergraduate students

Prevalência da síndrome pós-COVID-19 em estudantes de graduação

Moisés García Rosete, Enid Asvany Guzmán Caballero, Helí Jesset Álvarez Hernández, Alejandra González Téllez, Nitza Vanessa Ocampo Ulibarri

32

Estado nutricional y autocuidado del adulto mayor del municipio de Tlaxcoapan

Nutritional status and self-care among older adults in the municipality of Tlaxcoapan

Estado nutricional e autocuidado do idoso do município de Tlaxcoapan

Carolina Díaz Márquez, Jaqueline Estrada Aguilar, Luis Ángel Hernández Mata, Gabriela Maldonado Muñiz, Claudia Atala Trejo García

52

Calidad de vida en personas con hipertensión arterial en una comunidad rural de Sinaloa

Quality of life in people with high blood pressure in a rural community from Sinaloa

Qualidade de vida em pessoas com hipertensão arterial em uma comunidade rural de Sinaloa

Yessica Daena Cota Valdez, Nidia Selene Castro Leyva, Liliana Estefanía Ramírez Jaime, Jorge Luis García Sarmiento¹

64

Artículos de Revisión y Relatos de Experiencia

Insuficiencia Renal Aguda en Unidad de Cuidados Intensivos, comprendiendo los significados de paciente: Estudio de caso

Acute kidney injury in the Intensive Care Unit: understanding the patient's experience: A case study

A insuficiência renal aguda na Unidade de Terapia Intensiva, compreendendo os significados do paciente: Estudo de caso

M. Lizbeth García Granillo, Norma Pizarro, Eliazar González Carrillo, Mariana Vargas Beltrán, Claudia Yanet Fierro Herrera

08



Riesgos laborales en personal de enfermería: Conductas percibidas de calidad del cuidado

Occupational risks in nursing staff: Perceived behaviors of care quality

Riscos laborais em pessoal de enfermagem: Condutas percebidas de qualidade do cuidado

Abigail Fernández Sánchez¹

<https://orcid.org/0000-0003-0576-9719>

¹ Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Correo electrónico: abigail.fernandez@uaem.mx

ISSN: 2954-4459

La Organización Mundial de la Salud,¹ hace mención que las instituciones de salud de todo el mundo emplean más de 59 millones de trabajadores que están expuestos a una variedad de riesgos para la salud y la seguridad. La salud mental es un componente clave del bienestar integral, esencial para afrontar el estrés, trabajar eficazmente y mantener relaciones saludables.¹

En el ámbito laboral, los riesgos psicosociales afectan la calidad de vida y el desempeño del personal de salud, específicamente en enfermería,^{2,4} donde la alta demanda emocional, largas jornadas y falta de apoyo institucional generan ansiedad, trastornos del sueño, depresión y disfunción social.⁵ La salud mental implica distintos niveles de malestar y consecuencias sociales y clínicas.¹

La manifestación de síntomas somáticos está relacionada con problemas físicos

derivados de la ansiedad, manifestada por preocupación excesiva, dificultad para dormir y la depresión, caracterizada por la disfunción social y un grado de dificultad para realizar actividades cotidianas y laborales. Por otra parte, las enfermeras también expresan comportamientos mediante las actividades propias de la práctica clínica, desempeñando un papel clave en respeto por los valores y creencias del paciente.

Estas conductas percibidas del cuidado se caracterizan por una comunicación efectiva que, contribuye al desarrollo de la relación terapéutica con el paciente, facilitando la expresión de emociones. Elementos como la asistencia, el contacto físico empático y la escucha activa son formas esenciales de cuidado que ayudan a los pacientes a exteriorizar sus emociones y sentimientos. A través de estas prácticas, se estimula la autoconfianza del paciente.

La escucha activa se complementa con la

comunicación no verbal. De esta manera, las enfermeras, mediante conductas del cuidado integrales, promueven la autoestima del paciente y favorecen su proceso de adaptación a la enfermedad. De lo anterior, se resalta la importancia de explorar la relación entre la salud mental y los factores sociodemográficos del personal de enfermería, y su impacto en las conductas de cuidado en un hospital público.

Identificar problemas de salud mental en el personal de enfermería es fundamental para fortalecer la calidad del cuidado brindado al paciente hospitalizado. El implementar estrategias organizacionales, que promuevan el bienestar emocional, pueden contribuir a mejorar el desempeño.

Estudios han evidenciado que los factores de riesgo, ya antes mencionados, no solo deterioran el bienestar del profesional sino también, la calidad del cuidado brindado, lo que repercute en el entorno laboral,^{2,4} y genera consecuencias como ausentismo y menor calidad de los cuidados.⁴ Concluyendo que, la salud mental se asocia con mayor eficiencia en el desempeño del personal de enfermería y la percepción favorable del cuidado brindado.

2. Peña P, Venegas S, Cancino M, Terán O. Working conditions and mental health indicators in medical and nursing professionals in Chile during the COVID-19 pandemic. *Enfermería global*. 2024;(7);105-13. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.573161>

3. Pérez L.A., Mantilla M.I., Muñoz E. Perspectivas de la salud mental en el escenario laboral: anatomía de un debate académico. *Cubana Salud Pública*. 2024;(47)4. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1739>

4. Cordeiro S., Lopes S., Botelho E., de Oliveira E.C., Costa J.J., Bandeira M., et al. Salud mental del personal de enfermería y factores asociados al proceso de trabajo: una revisión integradora. 2016;(12);167-176. Disponible en: <https://doi.org/10.2174/1745017901612010167>

5. Muñoz C.L., Rumie H., Torres G., Villarroel J. Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y enfermería*. 2015; 21(1);45-53. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005>

Referencias

1. OMS. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. OMS, 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>



REVISIÓN Y RELATOS DE EXPERIENCIA

Insuficiencia Renal Aguda en Unidad de Cuidados Intensivos, comprendiendo los significados de paciente:

Estudio de caso

Acute kidney injury in the Intensive Care Unit: understanding the patient's experience: A case study

A insuficiência renal aguda na Unidade de Terapia Intensiva, compreendendo os significados do paciente: Estudo de caso

M. Lizbeth García Granillo^{1,2}

<https://orcid.org/0009-0002-8107-9875>

Norma Pizarro²

<https://orcid.org/0000-0002-4748-4271>

Eliazar González Carrillo²

<https://orcid.org/0000-0002-7571-7570>

Mariana Vargas Beltrán²

<https://orcid.org/0000-0002-9808-6054>

Claudia Yanet Fierro Herrera²

<https://orcid.org/0000-0002-8824-7045>

¹Hospital General "Dr. Javier Ramírez Topete",
Secretaría de Salud. Ciudad Cuauhtémoc,
Chihuahua, México.

²Facultad de Enfermería y Nutriología.
Universidad Autónoma de Chihuahua.
Chihuahua, México.

Autor de correspondencia: Norma Pizarro

Correo electrónico: npizarro@uach.mx

Recibido: 22 octubre 2024

Aceptado: 03 octubre 2025

Publicado: 28 noviembre 2025

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: El realizar este estudio de caso en el área de cuidados intensivos, permitió articular la teoría con la práctica; aplicarlo a una paciente con insuficiencia renal aguda y tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en situación crítica, la enfermera especialista como parte del equipo interdisciplinario requiere generar conocimiento e impulsar

la investigación, lo que garantiza mejorar la praxis en consecución se reflejará salud de la personas y sociedad.

Objetivo: Describir el significado del cuidado de enfermería que vive la persona con insuficiencia renal aguda y tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.

Metodología: Se presenta desde el enfoque

fenomenológico, interpretativo de Heidegger, descriptivo, observacional y explicativo, participó una mujer adulta que ingresó al área crítica, hospital público de segundo nivel de atención, región noroeste del estado de Chihuahua, como técnica la entrevista semiestructurada, los datos del discurso fue de análisis de contenido, a través de la técnica de intencionalidad, reducción y constitución.

Resultados: La participante, describió experiencias y significados de vivir con la enfermedad crónica, además, de asistir al tratamiento sustitutivo; en relación a perder vida y la familia; de ahí, surgieron cinco temas, Miedo, Rechazo a su enfermedad, Consciente de su situación, Sentimientos cambiantes y Deseos de continuar su terapéutica.

Discusión y conclusiones: Estar hospitalizado por la enfermedad aguda en el área crítica, generó cambios de la paciente y su entorno familiar por el “miedo a morir” la enfermera especialista debe transformar su práctica cotidiana, que se refleje la comprensión del cuidado humano por la vulnerabilidad y fragilidad que viven este tipo de pacientes.

Palabras claves: Enfermera. Atención de enfermería. Cuidados críticos. Lesión renal aguda. Informe de caso.

Abstract

Introduction: Conducting this case study within the Intensive Care Unit (ICU) allowed for the articulation of theory and practice. Applying this approach to a critically ill patient with Acute Kidney Injury (AKI) requiring renal replacement therapy (hemodialysis),

highlights the critical role of the specialist nurse. As part of the interdisciplinary team, the specialist nurse is required to generate knowledge and drive research, which is essential to improving nursing praxis. Ultimately, this effort will be reflected in the improved health outcomes of individuals and society.

Objective: To describe the meaning of nursing care as experienced by individuals with Acute Kidney Injury (AKI) requiring renal replacement therapy (hemodialysis).

Methodology: Presented from Heidegger's phenomenological, interpretative, descriptive, observational, and explanatory approach, the single participant was an adult woman admitted to the critical care area of a secondary public hospital located in the northwestern region of the state of Chihuahua. Data were collected using a semi-structured interview. The resulting discourse was subjected to a content analysis, utilizing the specific phenomenological analysis techniques of intentionality, reduction, and constitution.

Results: The participant described her experiences and the meanings of living with the chronic illness and undergoing renal replacement therapy. These narratives centered on her feelings related to the fear of losing her life and the impact on her family. Five core themes emerged from the data: Fear, Rejection of her Illness, Awareness of her Situation, Changing Feelings (or Fluctuating Emotions), and Desire to Continue Treatment (or Willingness to Continue Therapy).

Dissemination and conclusions: Hospitalization for an acute illness in the critical care

area generated significant changes in the patient and her family environment, primarily due to the "fear of dying." The specialist nurse must transform daily practice to reflect a deep understanding of human care, acknowledging the vulnerability and fragility experienced by these types of patients.

Keywords: Nursing. Nursing care. Critical care. Acute kidney injury. Case study.

Resumo

Introdução: A realização deste estudo de caso na área de terapia intensiva permitiu articular a teoria com a prática; aplicá-lo a uma paciente com insuficiência renal aguda e substitui o tratamento de hemodiálise em situação crítica. A enfermeira especialista, como parte da equipa interdisciplinar, precisa gerar conhecimento e impulsionar a pesquisa, o que garante a melhoria da práxis e, conseqüentemente, refletir-se-á na saúde das pessoas e da sociedade.

Objetivo: Descrever o significado do cuidado da enfermagem, vivenciado pela pessoa com insuficiência renal aguda e tratamento substitutivo por hemodiálise.

Metodologia: Apresenta-se sob a abordagem fenomenológica interpretativa de Heidegger, descritiva, observacional e explicativa. Participou uma mulher adulta que foi internada na área crítica de um hospital público de segundo nível de atenção, na região noroeste do estado de Chihuahua. Como técnica, utilizou-se a entrevista semi-estruturada; os dados do discurso foram analisados por meio da técnica de intencionalidade, redução e constituição.

Resultados: A participante descreveu as

experiências e os significados de viver com uma doença crônica, além de realizar o tratamento substitutivo; em relação à perda da vida e da família. A partir disso, emergiram cinco temas: medo, rejeição à sua doença, consciência da sua situação, sentimentos oscilantes e desejo de continuar sua terapêutica.

Discussão e conclusões: Estar hospitalizada por uma doença aguda na área crítica gerou mudanças na paciente e no seu entorno familiar devido ao "medo de morrer". A enfermeira especialista deve transformar a sua prática cotidiana, refletindo a compreensão do cuidado humano diante da vulnerabilidade e fragilidade vividas por esse tipo de paciente.

Palavras-chave: Enfermeira. Atendimento de enfermagem. Cuidados críticos. Lesão renal aguda. Estudo de caso.

Introducción

La insuficiencia renal aguda en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es frecuente y se asocia que requieren de tratamiento sustitutivo¹ de hemodiálisis. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, la tasa de mortalidad ajustada por edad debido a enfermedades renales, se estimó en 15,6 defunciones por 100,000 habitantes en el 2019, en países latinoamericanos,² fue mayor en hombres que en mujeres, en México la prevalencia para todas las edades y de género es indistinto. En el 2021 fue de 9,144.9 por 100,000 habitantes con una tasa de mortalidad de 53.21 por 100 000 personas de todas las edades,³ esta se encuentra entre los países con la tasa más alta de años que viven con discapacidad, las estadísticas

señalan, que la enfermedad renal aguda es un problema de salud pública, en relación a la incidencia, y es de aproximadamente 45 mil individuos, situación muy similar de acuerdo a la Secretaría de Salud, donde la prevalencia de la enfermedad es de 12,2% y se registra una tasa de 51 defunciones por cada 100,000 habitantes.⁴

Por lo anteriormente descrito, se eligió el abordaje de este estudio de caso, que se centró en una persona por su edad (30 años), con afecciones como la enfermedad de Lesión Renal Aguda (LRA) y que acude a la terapia sustitutiva de hemodiálisis, la cual, se define como la pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, como consecuencia de la destrucción del parénquima observado en el curso de diversas enfermedades que afectan al sistema renal y a otras estructuras anexas. La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) es la pérdida de la función por causa de la retención de la urea y otros productos de desecho nitrogenados, favorecidos por patologías que eternizan estas alteraciones⁵ de ahí la importancia de realizar a la persona que presenta esta enfermedad, desde el enfoque del profesional de enfermería, ya que requieren de técnicas y cuidados especializados para dar respuesta a las necesidades que se ven alteradas por el diagnóstico médico.

Asimismo, esta enfermedad se desarrolla rápidamente, por lo general, en pocos días evoluciona y es más usual en personas hospitalizadas, sobre todo en aquellas pacientes con enfermedades en estado crítico y que requieren atención por el equipo interdisciplinario en cuidados intensivos. En la revisión de la literatura, se hace mención del panorama global de esta enfermedad que se estima, que uno de cada cinco

adultos y uno de cada tres niños, desarrollará esta patología durante un periodo de hospitalización, y se revela que el 29.6% de los pacientes la presentan, de ahí, la importancia de brindar cuidado de calidad por parte de la enfermera de forma oportuna, personalizada, humana y con una práctica profesional competente y responsable.⁶

Por su parte, el modelo hegemónico que impera en la atención del equipo interdisciplinario y, que la enfermera especialista en cuidados intensivos forma parte, es desde el enfoque biológico, de ahí, la relevancia de realizar este estudio de caso, ya que el profesional de enfermería en las unidades de alta especialidad requiere que, el cuidado que realiza a los pacientes sea acorde a las necesidades individuales, con bases sólidas de conocimientos, habilidades y actitudes. entre los que se destaca, el compromiso, responsabilidad y valores, para que sus funciones logren estabilizar y bienestar de las personas en esta etapa, ya que la condición de salud en la que se encuentran es compleja.

En el contexto asistencial, permite comprender lo que significa para la paciente la situación que viven los individuos que presentan estado de cronicidad por la IRA y el tratamiento sustitutivo de la hemodiálisis, para enfatizar la importancia del cuidado humano. Como enfermera hay que rescatar lo que significa para el paciente; es importante explorar a través del diálogo, las necesidades subjetivas de la investigación empírica, ya que permite obtener hallazgos subjetivos y personales, para dar respuesta a las necesidades de cuidado de la paciente y resaltar el abordaje del cuidado humanizado de enfermería en las áreas críticas.⁷

La relevancia de este estudio de caso radica, en que la enfermera especialista es la que se encuentra en el servicio de terapia intensiva de manera continua y esencial, como parte del equipo interdisciplinario con personas que presentan necesidades de cuidado por la condición del diagnóstico médico de IRA y tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, como parte de la terapéutica para que logre estabilizarse. Por consiguiente, se planteó el objetivo de describir la experiencia y significado de la paciente que vive con el diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Aguda y la necesidad de acceder al tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.

Metodología

El presente estudio de caso se realiza como requisito esencial del Programa de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, el cual se vincula a la práctica específica de la especialidad en mención, el cual tiene como propósito, el desarrollo de bases sólidas, disciplinares que se vinculen en el ejercicio de la práctica profesional de la enfermera en el ámbito asistencial.

Asimismo, se realizó desde el enfoque fenomenológico-interpretativo con perspectiva hermenéutica según Heidegger, por la concepción filosófica como ciencia rigurosa de ir al fenómeno de estudio puramente descriptivo que indaga el plano trascendental, el modo en como conocemos los objetos, el interés radica en ver las condiciones de posibilidad y la forma de llegar al conocimiento acorde a lo que se quiere investigar que es la experiencia humana que viven las personas y que es trascendental para el desarrollo humano.^{8,9}

El tipo de estudio es cualitativo, descriptivo, exploratorio y observacional. El universo fue una paciente del Servicio de Cuidados Intensivos, el muestreo fue no probabilístico a conveniencia del investigador, la técnica para la recolección de datos se empleó la entrevista semiestructurada e individual focalizada, con las siguientes interrogantes *¿Cuénteme cómo se siente en este momento? ¿Explíqueme que tan importante es cuidarse? ¿Platíqueme que sabe de su enfermedad? ¿Me puede describir cómo se encuentra su estado de salud? ¿Me comparte el cuidado que debe de tener para el control de su enfermedad? ¿Cómo se encuentra su estado de ánimo o, deseos de vivir? ¿Considera importante cuidarse?* Este instrumento, se convirtió en una herramienta metodológica para establecer la comunicación efectiva con la persona de cuidado a la cual se le asignó la clave de "PC", acorde a las consideraciones éticas, que se establecen en Art. 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación,¹⁰ como parte del respeto a dignidad y a la ética profesional, además, se le explicó a la persona de cuidado la finalidad de realizar este estudio de caso, previo consentimiento informado y anonimato de la persona.

El análisis de los datos empíricos se siguió lo que propone el enfoque fenomenológico de Heidegger⁹ de la técnica de intencionalidad, reducción y constitución que consistió en la transcripción de los discursos que emergieron de la entrevista individual focalizada, semi-estructurada, lectura y relectura línea por línea de los códigos vivos, posteriormente, se agruparon por similitudes y diferencias, logrando así por su afinidad cinco temas que a continuación se describen: 1) Miedo, 2) Rechazo a su en-

fermedad, 3) Consciente de su situación, 4) Sentimientos cambiantes y 5) Deseos de continuar con su terapéutica.

Descripción del caso

En este apartado se describen el estudio de caso, en primer término, la caracterización de la paciente, género femenino con 30 años de edad, que acude al servicio de urgencias, presenta accesos de tos con cinco días de evolución y que de inmediato se ingresó a la unidad de cuidados intensivos, como antecedentes personales patológicos, presenta hipertensión desde hace dos años, además, insuficiencia renal que requiere de tratamiento sustitutivo de hemodiálisis que acude dos veces por semana de forma ambulatoria.

Tipo y grupo sanguíneo: RH A positivo, antecedentes familiares: madre con diabetes tipo 2 y padre con hipertensión.

Exámenes y pruebas diagnósticas: gasometría arterial, niveles altos de Na de 152 mEq/L, una disminución del Cl de NA de 86 mmol/L y una baja del K 2.9 mmol/L.

Exploración física: Talla 1.56 cm., peso 60 kg., SPO: 84%, FR: 28 por min; TA:90/50 mm/Hg; FC: 106 por min., temperatura 36.8°C, glucemia capital: 167 mg/dL, llenadocapilar: 6 segundos, palidez de tegumentos y mucosas orales secas, apoyo de O₂ con mascarilla a 8 lts. por minuto, con ansiedad, consciente, orientada en sus tres esferas neurológicas, Glasgow de 13, edema palpebral, pupilas isocóricas reflexivas a la luz, movimientos oculares normales, cuello sin datos de ingurgitación yugular, no masas ni adenopatías, tórax normolíneo con presencia de movimientos respiratorios de

amplexión y amplexación con uso de musculatura respiratoria accesorio, con ruidos cardiacos de buena intensidad, taquicardia presente, abdomen globoso con presencia de líquido, ruidos hidroaéreos y peristalsis presente, extremidades íntegras con buen pulso periférico y edema generalizado.

Resultados

Los resultados que aportó el estudio de caso son significativos para la enfermera intensivista, ya que son áreas de oportunidad por el testimonio de la experiencia y significado de vivir con la enfermedad crónica, para que comprenda, surgieron a través de la entrevista semiestructurada que se le realizó a la persona de cuidado hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos y con hemodiálisis, que posterior al análisis de contenido artesanal de los discursos, se constituyeron las siguientes unidades temáticas: I) Miedo, II) Rechazo a su enfermedad, III) Consciente de su situación, IV) Sentimientos cambiantes y V) Deseos de continuar con su terapéutica; a continuación, se presentan las unidades temáticas de significado:

I. Miedo

Para definir el miedo, se conceptualiza como un sentimiento subjetivo, reacción inminente y emoción que se deriva por la situación que vive la persona bajo la condición humana de Insuficiencia Renal Aguda y que, además, se encuentra con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis por el tiempo prolongado de la enfermedad y de existir el riesgo de que la paciente pierda su vida; esto se describe a continuación en los datos empíricos:

[...]Si pasa por mi mente la sensación

de miedo, por lo que me pueda pasar, así como temor de perder la vida por la enfermedad renal y estar con el tratamiento de la hemodiálisis, ya que tengo que estar viniendo tres veces a la semana al hospital...PC

En concordancia con los resultados de este estudio de caso, la revisión de estudios de investigación reveló que no hay que centrarse únicamente en el bienestar físico del paciente, sino también, en el aspecto psicológico y social para prevenir alteraciones emocionales y, por lo tanto, evitar que evolucione a trastornos de tipo mental mayores como lo es el miedo y, posteriormente, que lleguen a presentar trastornos de ansiedad y depresión.¹¹

II. Rechazo de la enfermedad

Este término significa que la persona con insuficiencia renal y con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis presenta rechazo, le es difícil aceptar la situación de enfermedad que está viviendo, en su caso, una enfermedad aguda, y presenta el afrontamiento ineficaz al estrés y estado de negación de admitir esta condición de salud, como se describe en el dato empírico:

[...]Me cuesta en ocasiones asistir al hospital, ya que desde que me enferme, me es difícil la vida, ya que no me gusta lo que tengo... se me complica en ocasiones asistir dos o tres veces por semana a la hemodiálisis y que mi mamá o mi esposo me tengan que traer al tratamiento...PC

Se encontró en la revisión bibliográfica, un estudio cualitativo que describe las “Vivencias del paciente ante el diagnóstico de enfermedad renal crónica y su ingreso a

diálisis peritoneal” en la cual ponen de manifiesto, que se le tiene que apoyar a la paciente, para que acepte la condición de su enfermedad, así mismo, adaptar la diálisis y tratamiento sustitutivo de hemodiálisis a su vida, independientemente del tiempo que transcurra en que se presente un donador.¹²

III. Conciencia

El término conciencia de enfermedad, en las personas, hace referencia al entendimiento real y nivel de conocimiento respecto al tipo de enfermedad que se padece, son las expectativas de vida que las personas deducen a partir de la información que se les proporciona, por lo que es importante considerar que, una persona que presenta daño renal agudo tiene la posibilidad de revertir la condición, obviamente, considerando el estado de salud general, edad, género, alimentación, actividad física, presencia de patologías anexas, entre otros aspectos, ante esto, arrojó el siguiente dato empírico:

[...]Estoy consciente, a veces quisiera creer que no es tanto y que todo saldrá bien pero cada vez que pasa más el tiempo, me doy cuenta que tengo que cuidarme... me tengo que cuidar para no asustar a mi familia, como lo que me sucedió ahora, de que me descontrolé... PC

En revisión de la literatura, se encontró un estudio titulado “Atención de enfermería en adultos jóvenes con insuficiencia renal”, refiere que el sistema renal en los pacientes resulta ser órgano esencial en las funciones del ser humano, por lo que se hace imprescindible orientar a la población para su cuidado, que garantice que la enfermera realiza Educación para la salud, clara y actualizada.

Sin embargo, debe darse desde la formación profesional, con bases en educación y promoción a la salud para que ejerza el rol educador.¹³

IV. Sentimientos cambiantes

Las personas con enfermedad renal aguda experimentan un número importante de reacciones emocionales, estas pueden aparecer y desaparecer rápidamente, se manifiestan como una reacción normal ante cualquier enfermedad grave, y es posible que se tome algún tiempo procesar y aceptar todos los cambios que ocurren en las personas, por eso emergió el siguiente dato empírico:

[...]Me sentía muy bien, salí el fin de semana pasado de la ciudad, se me hizo fácil ya no asistir en toda la semana, no me sentía mal... pero, a veces es muy cansado porque yo quisiera hacer y comer otras cosas diferentes y no estar en el hospital dos o tres veces a la semana, hoy si me encuentro muy asustada...PC

Las personas que presentan esta enfermedad tienen la necesidad de reconocimiento y autoestima; en consecuencia, el cuidador debe promover conductas favorables en el afrontamiento de la enfermedad y el apego al tratamiento, sobre todo, evitar juzgar y reprimir las fallas propias de la condición humana, ante actitudes no deseadas del paciente y apoyar para que se adapte a las circunstancias desconocidas de vida que afronta el enfermo.¹⁴

V. Deseo de continuar su terapéutica médica

En relación a que la paciente debe de permanecer con la terapéutica médica, es

importante la continuidad en las sesiones de tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, ya que la omisión o inasistencia a esta terapéutica médica complica el estado de salud de las personas bajo esta condición humana, por lo que es esencial la participación de la enfermera, ya que a través del rol educador sensibiliza a la paciente, lo que resulta relevante es que haga conciencia de la importancia de asistir a las sesiones dos o tres veces por semana, como se encuentra programada para prevenir complicaciones y prolongar la vida:

[...]Tenía que pasarme esto de ponerme tan mal, para darme cuenta que tengo que continuar con mi tratamiento como me dicen, estoy dispuesta a no volver a faltar a mis sesiones de hemodiálisis, así como tengo las citas programadas... PC

En concordancia con este tema, se encontró que la calidad de vida en general, de las personas que viven con enfermedad crónica, es mayor cuando hay menos percepciones psicológicas negativas, especialmente en la aflicción o angustia, por lo tanto, se deben fortalecer programas de soporte permanente y se puede afirmar que las personas que padecen esta enfermedad poseen recursos que favorecen el afrontamiento, aumentan la satisfacción y la calidad de vida relacionada con la salud.¹⁵

Discusión y conclusiones

Para la disciplina de Enfermería es relevante la divulgación del conocimiento que se genera con la realización del estudio de caso, por la vinculación de la teoría en la práctica asistencial y que esto se muestre en foros, coloquios, seminarios y publicaciones.

Como enfermera especialista en cuidados intensivos, es importante considerar el testimonio de la paciente, de lo que significa vivir con la enfermedad crónica y el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, asimismo, comprender y apoyar para que logre el trasplante de riñón mediante el programa instituido en el sector salud, con información y orientación específica del proceso.

El cuidado que realizan las enfermeras en la práctica en el área de cuidados intensivos, es significativo, ya que con la elaboración de este estudio de caso se revela el compromiso, responsabilidad y la aplicación de conocimientos especializados. A pesar de los avances científicos, médicos y de tecnología, se puede observar que es una enfermedad que va en ascenso y afecta significativamente a las personas, se resume que la enfermera en esta área brinda cuidados autónomos, colaborativos de calidad y mantiene una comunicación adecuada e indispensable para la estabilidad de la persona de cuidado.

Desarrollar un estudio de caso dirige al profesional de enfermería para ofrecer un cuidado integral que permita resolver los problemas posibles o existentes; el realizarlo con el enfoque cualitativo, favorece establecer comunicación efectiva con las personas de cuidado, conocer sus inquietudes y establecer la relación de apoyo y confianza como elemento esencial del cuidado humanizado.

El cuidado de enfermería a personas con insuficiencia renal aguda, funge como piedra angular, en el mantenimiento de la salud, que se caracteriza por realizar acciones complejas que exigen que la enfermera es-

pecialista se mantenga a la vanguardia por el cuidado que ha de realizar y garantizar que este sea de excelencia.

Referencias

1. Fretes N., Suárez J.P., Zambrano L. E., Marcet A., García F. M.V., Khoury M., etc al. Mortalidad de la insuficiencia renal aguda con requerimiento de hemodiálisis en unidades de terapia intensiva. *Rev Nefrol Dial Traspl.* 2021; 41(1):30-5. Disponible en: <http://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/614>
2. Organización Panamericana de la Salud. La carga de enfermedades renales en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de Datos ENLACE, OPS 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-renales>
3. Argáiz E. R., Morales-Juárez L., Razo C., Ong L., Rafferty Q., Rincón-Pedrero, etc al. La carga de enfermedad renal crónica en México. Análisis de datos basado en el estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta médica de México.* 2023 [Obtenido el 26 de marzo de 2024];159(6):501-508. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/gmm.23000393>
4. Hernández-Zambrano S.M., Carrillo-Algarra A.J., Linares-Rodríguez L.V., Martínez-Ruiz A.L., Núñez-Yaguna. M.F. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con enfermedad renal crónica en condición de pluriopatología y sus cuidadores. *Enfer-*

mería Nefrológica. Epub 2021; 24(1): 56-67. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021006>

5.Espitia O. D.M., Montero A. M.C., Nasser P. E.T., Suárez G. M.C. Enfermedad renal crónica y embarazo: una revisión a la literatura. Universitat Médica. 2023; 64. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/36488>

6.Narváez A. J.E., Galarza P. F.G., Proaño S. M.E, Ortiz P. T.A. Insuficiencia Renal Aguda. RECIMUNDO. 2022;6(4):87-95. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.87-95](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.87-95)

7.Macías S. K.G., Montes V. R., Pacheco A. D., Pacheco C. S., Guanuluisa T. E. Rol de la enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica. Pol. Con. 2023; 81:8(4):1241-1259. ISSN:2550 -682X. Disponible en: <https://doi.org/10.23857/pc.v8i4>

8.Heidegger M. Ser y tiempo. Madrid. Trota. 2012. Disponible en: <http://www.philosophiz.cl/>

9.Mendieta-Izquierdo G., Ramírez-Rodríguez J.C., Fuerte J.A. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet]. 2015 [Obtenido el 15 de diciembre de 2024]; 33(3): 435-443. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a14>

10.Diario Oficial de la Federación.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Última Reforma DOF 02-04-2014. Disponible en: https://www.diputados.bog.mx/Reg_LGS/MIS

11.Aránega-Gavilán S., Guillén-Gómez I., Blanco-García M., Crespo-Montero R. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. Enfermería Nefrológica. Epub. 2022; 25(3):216-227. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/52254-28842022022>

12.Fuentes-González N., Díaz-Fernández. Significado de la hemodiálisis para la persona con enfermedad renal crónica. Enfermería Nefrológica. Epub. 2023; 26(1):41-47. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/s225428842023005>

13.Domínguez C. M.G., Ferrusca C. M.E., Ramírez M. M.L., Juárez N. S.G., Gallegos T. R.M. Atención de enfermería en adultos jóvenes con insuficiencia renal aguda: revisión narrativa. Horizonte de Enfermería. 2022;33(1):96-108. Disponible en: <https://revistadelaconstruccion.uc.cl/index.php/RHE/article/view/45813>

14.Machado H. P.M., Tierra T.V., Robalino R. M., Chuquicondor R. S., Espín C. M. Esquema de cuidados de enfermería ante posibles afecciones psicológicas en pacientes con enfermedad renal crónica. Revista Eugenio Espejo. 2021; 15(2):76-87. Disponible en: <http://doi.org/10.37135/ee.04.11.11>

15.Cantillo-Medina C.P, Sánchez-Castro L.F, Ramírez-Guerrero A.M,

Muñoz-Bolaños M. D., Quintero-Penagos H.F., Cuero-Montaña S.V. Quality of life and characterization of transplanted people for chronic kidney disease. *Enfermería Nefrológica*. 2021; 24(1):83-92. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021009>



Prevalencia y características relacionadas a la automedicación en la población adulta en el municipio de San Gil, Santander-Colombia

Prevalence and factors associated with self-medication in the adult population in the municipality of San Gil, Santander-Colombia

Prevalência e características relacionadas com a automedicação na população adulta do município de San Gil, Santander-Colômbia adolescentes

Silvia Juliana Caraballo Carvajal¹

<https://orcid.org/0009-0003-9828-4573>

Edy Natalia León Corzo¹

<https://orcid.org/0009-0000-9663-7708>

Graciela Olarte Rueda¹

<https://orcid.org/0000-0003-1733-3285>

¹ Facultad Ciencias de la Educación y Salud, San Gil-Santander, Colombia.

Autor de correspondencia: Graciela Olarte Rueda

Correo electrónico: grueda@unisangil.edu.co

Recibido: 13 diciembre 2024

Aceptado: 15 octubre 2025

Publicado: 28 noviembre 2025

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: La automedicación forma parte del autocuidado y es considerada como un recurso de salud pública primaria en el sistema de atención de la salud. Se da bajo diferentes factores como son el nivel socioeconómico, cultural, religioso, sociales y políticos.

Objetivo: Identificar la prevalencia y las características relacionadas a la automedicación en la población urbana y rural.

Metodología: Fue un estudio cuantitativo de diseño descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 120 personas que cum-

plieron los criterios de inclusión, personas mayores de 18 años, que aceptaron firmar el consentimiento informado, sin dificultad para responder el instrumento. La información se recolectó a través de una encuesta estructurada de 29 ítems. El proyecto estuvo bajo la resolución 8430, por lo que fue una investigación sin riesgo, en la cual se aplicaron los principios éticos de respeto, justicia y beneficencia.

Resultados: Se encontró que la población que realiza esta práctica se encuentra en un 46.7% urbana y la rural con un 25.8%. Predominando el género femenino con un 59.2%. La razón por la cual se automedican es al inicio de síntomas gripales con un 31.7% y lo

hacen la mayor parte con analgésicos con 41.7%.

Discusión y conclusiones: En cuanto a las características endógenas sobre la automedicación, las personas consideran que la parte económica es una causa de esta práctica, otra de las causas es el tiempo prolongado en los consultorios, llevando que la automedicación se convierta en una actividad con más preocupación para el sector salud.

Palabras clave: Automedicación. Analgésicos. Medicamentos. Fármacos.

Abstract

Introduction: Self-medication is part of self-care and is considered a primary public health resource within the healthcare system. It occurs in different factors such as socioeconomic, cultural, religious, social, and political levels.

Objective: To identify the prevalence and characteristics related to self-medication in urban and rural populations.

Methodology: This was a quantitative, descriptive, cross-sectional study. The sample consisted of 120 individuals who met the inclusion criteria: adults over 18 years of age who agreed to sign the informed consent form and were able to complete the questionnaire without difficulty. Data was collected through a structured 29-item survey. The project was conducted under Resolution 8430, therefore it was considered a risk-free investigation, in which the ethical principles of respect, justice, and beneficence were applied.

Results: The study found that 46.7% of the population engaging in this practice was urban, while 25.8% was rural. The female gender predominated with 59.2%. The most common reason for self-medication is at the onset of flu-like symptoms (31.7%), and most frequently, 41.7%, use analgesics.

Discussion and conclusions: Regarding the underlying factors contributing to self-medication, people consider economic factors to be one cause of this practice. Another contributing factor is the prolonged time spent in doctor's offices, making self-medication a growing concern for the healthcare sector.

Keywords: Self-medication. Analgesics. Medications. Drugs.

Resumo

Introdução: A automedicação faz parte do autocuidado e é considerada um recurso de saúde pública primária dentro do sistema de atenção à saúde. Ela ocorre sob diversos fatores, como nível socioeconômico, cultural, religioso, social e político.

Objetivo: Identificar a prevalência e as características relacionadas com a automedicação na população urbana e rural.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento descritivo de corte transversal. A amostra foi composta por 120 pessoas que atenderam aos critérios de inclusão: maiores de 18 anos, que aceitaram assinar o termo de consentimento informado e não apresentaram dificuldades para responder ao instrumento. As informações foram recolhidas por meio de um questionário estruturado com 29 itens.

O projeto seguiu a resolução 8430, sendo classificado como uma pesquisa sem risco, na qual foram aplicados os princípios éticos de respeito, justiça e beneficência.

Resultados: Verificou-se que 46,7% da população urbana e 25,8% da população rural praticam a automedicação. O gênero feminino predominou com 59,2%. A principal razão para a automedicação foi o início de sintomas gripais (31,7%), sendo os analgésicos os medicamentos mais utilizados (41,7%).

Discussão e conclusões: Quanto às características endógenas da automedicação, os participantes consideram que os fatores econômicos são uma das causas para a prática. Outro fator apontado é o tempo prolongado de espera nos consultórios, o que faz com que a automedicação se torne uma atividade de crescente preocupação para o setor da saúde.

Palavras-chave: Automedicação. Analgésicos. Medicamentos. Fármacos.

Introducción

Según el Ministerio de Salud y Protección Social¹, automedicarse se define como el consumo de medicamentos que no están autorizados, sin fórmula médica (es decir, que no son de venta libre) que, por lo contrario, fue recetado a otras personas por una enfermedad similar con síntomas semejantes. Se tiene en cuenta que la automedicación se da desde el inicio de los tiempos a.C., ya que está asociado al autocuidado, desde plantas medicinales, elementos tópicos y consumo de cápsulas para el alivio de síntomas o incluso, el de terminar alguna

enfermedad o patología presente. El consumo de medicamentos no prescritos genera diversos riesgos para la salud, enfermedades congénitas, malformaciones congénitas y abortos espontáneos, resistencia a los medicamentos, intoxicación y gravedad de la enfermedad.

De la misma manera, Reis A. y Carvalho D.² describen la automedicación como el uso de medicamentos recetados en personas no calificadas o a cuenta propia, es decir, sin receta médica y de fácil acceso para el alivio momentáneo del dolor o para el tratamiento de patologías debido a la aparición de signos y síntomas, el cual la población tiende a buscar ayuda a las farmacias, amigos o conocidos, que recomiendan el uso de algunos fármacos que; predispone esto a que la práctica de la automedicación sea más común y normalizada dentro de toda la población. La prevalencia de la automedicación varía ampliamente y se ha registrado entre el 12.1% y el 92.8% en todo el mundo.³ En el norte de la India, un estudio encontró una prevalencia del 66.4% entre los adultos.⁴ En otro estudio se encontró que la prevalencia de la automedicación entre la población adulta era del 66.4%, se destacó que los participantes urbanos, las mujeres, los trabajadores calificados y las personas con niveles de ingresos más altos tenían más probabilidades de automedicarse.⁵

Así mismo, cabe resaltar que las conductas de automedicación muestran considerables discrepancias entre la demografía rural y urbana, determinadas por una multitud de determinantes socioeconómicos y educativos. Los estudios empíricos sugieren que los habitantes de las zonas urbanas tienen un mejor nivel de comprensión y conductas de automedicación más moderadas

en comparación con los habitantes de las zonas rurales, quienes con frecuencia muestran tasas de incidencia elevadas de automedicación como resultado de los problemas de accesibilidad y la falta de conocimientos. Según Limaye,⁶ las zonas urbanas muestran una prevalencia de automedicación del 51.5%, mientras que las zonas rurales registran solo el 7.7%. Así mismo, en una investigación realizada en Bermeo revela que el 50.3% de los adultos que residen en regiones urbanas se automedican, en comparación con el 49.7% en las regiones rurales, lo que significa una mayor inclinación entre las poblaciones urbanas.⁷

Por otra parte, Según Salazar T.⁸ menciona que el uso inadecuado de los antibióticos ha llevado al fenómeno de la resistencia a los antimicrobianos que se está convirtiendo en un problema de la salud pública mundial. La resistencia a los antibióticos conduce a estadías hospitalarias más prolongadas, mayores costos médicos y mayor mortalidad. El desarrollo de resistencia a los antibióticos se acelera por el uso indebido y excesivo de antibióticos junto con las precauciones deficientes y el control de infecciones, las complicaciones se ven reflejados en un incremento de la carga económica para las familias y la sociedad.

De igual forma, se encontró que existe una alta tasa de automedicación en enfermedades como lo son las gripes, cefalea, alergias, diarrea y acidez. Esta práctica conlleva a la presencia de problemas en la salud familiar, individual y colectiva, se analiza que la mayoría de la población considera que acudir a un médico es una pérdida de tiempo, que no es necesario y que no es una “urgencia”.⁷ La automedicación es una práctica que se ha venido realizando de manera continua

durante muchas décadas y se cada vez se va fortaleciendo más ya que los medicamentos más usados se consiguen de manera fácil en las tiendas y farmacias, Según Al-Kubaisi y Hassaneim⁹ la automedicación puede conllevar riesgos graves para la salud, como la resistencia a los antibióticos y el retraso en el diagnóstico.¹⁰ El uso indebido de medicamentos, en particular los ansiolíticos y los antidepresivos, plantea importantes riesgos para la salud.³ Por lo anterior, el objetivo fue identificar la prevalencia y las características relacionados a la automedicación en la población urbana y rural.

Metodología

Esta investigación fue de diseño descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada de 120 personas del área urbana y rural del municipio de San Gil-Santander-Colombia, seleccionadas con un probabilístico aleatorio.

Los criterios de inclusión fueron personas mayores de 18 años, personas que aceptaron firmar el consentimiento informado, personas sin alguna dificultad que les impidió responder el instrumento, personas que son del área urbana y rural del municipio.

La recolección de la información se realizó por medio de una encuesta estructurada tomada de una tesis realizada por Soto E., y Elio P.,¹¹ tomando de referencia a que comprende por 4 dimensiones, sociodemográficas, automedicación, endógenas y exógenas, en el que se establecieron en total 29 ítems para su medición.

Para el análisis de la información se realizó la descripción de las variables incluidas en la base de datos mediante el análisis

univariado. Las variables cualitativas fueron presentadas en términos de porcentajes y frecuencias, mientras que las variables cuantitativas se presentaron en términos de medias, medianas, y desviación estándar. La información se muestra en forma de tablas. De acuerdo a la resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, en el artículo 11 esta investigación es una investigación sin riesgo.¹²

Resultados

Dentro de las características sociodemográficas se evidenció que la mayor pro-

porción de participantes correspondió al sexo femenino 59.2% (n=71), mientras que el masculino representó el 40.8% (n=49). En relación con la automedicación, predominó la respuesta afirmativa con un 72.5% (n=87). En cuanto al estado civil, la categoría más frecuente fue casado (a) con un 32.5% (n=39). Respecto a la religión, se observó mayor representatividad en la población católica 55.0% (n=66). En lo concerniente al régimen de afiliación en salud, el subsidiado concentró la mayor proporción 47.5% (n=57). En cuanto al área de residencia, prevaleció la urbana con un 46.7% (n=56). Finalmente, en el nivel de escolaridad destacó la primaria como la categoría más representativa 25.0% (n=30). (Tabla n.º 1)

Tabla n.º 1
Características sociodemográficas

Variables	f	%
Género		
Femenino	71	59.2
Masculino	49	40.8
¿Se automedica?		
Si	33	27.5
No	87	72.5
Estado civil		
Casado (a)	39	32.5
Otro	6	5.0
Soltero (a)	21	17.5
Unión libre	21	17.5
Religión		
Católico (a)	66	55.0
Cristiano (a)	18	15.0
Ninguno	2	1.7
Otro	1	0.8

Régimen		
Contributivo	30	25.0
Subsidiado	57	47.5
Área en la que vive		
Rural	31	25.8
Urbana	56	46.7
Escolaridad		
Bachillerato	27	22.5
Primaria	30	25.0
Secundaria	10	8.3
Tecnólogo	16	13.3
Universitario	4	3.3

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los resultados, la principal razón para automedicación es el inicio de síntomas gripales con un 31.7%, así mismo el 46.7% sí sienten mejoría, el 61.7% acuden a la farmacia, en cuanto a los medicamen-

tos más utilizados por las personas son los analgésicos con un 41.7%, de qué manera se administra los medicamentos el 46.7% es de manera oral. (Tabla n.º 2)

Tabla n.º2

Características de la automedicación

Variables	f	%
Razón para automedicarse		
Fórmulas de medicamentos anteriores	16	13.3
Inicio de síntomas gripales	38	31.7
Otra razón	24	20.0
Recomendación de un amigo	9	7.5
Mejora con la medicación		
A veces	28	23.3
No	3	2.5
Sí	56	46.7
A dónde recurre cuando necesita automedicarse		
Farmacia	74	61.7
Internet	5	4.2
Otro	8	6.7

**Medicamentos que ha
utilizado con mayor
frecuencia**

Analgésicos	50	41.7
Antiácidos	6	5.0
Antiinflamatorios	15	12.5
Antipiréticos	3	2.5
Otros	13	10.8

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las características internas, el 42.5% consideran que la parte económica sí se relaciona con la decisión de automedicarse, el 66.7% consideran que el tiempo prolongado en los consultorios médicos sí conlleva a la automedicación, el 45.8% sí consumen los medicamentos a la brevedad

al presentar signos y síntomas de alguna dolencia, el 45.0% de la población si lee las indicaciones del medicamento que compran, el 38.3% creen que el farmacéutico sí es la persona idónea para brindar información sobre el medicamento. (Tabla n.º 3)

Tabla n.º3

Características Internas

Variables	f	%
La parte económica se relaciona con la decisión de automedicarse		
No	36	30.0
Sí	51	42.5
El tiempo prolongado en los consultorios médicos conlleva a la automedicación		
No	7	5.8
Sí	80	66.7
Consume medicamentos a la brevedad al presentar signos y síntomas sobre algún padecimiento		
No	32	26.7
Sí	55	45.8
Lee usted las indicaciones del medicamento que compra		
No	33	27.5
Sí	54	45.0
Cree que el boticario es la persona idónea para brindarle información sobre el medicamento		
No	41	34.2
Sí	46	38.3

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 25.8% (31) no suelen solicitar receta médica al momento de realizar compra de los medicamentos, el 68.3% (82) consideran que la compra de medicamentos en farmacias

o tiendas si influyen en la práctica de automedicarse, el 65.8% (79) consideran que los medios de comunicación si influyen en la práctica de la automedicación. (Tabla n.º 4)

Tabla n.º 4

Características Externas

Variables	f	%
¿Suele solicitarle la receta médica al momento de realizar la compra de los medicamentos?		
No	31	25.8
Sí	56	46.7
La compra de medicamentos sin receta en farmacias, boticas o tiendas influyen en la práctica de automedicarse		
No	5	4.2
Sí	82	68.3
Los medios de comunicación tanta televisión, radial, escrita e internet influyen en la práctica de automedicarse		
No	8	6.7
Sí	79	65.8

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El fenómeno de la automedicación entre la población adulta es un fenómeno cada vez mayor, que presenta amenazas considerables para la salud pública.² La automedicación se describe como el uso de medicamentos recetados en personas no calificadas o a cuenta propia, es decir, sin receta médica y de fácil acceso para el alivio momentáneo del dolor. O para el tratamiento de patologías debido a la aparición de signos y síntomas asociados a la misma,¹⁹ que se ha visto muy empleada durante las últimas décadas a nivel nacional e internacional, y se ve de frecuentemente

que se adquieren estos medicamentos en las farmacias sin ningún impedimento.^{3,4} Este comportamiento debe considerarse como una práctica de déficit de autocuidado, pues ocasiona efectos adversos como: el enmascaramiento de enfermedades, la resistencia a los antimicrobianos⁸ o farmacodependencia, influyendo de manera negativa en la salud del individuo.¹³

La prevalencia de las personas que se automedican en la población entrevistada es de 72.5%, así mismo, en estudios a nivel internacional se encontró prevalencias altas de automedicación respectivamente,^{5,6,7} de igual manera, Gonzales logró identificar que

el 90.8% de la población estudiada practican la automedicación,¹⁴ por otra parte, la mayoría de la población del estudio fue de género femenino con un 59.2% de estado civil casados 32.5%, similar a un estudio realizado por Salazar T., donde la mayoría de los entrevistados fueron de género femenino en un 52% de estado civil casados 4.9%.¹⁵

En esta investigación se halló que la principal razón para automedicarse es el inicio de síntomas gripales con un 31.7% sintiendo mejoría con esta, de igual manera, Oviedo¹⁶ reflejó en un 97% que los motivos de las personas al automedicarse es la aparición de síntomas gripales y de dolor, por otra parte, en cuanto al lugar que las personas recurren para adquirir estos medicamentos con un 61.7% lo hacen en farmacias, de la misma forma Castro¹⁷ encontró que la fuente para obtener estos medicamentos son en farmacias con un 95% de recurrencia. Por otra parte, Flórez¹⁸ indica que otros motivos por el que se automedican es la alta disponibilidad de medicamentos de venta libre, la publicidad en medios de comunicación y la falta de tiempo para acudir al médico.

En el estudio se encontró que los analgésicos son los medicamentos más consumidos, muy similares a lo que indico González¹⁴, los medicamentos con más frecuencia son los analgésicos en primera instancia seguidos de los antipiréticos, los antibióticos y los tratamientos para los resfriados ocupan los puestos más altos en la lista de la automedicación, con cifras entre el 40 y el 50%. Por su parte, Tobón¹⁹ manifiesta que los factores que influyen en la automedicación están la comunicación deficiente entre el prescriptor y el paciente y la venta de medicamentos con base en la publicidad, sin control ni normalización clara. Según las circuns-

tancias, pueden aumentar la frecuencia de consulta médica, la búsqueda de medicinas alternativas, o la automedicación.

Por otra parte, en las características internas de las personas se encontró que la parte económica se relaciona con la decisión de automedicarse, según como lo expuso Sosa²⁰ que la población debería poder acceder a los servicios de salud, sin ver afectada su economía en gastos por medicamentos o complicaciones a causa de una inoportuna atención. Así mismo, la población encuestada respondió que sí consideran que el tiempo prolongado en los consultorios médicos conllevan a la automedicación, ya que no le dan una solución ligera a su sintomatología.

De acuerdo con las características externas, se encontró que un gran porcentaje si solicitan la receta médica al comprar los medicamentos, así mismo, se encontró en el estudio de Sánchez²¹ que el 86.25% de las personas respondieron de la misma forma. En el estudio de Lifshitz²² se exponen las ventajas e inconvenientes de la automedicación, al exigir la ley que los medicamentos de venta libre traigan un inserto en el que se señalan cuidados, dosis, modo de empleo y precauciones, se asume que es responsabilidad del consumidor atenerse a estas instrucciones, como ocurre con otros productos. El problema es que los pacientes no siempre leen estos insertos y prefieren, como sucede con los instructivos de los aparatos eléctricos, aprender su uso por ensayo y error, lo que conlleva evidentes riesgos.

En cuanto a la influencia que tiene la práctica de automedicación con la facilidad de las personas adquirir los medicamentos en

la farmacia y boticas, un 68.3% respondieron que sí influye esto, de la misma manera, indican que los medios de comunicación como la televisión, radio e internet influyen en la automedicación. Así mismo, lo demostró Rivas²³ indicando que los medios de comunicación y publicidad de medicamentos influye en la automedicación, por otra parte, al indagar si se automedica por razón de un familiar u otras razones en su mayor porcentaje indican que sí, de la misma manera, lo indica Olarte *et al.*,²⁴ semejante en el estudio realizado por Cuevas.²⁵

Finalmente, las personas optan por la automedicación por varias razones, cuando piensan que su problema de salud no es serio, debido a la escasez de recursos financieros, la escasez de tiempo o la falta de confianza en el sistema sanitario o el doctor. Así pues, los esfuerzos deben enfocarse en la formación de pacientes y boticarios en la utilización de medicamentos de venta libre, con el objetivo de mejorar y evitar complicaciones en la salud de la población en general.

Conclusiones

Se encontró que la mayoría de la población de género femenino, del área urbana y rural, practican a la automedicación y refieren que realizan esta práctica cuando tienen el inicio de síntomas gripales y adquieren estos medicamentos en farmacias, predominando el grupo de los analgésicos por vía oral. Así mismo, consideran que la parte económica si es una casusa con esta práctica y el tiempo prolongado en los consultorios, en su mayoría son conscientes que ponen en riesgo su salud al consumir estos medicamentos sin ninguna prescripción médica, y creen que el farmacéutico es la persona

idónea para brindarle la información de los medicamentos.

La elevada prevalencia de automedicación identificada en la población de estudio, el 72.5% pone de manifiesto que esta práctica constituye un fenómeno de alta frecuencia, con potenciales implicaciones en la seguridad del paciente y en la eficacia de los tratamientos. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias de educación sanitaria dirigidas a la población general.

De acuerdo a las características externas de la automedicación, las personas creen que la facilidad que se encuentra para adquirir los medicamentos sin ninguna fórmula médica influye en su gran parte a realizar esta práctica, a que los medios de comunicación como la televisión, el internet, la radio, son de gran influencia para que las personas quieran adquirir medicamentos con solo ver la publicidad que se le realizan a estos, sin consultar con un profesional de la salud, refiriendo que también lo realizan por recomendaciones de amigos o familiares, con experiencias con algún medicamento, y por último, la población considera que el tiempo prolongado de espera para la atención en las instituciones de salud también llevan a la práctica de automedicación.

Referencias

1. Ministerio de Protección Social. Automedicación. Salud [Internet]. 2023 [Obtenido el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/freesearchresults.aspx?k=&k=automedicacon>
2. Reis A., Carvalho D. Hombres, necesi-

dades de salud y motivaciones para la automedicación. Brasil. Universidad de Alicante [Internet]. 2019 [Obtenido el 14 de marzo de 2023]; 23(55):126-41. Disponible de: <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.12>

3.Mateos-Mauricio F.A. Self-medication with anxiolytics and antidepressants: main risk factors and repercussions. Mex J Med Res ICSA. 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.29057/mjmr.v12i23.11106>

4.Juneja K., Chauhan A., Shree T., Roy P., Bardhan M., et al. Self-medication prevalence and associated factors among adult population in Northern India: A community-based cross-sectional study. Sage Open Medicine [Internet]. 2024;12. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/20503121241240507>

5. K, Chauhan A, Shree T, Roy P, Bardhan M, Ahmad A, et al. Self-medication prevalence and associated factors among adult population in Northern India: A community-based cross-sectional study. Sage Open Medicine. SAGE Publishing [Internet]. 2024;12. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/20503121241240507>

6.Limaye D., Limaye V., Fortwengel G., Krause G. Self-medication practices in urban and rural areas of western India: a cross sectionals study. International Journal of Community Medicine and Public Health [Internet]. 2018; 2672-85. Available from: https://serwiss.bib.hs-hannover.de/files/1340/Limaye_3266-12262-2-PB.pdf

7.Bermeo-Merino M. Automedicación en parroquias urbanas y rurales: Un caso de estudio en Ambato, Ecuador. Publicare. 2022;2(1):18-25. Disponible en: https://doi.org/10.56931/pb.2022.21_8

8.Salazar T., Ochoa B., et al. Factores asociados a la automedicación con antibióticos, Cuenca-Ecuador, periodo 2017. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2018 [Obtenido el 14 de marzo de 2023]; 57(1). Disponible de: <https://www.redalyc.org/journal/559/55960453011/55960453011.pdf>

9.Al-Kubaisi K., Hassanein M., et al. Prevalence and associated risk factors of self-medication with over-the-counter medicines among university students in the United Arab Emirates. Pharmacy Practice [Internet]. 2022 [Obtenido el 14 de marzo de 2023]; 20(3). Disponible en: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2022.3.2679>

10.Castro C., María E, et al. Automedicación en estudiantes de pregrado en enfermería.Enfermglob[Internet].2022 [Obtenido el 21 marzo de 2023];21(66). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412022000200274&lnges.%20Epub%2002-mayo-2022.%20https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.487901

11.Soto E., Elio P. Factores relacionados a la automedicación en estudiantes de enfermería del noveno y décimo ciclo de la universidad María Auxil-

iadora, Lima, 2021. [Internet] [Tesis]. 2023 [Obtenido el 22 de mayo de 2024] Disponible de: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/758/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12.Ministerio de salud. Resolución número 8430 de 1993. Minsalud [Internet]. 1993 [Obtenido el 9 de septiembre de 2023] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

13.Martínez S., Ruiz S., et al. Panorama de la automedicación en estudiantes de educación superior: una mirada global. Rev. Ciencia y Cuidado [Tesis][Internet]. 2022 [Obtenido el 28 de marzo de 2023];13. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373533/articulo-9-3312.pdf>

14.González F., et al. Automedicación en estudiantes de último curso de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Córdoba. Educación Médica [Internet]. 2021 [Obtenido el 24 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181320300103>

15.Salazar T., Ochoa B., et al. Factores asociados a la automedicación con antibióticos, Cuenca-Ecuador, periodo 2017. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2018 [Obtenido el 14 de marzo de 2023]; 57 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55960453011/55960453011.pdf>

[pdf](#)

16.Oviedo., et al. Realidades de la práctica de la automedicación en estudiantes de la universidad de la Magdalena. Enferm. glob [Internet] [Tesis]. 2020 [Obtenido el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200016

17.Castro., et al. Automedicación de pregrado de enfermería. Enferm.glo.[Internet] [Tesis]. 2022 [Obtenido el 25 de mayo de 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000200274

18.Flórez J., Chaparro E., et al. Automedicación y factores asociados en docentes de dos instituciones educativas en Bogotá y Cali. Universidad Santo Tomas CRIAUSTA [Internet] [Tesis]. 2020 [Obtenido el 21 de marzo de 2023];23. Disponible de: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/22816/2020jhonflorez.pdf?sequence5&isAllowed=y>

19.Tobon A. Estudios sobre automedicación en la universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Scielo [Internet]. 2021[Obtenido el 21 de agosto de 2023] (6). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n4/v15n4a3.pdf>

20.Sosa J. Determinación de factores asociados a la automedicación en la población del AAHH "12 de agosto" San Martín de Porres-Lima-Perú. 2019 [Obtenido el 21 de agosto de 2023]. Disponible de: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/758/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/227/TITULO%20227SOSA.pdf?sequence=3&isAllowed=y

21. Sánchez B., et al. Factores endógenos y exógenos, y su relación con la automedicación de analgésicos en las personas adultas de una residencia en Lima 2023. Universidad Norbert Wiener [Internet] [Tesis]. 2023 [Obtenido el 22 de mayo de 2024]; 112. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9875/T061_70463102_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Lifshitz A., Arrieta O., Burgos, et al. Automedicación y autoprescripción. Gac Méd Méx [Internet]. 2020 [Obtenido el 14 de marzo de 2023]; 156(6). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00163813202000060061&lng=es.%20%20Epub%2027-Mayo-2021

23. Rivas E., et al. Consumo de medicamentos en profesionales y técnicos/ administrativos de la salud: situación de prescripción. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2018 [Obtenido el 25 de mayo 2024]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000200063

24. Pari-Olarte J.B., Cuba-García P.A., Almeida-Galindo J.S., Aliaga-Guillén N.E., Solano-García C.G., et al. Factores asociados con la automedicación no responsable en el Perú. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 [Obteni-

do el 3 de mayo de 2024]; 14(1): 29-34. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000100005&lng=es

25. Cuevas R., et al. Perfil de automedicación en funcionarios de una industria farmacéutica. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 2018 [Obtenido el 25 de mayo de 2024] 17. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S181295282019000100099&script=sci_arttext



Prevalencia de síndrome post COVID 19 en estudiantes de licenciatura

Prevalence of post-COVID-19 syndrome among undergraduate students

Prevalência da síndrome pós-COVID-19 em estudantes de graduação

Moisés García Rosete¹

<https://orcid.org/0000-0003-2705-0991>

Enid Asvany Guzmán Caballero¹

<https://orcid.org/0000-0003-2061-8679>

Helí Jesset Álvarez Hernández¹

<https://orcid.org/0000-0003-4439-7786>

Alejandra González Téllez¹

<https://orcid.org/0009-0006-7491-2928>

Nitza Vanessa Ocampo Ulibarri¹

<https://orcid.org/0009-0000-4934-6748>

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

Autor de correspondencia: Moisés García Rosete

Correo electrónico: mgarcia@uaemex.mx

Recibido: 29 enero 2025

Aceptado: 03 octubre 2025

Publicado: 15 diciembre 2025

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: La infección por el Coronavirus 19 (COVID 19) tuvo distribución mundial, se reconocen poblaciones especialmente vulnerables, así como los signos y síntomas principales. Después de la primoinfección y la manifestación clínica primaria, muchas personas refirieron signos y síntomas residuales. Las alteraciones estructurales y funcionales provocadas tanto por la respuesta primaria como a largo plazo se hicieron evidentes en lo que investigadores llamaron “síndrome post-covid”. Las manifestaciones respiratorias, osteomioarticulares y cardio-

vasculares residuales, se relacionan con diversos niveles de discapacidad y ausentismo en el cumplimiento de las actividades cotidianas, así como bajo rendimiento.

Objetivo: Valorar la prevalencia de síndrome Post COVID 19 en estudiantes de licenciatura.

Metodología: Es un estudio de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, transversal y analítico. El universo de estudio fueron estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Gerontología, de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Se incluyeron 326 personas

de las cuales, dado los criterios de inclusión, solo se aceptaron 235. Derivado de la investigación documental, se integró una encuesta de 43 preguntas con escala tipo Likert sobre los principales signos y síntomas residuales, reportados por diversos investigadores del fenómeno. Se solicitó participación libre y voluntaria y se firmó el consentimiento informado.

Resultados: El 12% de la muestra analizada reportó signos y síntomas prevalentes de síndrome post-COVID 19. La distribución y prevalencia de signos y síntomas entre alumnos de licenciatura mostró una clara predominancia en los sistemas nervioso (24%), osteomioarticular (20%) y aparato respiratorio (21%).

Discusión y conclusiones: Según diversos estudios, el aparato respiratorio, y los sistemas osteomio-articular y nervioso son los de mayor frecuencia en síntomas residuales por COVID 19. En este estudio, los sistemas nervioso y osteomio-articular, así como el aparato respiratorio son los que presentan mayor frecuencia de signos y síntomas. La prevalencia de signos y síntomas Post COVID 19 entre alumnos de licenciatura muestra la influencia de la capacidad funcional y adaptativa.

Palabras clave: Prevalencia. Síndrome. COVID 19.

Abstract

Introduction: The Coronavirus 19 (COVID-19) infection had a global distribution. It is recognized that some populations are especially vulnerable, as well as the main signs and symptoms. After the primary infection and the primary clinical manifestation,

many people reported residual signs and symptoms. The structural and functional alterations caused by both the primary and long-term response became evident in what the researchers called “post-COVID syndrome.” Residual respiratory, musculoskeletal, and cardiovascular manifestations are associated with various levels of disability and absenteeism in the performance of daily activities, as well as low performance.

Objective: To assess the prevalence of post-COVID-19 syndrome among undergraduate students.

Methodology: It is a descriptive, qualitative-quantitative, transversal, and analytical study. The universe of study was undergraduate students of the Bachelor's degree in Nursing and the Bachelor's degree in Gerontology from the Faculty of Nursing and Obstetrics. 326 individuals were included; however, based on the inclusion criteria, only 235 were accepted. Based on the documentary research, a 43-item Likert-scale survey was developed on the main residual signs and symptoms reported by various researchers of the phenomenon. Participation was requested on a free and voluntary basis, and informed consent was signed.

Results: 12% of the analyzed sample reported prevalent signs and symptoms of post-COVID-19 syndrome. The distribution and prevalence of signs and symptoms among undergraduate students showed a clear predominance in the nervous system (24%), musculoskeletal (20%), and respiratory system (21%).

Discussion and conclusions: According to various studies, residual post-COVID-19 symptoms tend to affect the respiratory,

musculoskeletal, and nervous systems most often. In this study, the nervous and musculoskeletal systems, as well as the respiratory system, showed the highest frequency of signs and symptoms. The prevalence of post-COVID-19 signs and symptoms among undergraduate students shows the influence of functional and adaptive capacity.

Keywords: Prevalence. Syndrome. COVID 19.

Resumo

Introdução: A infecção do Coronavírus 19 (COVID-19) teve distribuição mundial, sendo conhecidas em populações especialmente vulneráveis, assim como seus principais sinais e sintomas. Após a primo-infecção e a manifestação clínica primária, muitas pessoas relataram sinais e sintomas residuais. As alterações estruturais e funcionais provocadas tanto pela resposta primária como a longo prazo tornaram-se evidentes no que os pesquisadores denominaram “síndrome pós-COVID”. As manifestações respiratórias, osteomioarticulares e cardiovasculares residuais relacionam-se a diversos níveis de incapacidade e absentismo no cumprimento das atividades cotidianas, bem como o baixo rendimento.

Objetivo: Avaliar a prevalência da síndrome pós-COVID-19 em estudantes de graduação.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, quali-quantitativo, transversal e analítico. O universo de estudo foi composto por estudantes dos cursos de Graduação em Enfermagem e Gerontologia da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia. Foram incluídas 326 pessoas, das quais, segundo

os critérios de inclusão, apenas 235 foram aceites. A partir da pesquisa documental, elaborou-se um questionário com 43 perguntas em escala tipo Likert sobre os principais sinais e sintomas residuais relatados por diversos pesquisadores do fenômeno. A participação foi feita de forma livre e voluntária, com assinatura do termo de consentimento informado.

Resultados: 12% da amostra analisada relatou sinais e sintomas prevalentes da síndrome pós-COVID-19. A distribuição e a prevalência dos sinais e os sintomas entre os estudantes de graduação mostrou clara predominância nos sistemas nervosos (24%), osteomioarticular (20%) e respiratório (21%).

Discussão e conclusões: Segundo diversos estudos, o aparelho respiratório e os sistemas osteomioarticular e nervoso são os de maior frequência em sintomas residuais da COVID-19. Neste estudo, os sistemas nervoso e osteomioarticular, assim como o aparelho respiratório, apresentaram maior frequência de sinais e sintomas. A prevalência de sinais e sintomas pós-COVID-19 entre os estudantes de graduação evidencia a influência da capacidade funcional e adaptativa.

Palavras-chave: Prevalência. Síndrome. COVID-19.

Introducción

Según diversos estudios,^{1,3,4,5,9} del 20 al 90% de los pacientes que han sufrido COVID 19 presentan síntomas semanas o meses después del diagnóstico de la infección. Las cifras pueden ser más elevadas si el seguimiento se hace a pacientes que requi-

rieron hospitalización y, por tanto, con más gravedad de síntomas iniciales. Un estudio italiano de pacientes post- hospitalizados, reporta un 87% de pacientes sintomáticos a los 60 días del inicio de la enfermedad,¹ es decir, algunos signos y síntomas son persistentes.

En otra serie americana, el 19% de los pacientes empeoran los síntomas previos o tienen manifestaciones nuevas.² Finalmente, en una serie británica se refirieron a fatiga hasta en el 72% de los que necesitaron cuidados intensivos; dificultad respiratoria en el 6,6% y alteraciones psicológicas en el 47%, con cifras menores en los que habían estado ingresados en otras áreas hospitalarias y en tiempo de seguimiento de entre 28 y 71 días tras el alta.³

La heterogeneidad de los resultados probablemente se debe a diferencias en la definición de casos, que incluye el tipo y gravedad de los síntomas, la existencia o no de daño orgánico verificable y su tipo, el grado de investigación de si el padecimiento actual deriva de la infección por COVID 19 o de otro cuadro intercurrente, y la duración de la fase aguda de la infección, a partir de la que se considera que se producen síntomas o daños persistentes. La incidencia también podría variar si se incluyen las consecuencias de los tratamientos recibidos o solo las manifestaciones evidentes atribuibles a la propia infección. Los síntomas respiratorios informados como persistentes son disnea, tos y dolor torácico. Desde las primeras series publicadas, en julio del 2020, la disnea es el síntoma más frecuente, superando el 40%.⁴ Esto se ha confirmado en otros estudios más recientes y con cohortes de mayor tiempo de seguimiento.^{6,7}

La disnea es más frecuente en aquellos que presentaron insuficiencia respiratoria grave, pero también se encuentra presente hasta en el 15% de otros con enfermedad leve o moderada,⁸ por lo que podría estar relacionado no solo con una posible alteración ventilatoria o vascular sino también con un componente de debilidad muscular o alteraciones de la percepción de origen central. También es habitual la persistencia de tos, superior al 20% y dolor torácico, entre el 5 y el 10%.

No se ha encontrado evidencia que permita afirmar la existencia de una enfermedad cardíaca como secuela de la COVID 19 aunque existen estudios cooperativos en marcha que permitirán aclararlo. La mayor parte de los síntomas referidos a medio y largo plazo (fatigabilidad, disnea, molestias torácicas inespecíficas, frecuencia cardíaca elevada) pueden explicarse por la afección ventilatoria y el deterioro físico relacionado con el aislamiento. Probablemente por ello, las guías de manejo de los pacientes con COVID 19 persistentes no incluyen la realización rutinaria de estudios cardiológicos.^{9,10} En fase aguda, se ha descrito elevación de troponina y arritmias en muchos casos de COVID 19 grave, como sucede en muchas situaciones de sepsis y enfermedad sistémica grave, y se han confirmado unos pocos casos de miocarditis asociada a esta enfermedad,^{11,12} como sucede en otras infecciones virales. Como en ellas, algunos casos pueden evolucionar a una miocardiopatía dilatada, una evolución poco frecuente en adultos.

Las manifestaciones neurológicas del síndrome post-COVID son frecuentes y variadas. Dentro de ellas, destacaríamos por frecuencia la cefalea, mareo, astenia, anos-

mia y alteraciones cognitivas.¹³ La cefalea es una de las más frecuentes quejas en 2-6% de los pacientes que han padecido COVID 19. Aunque no está adecuadamente delimitada, se sugiere que podría ser similar a la cefalea crónica persistente. Es una cefalea continua, holo-craneal y habitualmente no se acompaña de náuseas, vómitos, intolerancia auditiva ni fotofobia.^{14,15}

La inestabilidad puede ser multifactorial, desde afectación vestibular a cuadros de mareo crónico subjetivo.¹⁵ La astenia es otro síntoma frecuente y se asocia con trastornos cognitivos descritos en la literatura como “niebla mental”. Esta se ha utilizado para definir síntomas variados consistentes en trastornos de la memoria, problemas para recordar y alteración en algunas funciones ejecutivas.¹⁶

Los trastornos repentinos del olfato (hiposmia-anosmia) y del gusto (hipogeusia-disgeusia) son síntomas prevalentes en el COVID agudo. La prevalencia de estas disfunciones varía entre un 5 y un 85% de las derivadas por el SARS-CoV-2, siendo el primer síntoma en un tercio de los casos.^{16,17} La pérdida de olfato es la pérdida más frecuente, con una prevalencia del 77% cuando se evalúa mediante detección objetiva.¹⁸ Estas disfunciones surgen principalmente a pacientes jóvenes, tienen un predominio femenino y son más prevalentes en casos leves a moderados.^{19,20,21}

Las manifestaciones más frecuentes del sistema músculo esquelético, tras la infección por COVID 19 son las artralgias, las mialgias, los calambres y contracturas musculares, el dolor de espalda, la atrofia y debilidad muscular.^{17,18} La fatiga y debilidad muscular persistente es uno de los síntomas más

frecuentes el síndrome post COVID 19.²¹ Comparte características con el síndrome de fatiga crónica descrito después de otras infecciones, incluido el SARS-CoV-1, MERS y la neumonía adquirida en la comunidad.

Las alteraciones funcionales post COVID 19, se relacionan con la infección viral directa y con alteraciones inmunológicas en respuesta a la infección. Otra de las complicaciones es la necrosis ósea relacionada con el uso de corticoides en estos pacientes, la hipercoagulabilidad, la inflamación vascular y el daño de la microvasculatura ósea.²²

Todas estas complicaciones impactan la capacidad funcional motora de estos pacientes, con reducción de la calidad de vida y la reincorporación laboral, (solo un 40% a los 2-3 meses del episodio agudo han vuelto a su actividad laboral).²³

La sintomatología psiquiátrica causada por la infección SARS-CoV-2 puede aparecer de forma más tardía y persistir después de la infección y por tanto formar parte del síndrome post-COVID.^{24,25} Entre las hipótesis causales destaca el estado inflamatorio característico de la COVID 19, siendo ya conocida la relación entre estados inflamatorios y depresión. Otra explicación reside en su posible relación con el neurotropismo de los coronavirus. Además, es posible que parte de la sintomatología sea secundaria al impacto psicológico por la situación traumática vivida (enfermedad grave, aislamiento, miedo).

En las epidemias por SARS-CoV-1 (2002) y el MERS-CoV (2012), se observaron secuelas psiquiátricas. Hasta un tercio de los pacientes post SARS presentaron sintomatología ansiosa y depresiva al año de pasar la infec-

ción. Incluso se describió el síndrome crónico post-SARS que comprendía síntomas como mialgias, astenia, síntomas del sueño y depresión, tiempo después del episodio, parecido al síndrome de fatiga crónica.^{25,26} Un elevado porcentaje de las personas que han padecido COVID refiere, tras la recuperación de la fase aguda de la enfermedad, una serie de manifestaciones clínicas tanto subjetivas como objetivas que se prolongan más allá de 3 semanas e incluso de 3 meses del cuadro clínico original. No existe todavía una nomenclatura consensuada para referirse a este cuadro, pero quizás el más usado es el síndrome post-COVID.¹

En los pacientes que han superado un episodio de COVID 19 agudo, se observa con frecuencia la persistencia de síntomas clínicos más allá del tiempo en que ordinariamente se da por finalizada la fase aguda de la enfermedad. No existe todavía un consenso ni sobre la denominación de este cuadro, ni sobre sus criterios diagnósticos.

Se han sugerido los términos de COVID post-agudo o prolongado y COVID crónico, entendiendo que lo sufren aquellos pacientes que mantienen síntomas o signos de enfermedad 3 semanas o 3 meses tras el comienzo del episodio agudo, respectivamente.^{27,29} En este informe, utilizaremos la denominación: “Síndrome Post COVID 19”.

La astenia, la fatiga, la dificultad respiratoria, la opresión torácica, los dolores musculares, la dificultad de concentración y las alteraciones del sueño son las quejas más frecuentes y prolongadas, entre otras muchas, que se manifiestan con intensidad variable, sin un patrón secuencial establecido y sin una explicación fisiopatológica evidente.

Hablar de síndrome “Post-COVID 19”, supone que hemos definido previamente el final o la curación de la fase aguda, situación que, a todas luces, y como ocurre con otras muchas enfermedades, implica una frontera con escala de grises, donde las percepciones de curación no siempre coinciden entre lo que siente el paciente y el criterio médico de alta.

Los estudiantes de licenciatura, al igual que otros grupos sociales, han padecido la infección por COVID 19. Por una parte, las alteraciones de salud y por otra parte el aislamiento obligado, ha ocasionado que se afecte su dedicación y aprovechamiento escolar. A la detección se les indicó aislamiento mínimo por dos semanas, lo cual en la modalidad presencial actual es una gran pérdida de horas escolares. Por otra parte, las diversas formas de presentación de los síntomas y signos post infección, han creado formas diversas de discapacidad de grado leve, pero persistente.

El estudio plantea la pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de síndrome Post COVID 19 en estudiantes de licenciatura? Se determinó el objetivo de valorar la prevalencia de síndrome Post COVID 19 en estudiantes de licenciatura.

Metodología

Estudio descriptivo, cuali-cuantitativo, transversal y analítico. El universo, fueron estudiantes de licenciatura de Enfermería y Gerontología, de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. La muestra se integró con 326 personas, de las cuales 235 cumplieron los criterios de inclusión. El muestreo fue por conveniencia, respetando la libre participación de los que aceptaron responder

la encuesta y firmaron el consentimiento informado. Los sujetos de estudio fueron los estudiantes de licenciatura, el objeto de estudio fue valorar la prevalencia del síndrome Post COVID 19.

Los criterios de inclusión fueron: estudiantes de ambos sexos, estudiantes de ambas licenciaturas, estudiantes que identificaron la fecha de resultado positivo a COVID 19, alumnos que aceptaron participar y que firmaron el consentimiento informado. Los criterios de eliminación fueron: alumnos que entregaron encuestas incompletas, o con respuestas invadidas, que hayan hecho otras anotaciones en las áreas de respuesta y aquellas encuestas en las que se marcó en una sola columna de la escala Likert.

Fases del estudio

Fase documental: Se realizó una investigación documental en relación con el síndrome Post COVID 19, además, se integró la redacción de la pregunta, el planteamiento del problema, la justificación, el objetivo, la hipótesis y se realizó la operacionalización de las variables. Se realizó el diseño metodológico, cronograma de actividades e integración del instrumento de investigación con base en informes científicos, así como el trámite del consentimiento verbal y escrito de cada participante.

Fase empírica o de campo: Se procedió a la aplicación del instrumento de investigación, se integró el resumen y agrupación de datos; se elaboró el cuadro de resumen de datos y finalmente se procedió a la elaboración de tablas y gráficas.

Fase analítica: Se realizó la descripción de gráficas y el análisis estadístico de datos;

posteriormente se desarrolló la discusión y análisis de resultados, lo cual facilitó la elaboración de conclusiones y sugerencias. Terminado lo anterior se procedió a preparar el documento final para la revisión y entrega del documento.

El instrumento de investigación fue una encuesta auto-aplicable, con 43 preguntas integradas por sistemas y aparatos, sobre los signos y síntomas del síndrome Post COVID 19, el cual contiene preguntas que derivan de informes previos sobre la frecuencia de síndrome Post COVID 19, con una escala tipo Likert, sobre la frecuencia de los signos y síntomas en los 6 meses posteriores al resultado positivo. La aplicación previa, se realizó con 122 personas, obteniendo un alfa Cronbach de 0.82. En los resultados se sumó la detección de “siempre y casi siempre”, para facilitar la descripción y la identificación de signos y síntomas prevalentes.

Los datos cuantitativos fueron procesados en el Programa SPSS, mediante análisis multivariado, el propósito fue identificar la distribución de los signos y síntomas referidos, por aparatos y sistemas.

Fundamento bioético: Según el Reglamento de La Ley General de Salud, en el Art. 17, del Capítulo I, del Título II relativo a la Investigación de Seres Humanos, el estudio se clasifica de Tipo I, es decir se aplican instrumentos de investigación documental que no genera riesgo para los sujetos de estudio.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al estudio que permiten caracterizar de modo amplio el perfil sociodemográfico, clínico y sintomático de la

población estudiada, así como identificar los aparatos y sistemas con mayor carga de secuelas post-COVID-19, lo que contribuye a comprender el patrón de morbilidad persistente tras la infección aguda. En la muestra, predominó de forma significativa el género femenino, representando el 86 % del total; el número promedio de familiares cohabitantes fue de 3 y la mayoría de los participantes (96 %) reportaron estado civil soltero.

La media del número de enfermedades crónicas actuales fue de 1 por participante. Todos los sujetos incluidos declararon haber dado positivo la prueba de COVID-19 en el periodo comprendido entre 2020 y 2021, y ninguno requirió cuidados intensivos al momento de la infección aguda. En cuanto a la sintomatología posterior a la infección, el 12 % de la muestra afirmó presentar signos y síntomas prevalentes de síndrome post-COVID-19, mientras que el 15 % los calificó como ocasionales; por su parte, el

33 % los identificó como “raros” y el 40 % los reportó como ausentes.

Al desagregar por sistemas corporales, el sistema nervioso (24 %), osteomio-articular (20 %) y respiratorio (21 %) fueron los que mostraron la mayor frecuencia de manifestaciones. Dentro del sistema respiratorio, los reportes más frecuentes fueron congestión nasal, disgeusia y anosmia; en el sistema músculo-esquelético destacaron el dolor de espalda, la fatiga y el dolor muscular; en el sistema nervioso fueron predominantes la cefalea, la pérdida de cabello e insomnio. El sistema cardiovascular y el aparato digestivo mostraron las prevalencias más bajas: en el primero, los síntomas más comunes fueron aumento del pulso, palpitaciones y dolor precordial, y en el segundo, dolor de garganta y alteraciones en la percepción del olor y sabor. Finalmente, a nivel psicosocial, los signos predominantes fueron ansiedad, aislamiento y desánimo.

Tabla n.º1
Datos sociodemográficos de la muestra

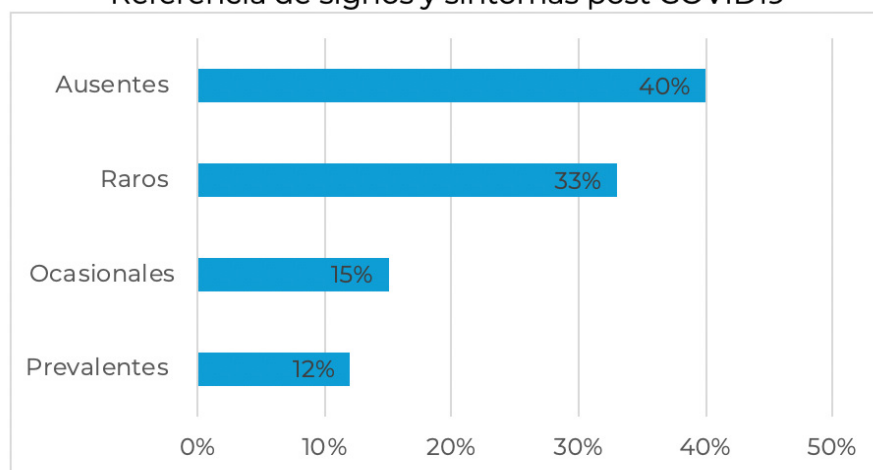
Medida de la edad	Género	Numero promedio de familiares	Estado civil	Media de enfermedades actuales	Intervalo de contagio	Resultado de la prueba COVID 19	Necesidad de cuidados intensivos
21 años	86% mujeres 14% hombres	3	96% soltero 4% casado	1	2020-2021	100% positivo	Ninguno

Fuente: Datos generales de la encuesta (n=235)

El 86% de la muestra fueron del género femenino. El número de familiares promedio calculado fue de 3. El 96% de los sujetos de estudio reportaron estado civil soltero. La media de enfermedades actuales fue cal-

culada en 1. El intervalo de contagio reportado fue en el intervalo 2020-2021. En todos los casos el resultado de la prueba COVID 19 fue positiva. Ninguna persona requirió cuidados intensivos.

Gráfica n.º 1
Referencia de signos y síntomas post COVID19



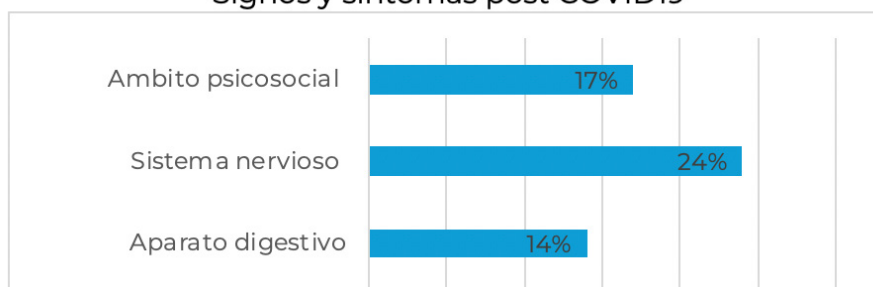
Fuente: Cuadro de resumen de datos (n=235)

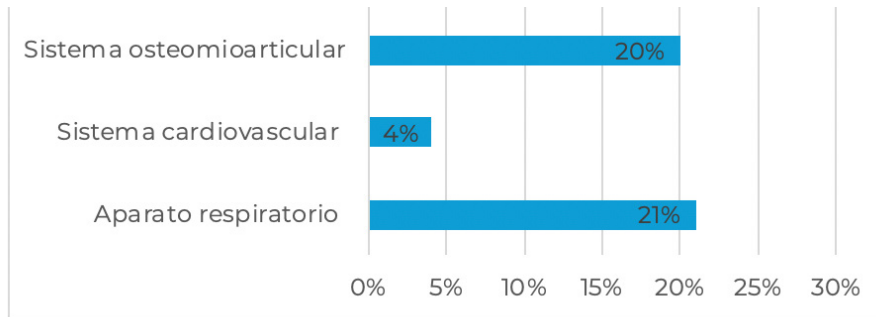
La Gráfica n.º 1 muestra la distribución porcentual de la presencia de signos y síntomas posteriores a la infección por COVID-19. La categoría más frecuente corresponde a los síntomas ausentes, reportados por el 40 % de los participantes, lo que indica que una proporción importante de la muestra no percibe secuelas o manifestaciones clínicas posteriores a su recuperación inicial.

En segundo lugar, la gráfica muestra que el 33 % de la población evaluada reportó signos o síntomas clasificados como raros, es decir, manifestaciones presentes en baja frecuencia, poco sostenidas o de aparición

esporádica. Los síntomas ocasionales fueron reportados por el 15 % de los encuestados. Esta categoría implica la presencia intermitente de signos clínicos que no son constantes, pero sí suficientemente recurrentes como para ser reconocidos por los participantes. Finalmente, los síntomas prevalentes fueron identificados por el 12 % de la muestra. Esta categoría representa aquellos signos y síntomas que persisten de forma regular o continua tras la fase aguda. La presencia de síntomas prevalentes en este segmento indica una mayor probabilidad de afectación sistémica sostenida.

Gráfica n.º 2
Signos y síntomas post COVID19



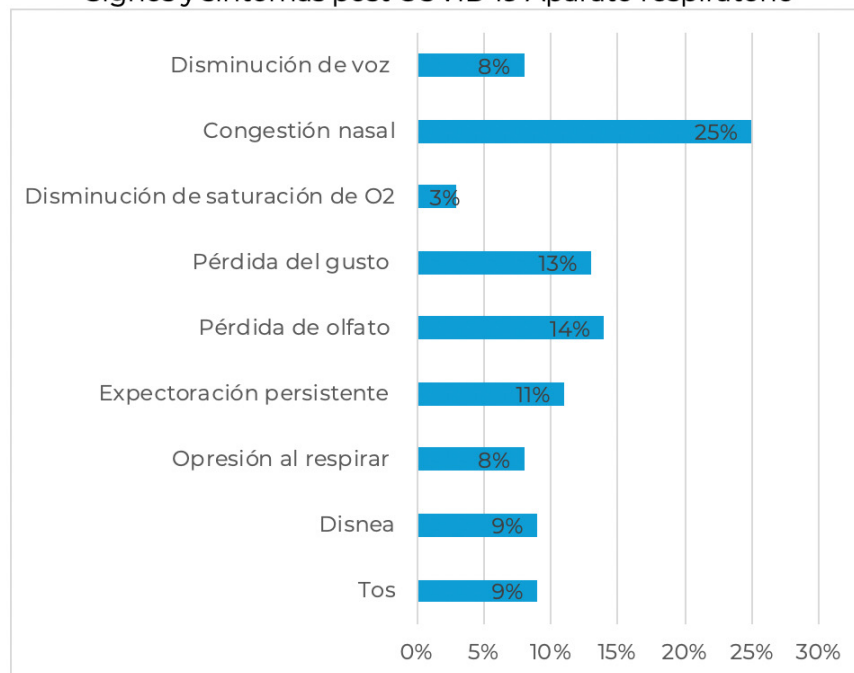


Fuente: Cuadro de resumen de datos (n=235)

La Gráfica n.º 2 muestra la distribución porcentual de los signos y síntomas post-COVID19 organizados por sistemas fisiológicos. El sistema nervioso presenta la mayor proporción (24%), seguido del sistema osteomio-articular (20%), así como el aparato

respiratorio (21%) son los que presentan con mayor frecuencia signos y síntomas, mientras que el sistema cardiovascular y el aparato digestivo presentan mínima prevalencia.

Gráfica n.º 3
Signos y síntomas post COVID 19 Aparato respiratorio



Fuente: Cuadro de resumen de datos (n=235)

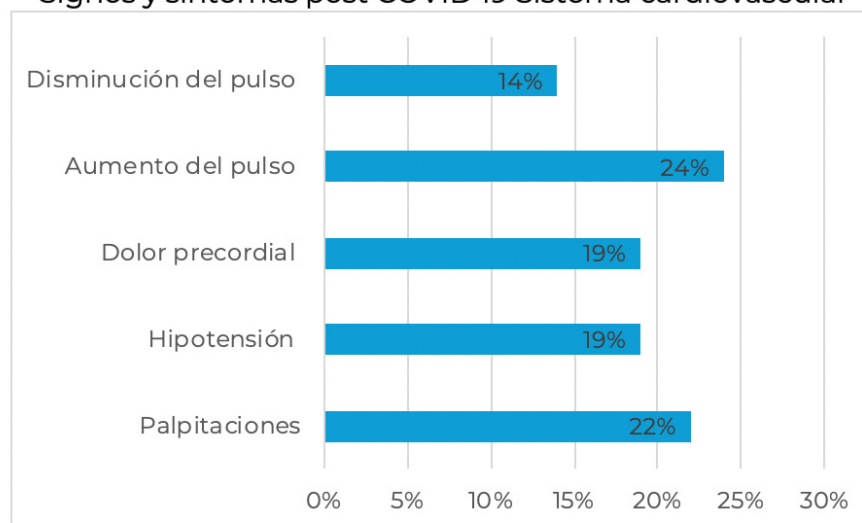
Nota: Representan el 21 % del total por aparatos y sistemas

La Gráfica n.º 3 muestra la frecuencia de signos y síntomas respiratorios reportados dentro del total de manifestaciones post-COVID, estos representan el 21% del conjunto de signos y síntomas por sistemas. Los datos evidencian que la congestión nasal es el síntoma más frecuente con un 25%, seguido de la pérdida del gusto y del olfato con 14%. La expectoración persistente alcanza un 13%, mientras que la opresión al respirar representa el 11%. La disnea y la

tos presentan valores similares, ambos con el 9%. Otros síntomas menos frecuentes fueron la disminución de saturación de oxígeno 83%) y la disminución del tono de voz (8%). Los datos confirman que, dentro del aparato respiratorio, los síntomas de mayor afectación son predominantemente de tipo sensorial y de vías aéreas superiores, más que de compromiso pulmonar profundo.

Gráfica n.º 4

Signos y síntomas post COVID 19 Sistema cardiovascular



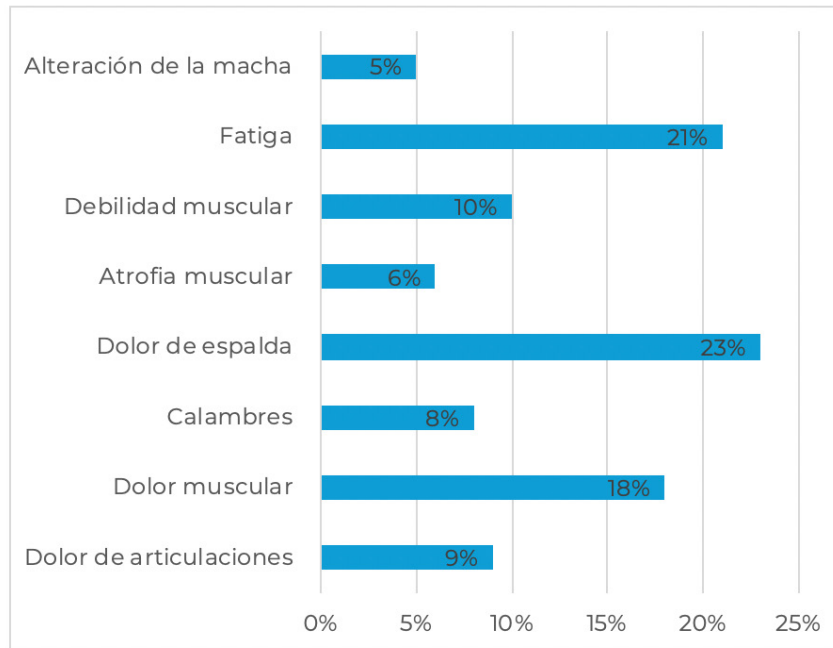
Fuente: Cuadro de resumen de datos (n=235)

Nota: Representan el 4 % del total por aparatos y sistemas

La Gráfica n.º 4 presenta la frecuencia de los signos y síntomas relacionados con el sistema cardiovascular, los cuales representan el 4% del total por sistemas. EL síntoma con mayor prevalencia es el aumento del pulso, referido por el 24% de los participantes, seguido de las palpitaciones con 22%. La hipotensión y el dolor precordial alcanzan ambos un 19%. La disminución del pulso fue reportada por el 13%, mientras que el

desmayo tuvo una prevalencia del 3%. La baja frecuencia relativa de estos síntomas sugiere que la afectación cardiovascular es menos común en la población estudiada, lo cual concuerda con estudios que indican que, en adultos jóvenes, los síntomas cardiovasculares posteriores a COVID suelen ser funcionales o inespecíficos y no necesariamente asociados con daño estructural.

Gráfica n.º 5
Signos y síntomas post COVID 19 Sistema músculo-esquelético

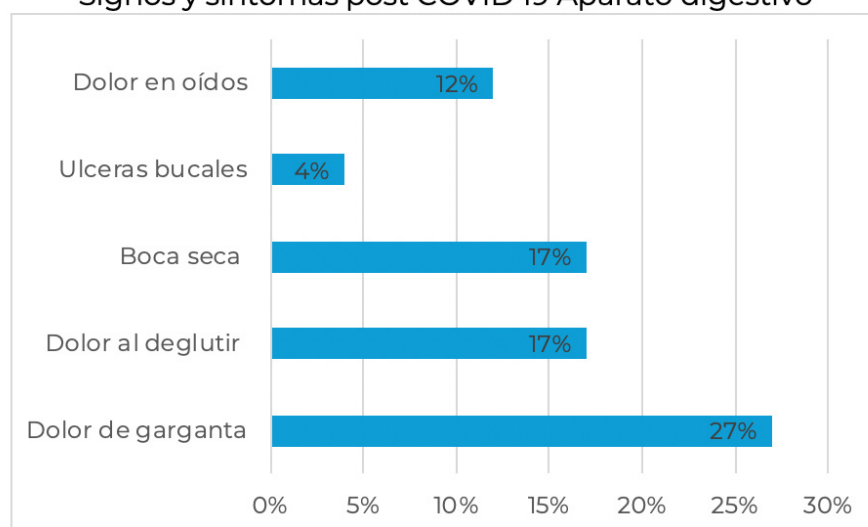


Fuente: Cuadro de resumen de datos (n=235)

Nota: Representan el 20 % del total por aparatos y sistemas

La Gráfica n.º 5 muestra los signos y síntomas pertenecientes al sistema músculo-esquelético, los cuales representan el 20% de todos los sistemas evaluados. El dolor de espalda es el síntoma más frecuente con un 23%, seguido de la fatiga con 21%. El dolor muscular alcanza un 18%, mientras que el dolor de articulaciones representa el 9%. La debilidad muscular fue reportada por el

10%, y la atrofia muscular tuvo una frecuencia del 6%. Los calambres se registraron en el 8% y la alteración de la marcha en el 5%. Esta distribución evidencia que las manifestaciones musculo-esqueléticas posteriores a COVID con mayor presencia en estudiantes son el dolor de espalda, fatiga y dolor muscular.

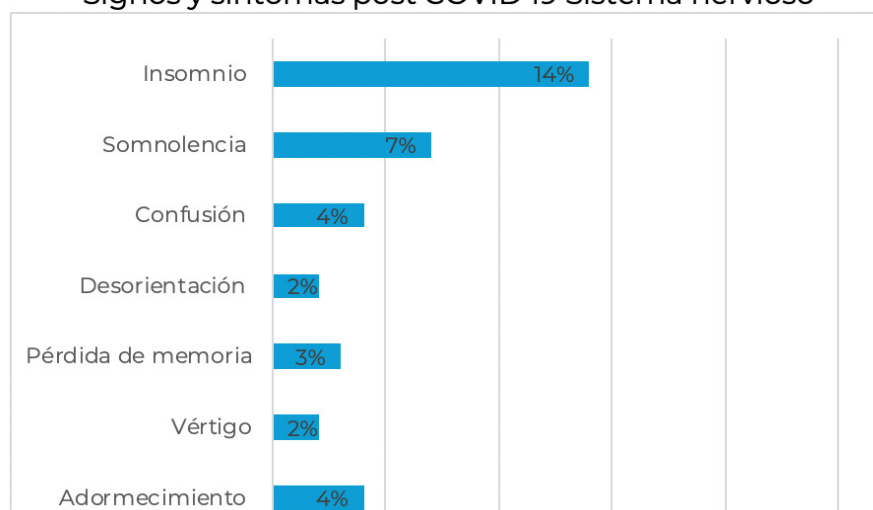
Gráfica n.º 6**Signos y síntomas post COVID 19 Aparato digestivo**

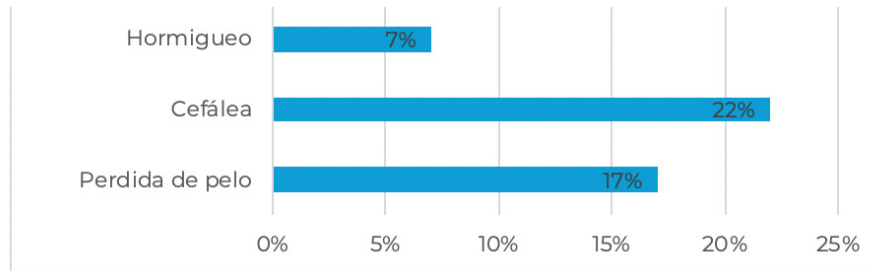
Fuente: Cuadro de resumen de datos (n=235)

Nota: Representan el 14 % del total por aparatos y sistemas

Los síntomas del aparato digestivo representan el 14% del total por sistemas. En esta gráfica, el síntoma más prevalente es el dolor de garganta con un 27%, seguido por el defecto en la percepción del olor y sabor (23%), lo que muestra una relación entre síntomas digestivos y sensoriales. El dolor al deglutir aparece con un 17%, al igual que las alteraciones del gusto. La

boca seca presenta un 12%, el dolor de oídos un porcentaje menor, mientras que las úlceras bucales representan solo el 4%. La presencia predominante de dolor faríngeo y alteraciones sensoriales sugiere que la afectación digestiva se vincula más con vías aerodigestivas superiores que con órganos digestivos profundos.

Gráfica n.º 7**Signos y síntomas post COVID 19 Sistema nervioso**



Fuente: Cuadro de resumen de datos (n= 235)

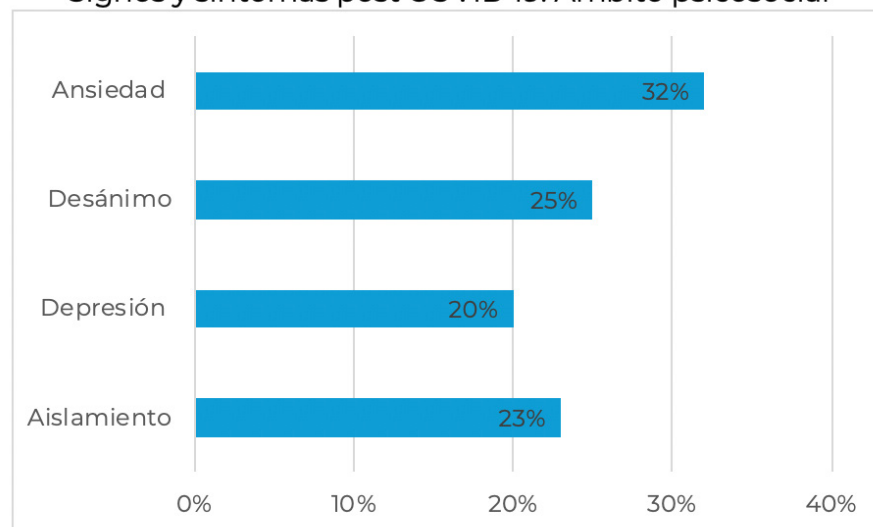
Nota: Representan el 24 % del total por aparatos y sistemas

La Gráfica n.º 7 presenta los síntomas del sistema nervioso, que en conjunto representan el 24%, constituyendo el sistema con mayor prevalencia. Los síntomas más frecuentemente reportados fueron la cefalea (22%), seguida de la pérdida de pelo (17%)

y el insomnio (14%). Otros síntomas, como vértigo, adormecimiento, hormigueo y confusión, presentan porcentajes menores. La somnolencia aparece en el 7% mientras que la desorientación y la pérdida de memoria se mantienen en frecuencias bajas.

Gráfica n.º 8

Signos y síntomas post COVID 19. Ámbito psicosocial



Fuente: Cuadro de resumen de datos (n= 235)

Nota: Representan el 17% del total por aparatos y sistemas.

La Gráfica n.º 8 representa los síntomas psicosociales, equivalentes al 17% del total por sistemas. El síntoma más prevalente corresponde a la ansiedad con un 32%, seguido del desánimo con 25%, el aislamiento

con el 23% y la depresión con 20%. Esta distribución evidencia un impacto significativo en la esfera emocional y social de los estudiantes.

Discusión

En el análisis de Chopra y Flanders,² el 19% de los pacientes empeoran los síntomas previos por infección COVID 19, e incluso tienen manifestaciones nuevas. En el estudio realizado con estudiantes de licenciatura, aunque todos los participantes refieren síntomas relacionados con lo descrito en la literatura como síndrome Post COVID 19, solo el 12% lo refieren como intensos y frecuentes, lo cual, aunque parece bajo, puede tener expresiones diversas, desde una leve disminución funcional, hasta ser motivo de ausentismo y bajo rendimiento. Por otra parte, también es una expresión del estado funcional de su sistema inmune. Probablemente realizado el estudio en grupos poblacionales más vulnerables, tal como el de adultos mayores, el resultado sería mayor.

Respecto a los estudios de Carfi y Galván,^{4,5} los síntomas respiratorios persistentes más comunes son disnea, tos y dolor torácico. Desde las primeras series publicadas, en julio del 2020, la disnea es el síntoma más frecuente, superando el 40%; en el presente estudio la pérdida del olfato y del gusto, así como la expectoración persistente son los más comunes.

Según las investigaciones de Liu y Wijeratne,^{14,15} En el sistema nervioso, la cefalea es una de las quejas más frecuentes, 2-6% de los pacientes que han padecido COVID-19. Aunque no está adecuadamente delimitada, se sugiere que podría ser similar a la cefalea crónica persistente de novo. Es una cefalea continua, holocraneal y habitualmente no se acompaña de náuseas, vómitos ni ftofobia. Consistente con lo anterior, en este estudio, los alumnos de licenciatura refieren cefalea, pérdida de pelo e insomnio

como principales.

La astenia es otro síntoma frecuente, está asociado a trastornos cognitivos descritos en la literatura como “niebla mental”. Esta se ha utilizado para definir síntomas variados consistentes en trastornos de la memoria, problemas para denominar y alteraciones en las funciones ejecutivas. En los estudiantes no se identificó este trastorno.

Los trastornos psiquiátricos relacionados con la infección SARS-CoV-2 aparecen de forma tardía y persisten después de la infección; por tanto, formar parte del síndrome post- COVID.^{27,28} Entre las hipótesis causales destaca el estado inflamatorio característico de la COVID 19 siendo ya conocida la relación entre estados inflamatorios y depresión. Otra explicación reside en su posible relación con el neurotropismo de los coronavirus. Por otra parte, es posible que parte de los síntomas referidos sean secundarios al impacto psicológico por la situación traumática de los años 2020-2021 (enfermedad grave, muerte de familiares, aislamiento, miedo).

Respecto a los reportes de Torales y Vindegaard,^{27,28} la sintomatología psiquiátrica causada por la infección SARS-CoV-2 puede aparecer de forma más tardía y persistir después de la infección y por tanto formar parte del síndrome post-COVID. En el análisis actual las expresiones afecciones reportadas son: Ansiedad, desánimo, depresión e insomnio.

En el análisis realizado en estudiantes de licenciatura, los signos y síntomas prevalentes en el sistema musculoesquelético fueron: dolor de espalda, dolor y debilidad musculares, según resultados del estudio

de Dissedr y Griffith,^{24,25} la fatiga y debilidad muscular persistente fueron los síntomas más frecuentes del síndrome post- COVID. Comparte características con el síndrome de fatiga crónica descrito después de otras infecciones, incluido el SARS-COV-1, MERS y la neumonía adquirida en la comunidad.

Aunque no se ha encontrado evidencia de enfermedad cardíaca como secuela de la COVID- 19, los signos y síntomas referidos a medio y largo plazo (fatigabilidad, disnea, molestias torácicas inespecíficas, frecuencia cardíaca elevada) pueden relacionarse con la afección ventilatoria y/o la disminución de condición física. Probablemente por ello, las guías de manejo de los pacientes con COVID-19 con síntomas persistentes no incluyen la realización rutinaria de estudios cardiológicos.^{9,10} En la muestra analizada los principales signos y síntomas reportados son aumento del pulso, palpitaciones y dolor precordial, aunque tienen los menores porcentajes de prevalencia e intensidad.

Según las investigaciones de Izquierdo, Wong y Hannum.^{19,20,21} Las alteraciones repentinas del olfato (hiposmia-anosmia) y del gusto (hipogeusia-disgeusia) son síntomas prevalentes en el COVID 19 agudo. La prevalencia de estas disfunciones es variable, no obstante, la anosmia se presenta en un tercio de los casos. La pérdida de olfato es lo más frecuente, con una prevalencia del 77% cuando se evalúa mediante detección objetiva.²⁰ Estas disfunciones afectan principalmente a pacientes jóvenes, tienen un predominio femenino y son más prevalentes en casos leves a moderados.^{19,20} Los resultados de los estudiantes de licenciatura muestran que la anosmia, disgeusia y la odinofagia, fueron los síntomas prevalentes. El curso vital humano tiene varias etapas,

la edad pediátrica y la edad geriátrica son especialmente vulnerables por la inmadurez funcional y por la disminución funcional, además de una reducción de la capacidad adaptativa, respectivamente. Según informes de morbilidad y mortalidad por COVID,^{19,12,20} las poblaciones más afectadas fueron: adultos mayores, aquellos con comorbilidad y el género masculino. Las personas en la etapa de adulto emergente (18-25 años), pueden mostrar gran capacidad adaptativa y reserva funcional, motivo por lo cual la prevalencia del síndrome Post COVID 19 es bajo.

Conclusiones

La prevalencia de signos y síntomas posteriores a la infección por COVID 19 en la muestra analizada de estudiantes de licenciatura fue del 12%. Los signos y síntomas tuvieron una distribución no uniforme, aunque predominaron en algunos sistemas y aparatos. En la muestra analizada, el sistema nervioso, musculo-esquelético y el aparato respiratorio fueron en los que se identifica mayor prevalencia de signos y síntomas Post COVID 19.

En el aparato respiratorio, los signos y síntomas más comunes fueron: congestión nasal, pérdida del olfato, pérdida del gusto y expectoración persistente. En el sistema cardiovascular, los signos y síntomas prevalentes fueron: aumento del pulso, palpitaciones y dolor precordial, aunque se debe reconocer que es el sistema donde se identificaron los porcentajes más bajos respecto a todos los demás. En el sistema musculo-esquelético, fueron: dolor de espalda, dolor y debilidad musculares.

En el aparato digestivo: dolor de garganta,

defecto en la discriminación del sabor y dolor al deglutir. En el sistema nervioso, se identificaron: cefalea, pérdida de pelo e insomnio. En el ámbito psicosocial, se identificaron: ansiedad, desánimo y depresión. Las personas jóvenes, dado su potencial funcional, capacidad adaptativa y recuperación son más resilientes y desarrollan una forma de adaptación funcional ante el síndrome Post COVID 19.

En conjunto, los datos analizados evidencian que, aunque la prevalencia global del síndrome post-COVID-19 en esta población es relativamente baja, la sintomatología persistente no es homogénea y se distribuye de manera diferenciada entre los distintos sistemas corporales. Este comportamiento sugiere que las secuelas post-virales en poblaciones jóvenes no deben considerarse fenómenos clínicamente menores, pues pueden generar afectaciones funcionales específicas, incluso en sujetos sin antecedentes de comorbilidad o sin haber requerido atención hospitalaria durante la infección aguda.

El estudio también permite afirmar que la capacidad funcional y adaptativa asociada a la etapa de adulto emergente cumple un papel relevante como factor protector frente al desarrollo de sintomatología persistente. No obstante, la existencia de signos y síntomas residuales en un porcentaje significativo de estudiantes indica la necesidad de incorporar estrategias de detección temprana, seguimiento clínico y orientación académica, especialmente para aquellos que refieren molestias recurrentes que podrían interferir con su desempeño educativo o su bienestar general.

Finalmente, los resultados subrayan la perti-

nencia de continuar investigando el síndrome post-COVID-19 en poblaciones jóvenes, incluyendo análisis longitudinales que permitan determinar la evolución de los síntomas en el tiempo y estudios comparativos con otros grupos etarios, particularmente adultos mayores, en quienes la prevalencia e intensidad de las secuelas se ha documentado como mayor. La comprensión de estas diferencias contribuirá a diseñar intervenciones preventivas e informadas que aborden las necesidades específicas de cada etapa del curso vital.

Referencias

1. Carfi A., Bernabei R., Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA. 2020;324(6):603. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
2. Chopra V., Flanders S.A., O'Malley M., Malani A.N., Prescott H.C. Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. Ann Intern Med. 2020;173(10):786-93. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/M20-5661>
3. Halpin S., O'Connor R., Sivan M. Long COVID and chronic COVID syndromes. J Med Virol. 2020;92(9):1181-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jmv.26587>
4. Carfi A., Bernabei R., Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA. 2020;324(6):603. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
5. Galván-Tejada C.E., Herrera-García C.F., Godina-González S., Villagra-

na-Bañuelos K.E., Amaro J.D.L., Herrera-García K., et al. Persistence of COVID-19 symptoms after recovery in a Mexican population. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9367. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249367>

6. Moreno-Pérez O., Merino E., León-Ramírez J.M., Andrés M., Ramos J.M., Arenas-Jiménez J., et al. Post-acute COVID-19 syndrome: incidence and risk factors in a Mediterranean cohort study. *J Infect*. 2021;82(3):378-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.01.004>

7. Huang C., Huang L., Wang Y., Li X., Ren L., Gu X., et al. Six-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021;397(10270):220-32. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)

8. De Lorenzo R., Conte C., Lanzani C., Benedetti F., Roveri L., Mazza M.G., et al. Residual clinical damage after COVID-19: a retrospective and prospective observational cohort study. *PLoS One*. 2020;15(10): e0239570. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239570>

9. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Manifestaciones persistentes de la COVID-19. Guía de práctica clínica. SEMFYC; 2020. ISBN: 978-84-121938-5-5.

10. Sociedad Española de Directivos de la Salud. Documento para la atención integral al paciente post-COVID. 2020.

Disponible en: <https://sedisanet/wp-content/uploads/2020/10/DocumentoAtencionIntegralPost-Covid.pdf>

11. Ho J.S., Sia C.H., Chan M.Y., Lin W., Wong R.C. Coronavirus-induced myocarditis: a meta- summary of cases. *Heart Lung*. 2020;49(6):681-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.08.013>

12. Rodríguez-Leor O., Cid-Álvarez B., Pérez de Prado A., Rossello X., Ojeda S., Serrador A., et al. Impact of COVID-19 on the treatment of ST-segment elevation myocardial infarction: the Spanish experience. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73(12):994-1002. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.07.033>

13. Alemanno F., Houdayer E., Parma A., Spina A., Del Forno A., Scatolini A., et al. Cognitive deficits after respiratory support in the subacute phase of COVID-19: experience from a COVID rehabilitation unit. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246590. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246590>

14. Liu J., de Luca R.D., Mello N. H.O., Barcellos I. Post-COVID-19 syndrome? New persistent daily headache after COVID-19. *Arq Neuropsiquiatr*. 2020;78(11):753-4. doi:10.1590/0004-282X20200187.

15. Wijeratne T., Crewther S. COVID-19 and long-term neurological issues: future challenges with post-COVID neurological syndrome. *Aust J Gen Pract*. 2021;50:14-5. Disponible en: <https://doi.org/10.31128/AJGP-COVID-43>

16. Wijeratne T., Crewther S. Post-COVID-19 neurological syndrome (PCNS); a novel syndrome with challenges for the global neurological community. *J Neurol Sci.* 2020;419:117179. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.jns.2020.117179>
17. Wostyn P. COVID-19 and chronic fatigue syndrome: is the worst yet to come? *Med Hypotheses.* 2021;146:110469. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.mehy.2020.110469>
18. Ortelli P., Ferrazzoli D., Sebastianelli L., Engl M., Romanello R., Nardone R., et al. Neuropsychological and neurophysiological correlates of fatigue in post-acute patients with neurological manifestations of COVID-19: insights into a challenging symptom. *J Neurol Sci.* 2021;420:117271. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.jns.2020.117271>
19. Izquierdo-Domínguez A., Rojas-Lechuga M.J., Mullol J., Alobid I. Olfactory dysfunction in the COVID-19 outbreak. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2020;30(5):368-70. Disponible en: <https://doi:10.18176/jiaci.0567>
20. Wong D.K.C., Gendeh H.S., Thong H.K., Lum S.G., Gendeh B.S., Saim A., et al. A review of olfactory and taste dysfunction in patients with COVID-19. *Med J Malaysia.* 2020;75(5):574-81.
21. Hannum M.E., Ramírez V.A., Lipson S.J., Herriman R.D., Toskala A.K., Lin C., et al. Objective sensory testing methods reveal higher prevalence of olfactory loss in COVID-19 positive patients compared to subjective methods: a systematic review and meta-analysis. *Chem Senses.* 2020;45(9):865-74. Disponible en: <https://doi:10.1093/chemse/bjaa064>
22. Wong D.K.C., Gendeh H.S., Thong H.K., Lum S.G., Gendeh B.S., Saim A., et al. A review of olfactory and taste dysfunction in patients with COVID-19. *Med J Malaysia.* 2020;75(5):574-81.
23. Disser N.P., De Micheli A.J., Schonk P., Konnaris M.A., Piacentini A.N., Edon D.L., et al. Musculoskeletal consequences of COVID-19. *J Bone Joint Surg Am.* 2020;102(14):1197-204. Disponible en: <https://doi:10.2106/JBJS.20.00847>
24. Griffith JF. Musculoskeletal complications of severe acute respiratory syndrome. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2011;15(5):554-60. Disponible en: <https://doi:10.1055/s-0031-1293500>
25. Wohleb E.S., Franklin T., Iwata M., Duman R.S. Integrating neuroimmune systems in the neurobiology of depression. *Nat Rev Neurosci.* 2016;17(8):497-511. Disponible en: <https://doi:10.1038/nrn.2016.69>
26. Torales J., O'Higgins M., Castaldelli-Maia J.M., Ventriglio A. The COVID-19 outbreak and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;66(5):467-71. Disponible en: <https://doi:10.1177/0020764020915212>
27. Vindegaard N., Benros M.E. COVID-19 pandemic and consequences for mental health: a systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.* 2020;89:531-42. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.bbi.2020.05.031>

[doi:10.1016/j.bbi.2020.05.048](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048)

28. Moldofsky H., Patcai J.. Chronic generalized musculoskeletal pain, fatigue, depression, and sleep disturbances in post-SARS chronic fatigue syndrome: a case-control study. BMC Neurol. 2011;11:37. Disponible en: [https://doi:10.1186/1471-2377-11-37](https://doi.org/10.1186/1471-2377-11-37)

29. Lee A.M., Wong J.G., McAlonan G.M., Cheung V., Cheung C., Sham P.C, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors one year after the outbreak. Can J Psychiatry. 2007;52(4):233-40. Disponible en: [https://doi:10.1177/070674370705200405](https://doi.org/10.1177/070674370705200405).

30. Informe integral de COVID 19 en México. No. 4-2023. 30 diciembre 2023. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info0423.inttCOVID-19.pdf>

Otras utilizadas

Greenhalgh T., Knight M. Long COVID: un manual básico para médicos de familia. Am Fam Med. 2020;102(12):716-7. PMID:

Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Manejo de COVID-19 post-agudo en atención primaria. BMJ. 2020; 370 . Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3026>

Del Rio C., Collins L.F., Malani P. Consecuencias de salud a largo plazo de COVID-19. JAMA. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.19719>



Estado nutricional y autocuidado del adulto mayor del municipio de Tlaxcoapan

Nutritional status and self-care among older adults in the municipality of Tlaxcoapan

Estado nutricional e autocuidado do idoso do município de Tlaxcoapan

Carolina Díaz Márquez¹

<https://orcid.org/0009-0004-1469-2965>

Jaqueline Estrada Aguilar¹

<https://orcid.org/0009-0008-6747-4004>

Luis Ángel Hernández Mata¹

<https://orcid.org/0009-0002-5900-8456>

Gabriela Maldonado Muñiz²

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

Claudia Atala Trejo García^{1,3}

<https://orcid.org/0000-0003-2205-78793>

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

² Facultad de Enfermería, Universidad de Colima, Colima, México.

³ Hospital General de Tula, Hidalgo, México.

Autor de correspondencia: Gabriela Maldonado Muñiz

Correo electrónico: gmaldonado4@ucol.mx

Recibido: 30 junio 2025

Aceptado: 20 noviembre 2025

Publicado: 15 diciembre 2025

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: El envejecimiento es un proceso que se caracteriza por aumento de la dependencia de las personas, lo que afecta el autocuidado influido por diversos factores, entre ellos, el estado nutricional.

Objetivo: Analizar la relación entre el estado nutricional y el autocuidado del adulto mayor.

Metodología: Investigación aplicada, cuantitativa, correlacional, con diseño trasversal. Se incluyeron a personas mayores de 60 años, residentes del municipio de Tlaxcoapan, muestreo no probabilístico por disponibilidad, previo a la firma del consentimiento informado, se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, el Mini-Nutritional Assessment (MNA) (α -Cronbach=0.93) y el test Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM)

(α -Cronbach=0.863). El análisis se realizó con apoyo del SPSS para Windows v27. Protocolo aprobado por el Comité de Investigación y Ética.

Resultados: $n=346$ conformada por igualdad de género, edad predominante de 60-69 años (49.4%), 63.9% con escolaridad primaria, 89.6% laboraban, 67.1% consideraban su estado de salud no saludable, 26.6% padecía diabetes y 10.4% diabetes e hipertensión, 62.4% sin seguridad social, 59.5% no realizaban actividad física y 50.3% no seguían una dieta, 48% evidenció riesgo de malnutrición y 21.9% déficit de autocuidado. Se identificó una asociación significativa entre el estado nutricional y el nivel de autocuidado mediante la prueba de Chi-cuadrado ($p<0.001$).

Discusión y conclusiones: El deterioro del estado nutricional en los adultos mayores se relaciona con una menor capacidad para llevar a cabo las actividades de autocuidado.

Palabras clave: Estado nutricional. Autocuidado. Adulto Mayor. Enfermería.

Abstract

Introduction: Aging is a process characterized by a progressive increase in individuals' dependency, which in turn affects their capacity for self-care. This phenomenon is shaped by multiple determinants, among which nutritional status plays a central role.

Objective: To analyze the relationship between nutritional status and self-care among older adults.

Methodology: An applied, quantitative, correlational study with a cross-sectional design was conducted. The study population consisted of adults aged 60 years and older residing in the municipality of Tlaxcoapan. A non-probabilistic convenience sampling strategy was employed. Prior to data collection, written informed consent was obtained from all participants. Subsequently, a socio-demographic questionnaire, the Mini Nutritional Assessment (MNA) (Cronbach's $\alpha = 0.93$), and the Capacity and Perception of Self-Care in Older Adults Test (CYPAC-AM) (Cronbach's $\alpha = 0.863$) were administered. Data were processed and analyzed using SPSS for Windows, version 27. The research protocol received approval from the corresponding Research and Ethics Committee.

Results: A total of 346 older adults participated in the study, with equal representation of men and women. The majority were between 60 and 69 years of age (49.4%). Most participants had completed primary education (63.9%), and 89.6% reported being employed. Regarding health status, 67.1% perceived their health as poor; 26.6% reported having diabetes, while 10.4% presented both diabetes and hypertension. Additionally, 62.4% lacked social security coverage, 59.5% did not engage in physical activity, and 50.3% did not follow a prescribed diet.

Overall, 48% of participants were identified as being at risk of malnutrition, and 21.9% demonstrated a deficit in self-care. A statistically significant association was observed between nutritional status and level of self-care, as determined by the Chi-square test ($p < 0.001$).

Conclusions: The deterioration of nutritional status in older adults is related to a

reduced ability to carry out self-care activities.

Keywords: Nutritional Status. Self-Care. Older adults. Nursing.

Resumo

Introdução: O envelhecimento é um processo caracterizado pelo aumento da dependência das pessoas, o que afeta o autocuidado, influenciado por diversos fatores, entre eles, o estado nutricional.

Objetivo: Analisar a relação entre o estado nutricional e o autocuidado do idoso.

Metodologia: Pesquisa aplicada, quantitativa, correlacional, com desenho transversal. Foram incluídas pessoas com mais de 60 anos, residentes no município de Tlaxcoapan. A amostra foi não probabilística por conveniência. Após a assinatura do termo de consentimento informado, aplicou-se uma ficha de dados sociodemográficos, o Mini-Nutritional Assessment (MNA) (α -Cronbach=0,93) e o teste Capacidade e Percepção de Autocuidado do Idoso (CY-PAC-AM) (α -Cronbach=0,863). A análise foi realizada com apoio do SPSS para Windows v27. O protocolo foi aprovado pelo Comité de Pesquisa e Ética.

Resultados: n=346, composta por igualdade de gênero, idade predominante entre 60-69 anos (49,4%), 63,9% com escolaridade primária, 89,6% trabalhavam, 67,1% consideravam o seu estado de saúde não saudável, 26,6% apresentavam diabetes e 10,4% diabetes e hipertensão, 62,4% sem segurança social, 59,5% não realizavam atividade física e 50,3% não seguiam uma dieta. 48% evidenciaram risco de desnutrição e

21,9% déficit de autocuidado. Identificou-se uma associação significativa entre o estado nutricional e o nível de autocuidado por meio do teste Qui-quadrado ($p<0,001$).

Discussão e conclusões: O deterioro do estado nutricional nos idosos está relacionado a uma menor capacidade de realizar atividades de autocuidado.

Palavras-chave: Estado nutricional. Autocuidado. Idoso. Enfermagem

Introducción

A nivel global, la población mayor de 65 años aumenta rápidamente. El envejecimiento, resultado de los daños moleculares, disminución de capacidades físicas y mentales, asociado a transiciones vitales, como duelo y pérdida de empleo;¹ adicionalmente, aspectos como la pobreza, el aislamiento, la inadecuada dentición, las enfermedades crónicas, depresión, pérdida de la funcionalidad y polifarmacia, pueden afectar el estado nutricional.² La evaluación del estado nutricional en el adulto mayor debe considerar la disminución de talla y cambios en la composición corporal.³

Para alcanzar una vejez digna y mantener un nivel de bienestar, es fundamental que los adultos mayores ejerzan un autocuidado integral incluyendo la alimentación, la condición física, la calidad y cantidad del sueño, las relaciones interpersonales y la gestión del estrés.⁴ El proceso de envejecimiento se caracteriza por una pérdida gradual de masa muscular con una mayor tendencia al almacenamiento de energía en forma de grasa, condiciones que favorecen el desarrollo de sarcopenia, definida como la disminución de masa, fuerza muscular y

potencia muscular.^{3,5} Cuando estos cambios se combinan con la presencia de enfermedades no transmisibles, la inactividad física y una alimentación poco saludable, se acelera el deterioro funcional y el riesgo de limitación de la movilidad, en consecuencia, se dificulta la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que repercute en la autonomía e independencia de los adultos mayores.⁶

De acuerdo con la teoría de Dorothea Orem, el autocuidado es una actividad que las personas aprenden y que tiene un propósito. Es una conducta que se manifiesta en situaciones concretas de la vida y que las personas realizan sobre sí mismas, hacia otros o hacia el entorno, para regular los factores que influyen en su desarrollo y funcionamiento promoviendo la vida, salud y bienestar. Los factores condicionantes básicos son elementos internos o externos que afectan sus capacidades para realizar el autocuidado, entre ellos se encuentran: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos.⁷

Las investigaciones evidencian que, si bien algunos adultos mayores enfrentan problemas emocionales y de salud, quienes se involucran en actividades de autocuidado, como el ejercicio y controles médicos, tienden a disfrutar de mayor bienestar.⁸ Estudiar la asociación del estado nutricional y el autocuidado permite establecer intervenciones que favorezcan el bienestar y la calidad de vida. El objetivo fue analizar la relación entre el estado nutricional y el autocuidado del adulto mayor del municipio

de Tlaxcoapan.

Metodología

Es un estudio aplicado, cuantitativo, correlacional, con diseño metodológico transversal; realizado en el periodo diciembre 2022 a enero 2023, en el municipio de Tlaxcoapan, México. El universo estuvo conformado por 3360 adultos mayores, de 60 años en adelante, en el municipio de Tlaxcoapan, Hidalgo, de los cuales 1596 son hombres y 1764 son mujeres.⁹

La muestra se calculó con 95% de nivel de confianza y 5% de margen de error, obteniendo $n=346$ adultos mayores. No obstante, debido a las limitaciones en el acceso a los participantes, se utilizó un muestreo no probabilístico por disponibilidad. Se incluyeron personas de 60 años o más, residentes del municipio de Tlaxcoapan, que aceptaron participar voluntariamente. Se excluyeron a aquellos con deterioro de la comunicación que impidiera la aplicación de los instrumentos. La captación de los participantes se realizó en los centros de salud de Tlaxcoapan, Teltipan y Doxey, en la casa de día de Tlaxcoapan y en diversos puntos de la vía pública del municipio.

El instrumento utilizado para medir el estado nutricional fue Mini-Nutritional Assessment (MNA) validado por geriatras internacionales específicamente en población adulta mayor y población mexicana, el instrumento mostró una sensibilidad del 87.8%, especificidad de 77.8% y una precisión adecuada, con un área bajo de curva (AUC) entre 0.86 y 0.95; así como buena concordancia con el instrumento completo, con un coeficiente Kappa entre 0,6193 y 0,7852. Cada respuesta tiene un valor numérico y contribuye a

la puntuación final, pudiéndose alcanzar un máximo de 30 puntos. Se divide en dos partes para la evaluación: Cribaje: Estado nutricional normal: 12-14 puntos, riesgo de malnutrición: 8-11 puntos, malnutrición: 0-7 puntos. Evaluación: Estado nutricional normal: 24-30 puntos, riesgo de malnutrición: 17-23.5 puntos, malnutrición: <17 puntos.^{3,10}

Para evaluar el autocuidado se empleó el Test Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM) con una fiabilidad en alfa de Cronbach de 0,863. El instrumento está constituido por 32 ítems relacionados con las actividades de autocuidado divididas en ocho dimensiones: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene, medicación, control de la salud y adicciones. El primer ítem de cada categoría decreta la independencia o dependencia. En cada categoría se puntúa con 3, si tiene 3 o más respuestas positivas; con 2 puntos si 2 o más respuestas intermedias (a veces); y 1 si tiene más de una respuesta negativa. Los resultados del test fueron interpretados como: Percepción de autocuidado adecuado (21-24 puntos),

percepción de autocuidado parcialmente adecuado (16-20 puntos), percepción de autocuidado inadecuado (15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada en 0), sin capacidad de autocuidado (15 puntos o menos, con al menos una categoría evaluada en 0) y con déficit de autocuidado total (con 0 puntos en más de cuatro categorías).¹¹⁻¹³

Investigación aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Superior de Tlahuelilpan, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Código asignado por el Comité: 2022-II-22XX.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 346 adultos mayores del municipio de Tlaxcoapan; el rango de edad fue de 60 a 89 años, con una media de 69.83 ± 5.95 años. 49.4% (n=171) con edad entre 60-69, 50% (n=173) eran de sexo femenino, 63.9% (n=221) contaban con educación primaria, 89.6% (n=310) laboraban (Tabla n.º 1).

Tabla n.º 1

Frecuencia y porcentaje de factores condicionantes básicos

Factores condicionantes básicos	f	%
Edad		
60-69	171	49.4
70-79	158	45.7
80-89	17	4.9
Sexo		
Femenino	173	50
Masculino	173	50
Nivel educativo		
Ninguna	17	4.9
Primaria	221	63.9
Secundaria	108	31.2

Estado civil		
Soltero	17	4.9
Casado	198	57.2
Unión libre	40	11.6
Divorciado	25	7.2
Viudo	66	19.1
Ocupación		
Laboraban	310	89.6
No laboraban	36	10.4

Fuente: elaboración propia.

En los factores del sistema de cuidados de salud: 67.1% (n=232) se consideró no saludable; 75.4% (n=261) padece alguna enfermedad crónica o aguda; 70.2% (n=243) refirió seguir algún tratamiento farmacológico;

49.7% (n=172) seguía una dieta prescrita; 1.7% (n=6) presentaba alguna discapacidad; 62.4% (n=216) no contaba con seguridad social (Tabla n.º 2).

Tabla n.º 2

Frecuencia y porcentaje del sistema de cuidados de salud

Factores del sistema de cuidados de salud	f	%
Estado de salud		
Saludable	114	32.9
No saludable	232	67.1
Morbilidad		
Diabetes	91	26.3
Hipertensión	44	12.7
Artritis	18	5.2
EPOC	11	3.2
Infecciosas	11	3.2
Diabetes e hipertensión	36	10.4
Cardiovascular	11	3.2
Otras	39	11.2
Tratamiento farmacológico		
Antihipertensivos	39	11.3
Antidiabéticos	88	25.4
Analgésicos	14	4.0
Antidiabéticos e antihipertensivos	38	11.0
Ninguno	103	29.8
Otros	58	16.9
Dieta		
Hiposódica	30	8.7
Hipocalórica	77	22.3
Otras	65	18.8
Ninguna	174	50.3
Seguro social		
No	216	62.4
Si	130	37.6

Fuente: elaboración propia.

El patrón de vida se valoró a través de la realización de actividad física y actividades cotidianas: 59.5% (n=206) de los adultos mayores no realiza actividad física, mientras

en las actividades que realizan de manera cotidiana predomina con un 68.2% (n=236) su rutina diaria (Tabla n.º 3).

Tabla n.º 3

Frecuencia y porcentaje de actividades del patrón de vida.

Patrón de vida	f	%
Actividad física		
Ninguna	206	59.5
1 vez por semana	69	19.5
2 veces por semana	48	13.9
3 o más veces por semana	23	6.6
Actividades cotidianas		
Rutina diaria	236	68.2
Pasatiempos	83	24.0
Actividad física o ejercicio	27	7.8

Fuente: elaboración propia.

El estado nutricional de los adultos mayores consiguió una calificación de 13 a 30 puntos, con una media de 23.46 ± 3.258 ; el 48.6% (n=168) obtuvo estado nutricional normal, 48.0% (n=166) con riesgo de malnutrición y 3.5% (n=12) con malnutrición. En la evaluación del autocuidado alcanzó una calificación entre 4 y 23 puntos, con una media de 15.36 ± 3.956 ; el 58.1% (n=201) manifestó autocuidado parcialmente adecuado, 29.5% (n=102) sin capacidad de autocuidado, 8.1% (n=28) autocuidado inadecuado, 3.8% (n=13) autocuidado adecuado y 0.6% (n=2) déficit de autocuidado total.

La mayoría de los participantes con estado

nutricional normal presentaron autocuidado adecuado o parcialmente adecuado (114 y 9 casos respectivamente), lo que representa el 73.2% de este grupo. En contraste, aquellos con riesgo de malnutrición mostraron una mayor proporción en las categorías de autocuidado comprometido: 62 personas sin capacidad de autocuidado y 14 con autocuidado inadecuado. Se analizó la relación entre el estado nutricional y las categorías de autocuidado mediante la prueba de Chi-cuadrado, obteniendo un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 138.890$, gl = 2, $p < 0.001$), lo que indica una asociación entre ambas variables (Tabla n.º 4).

Tabla no. 4

Relación del estado nutricional con el autocuidado del adulto mayor

Estado Nutricional	Déficit de autocuidado total	Sin capacidad de autocuidado	Autocuidado inadecuado	Autocuidado parcialmente adecuado	Autocuidado adecuado	Total	P
Normal	1	31	13	114	9	168	< 0.001
Riesgo de malnutrición	1	62	14	85	4	166	
Malnutrición	0	9	1	2	0	12	
Total	2	102	28	201	13	346	

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los resultados de la presente investigación muestran 49.4% con edad de 60-69 años, mientras que, de acuerdo con el INEGI, más de la mitad (56 %) de los adultos mayores tiene entre 60 y 69 años.¹⁴ Con respecto al sexo de los adultos mayores de Tlaxcoapan, la proporción fue equitativa (50%), ligeramente menor que el 51.1% en mujeres de la población total a nivel nacional. En cuanto al nivel educativo, el 4.9% refirieron no contar con escolaridad, porcentaje más bajo que la media estatal (6.3%).¹⁵ En la ocupación, 89.6% laboraban, mientras que a nivel nacional solo el 33% son económicamente activos,¹⁴ lo que puede ser el resultado de que, en el municipio de Tlaxcoapan, el 87.5% de la población se encuentran en estado de pobreza o vulnerabilidad.¹⁶

La prevalencia global en los adultos mayores de 65 años es de 29%,¹⁷ mientras que en la población de estudio se manifestó en un 37%; lo que evidencia la vulnerabilidad ante los cambios fisiológicos, y la combinación con alta prevalencia de enfermedades no transmisibles (89.1%) puede afectar las capacidades de autocuidado.⁶

Por otro lado, los adultos mayores de Tlaxcoapan mostraron 48.6% estado nutricional normal, 48% con riesgo de malnutrición y

3.5% con malnutrición; diferente al 40.3% del estado nutricional normal de los adultos mayores reportado en la ENASEM, por Tinajero-Delgado et al., en el 2018, quienes consideraron el cribado de MNA modificado,¹⁸ lo que puede explicar las discrepancias, ya que las diferencias de edad, sexo y estado civil son mínimas.

Adicionalmente, el 58.1% manifestó autocuidado parcialmente adecuado, 29.5% sin capacidad de autocuidado, 8.1% autocuidado inadecuado, 3.8% autocuidado adecuado y 0.6% déficit de autocuidado total, porcentaje menor a lo reportado por Chicaiza Olivarez et al., en un estudio realizado en Ecuador en 2023, donde los adultos mayores manifestaron 58% de autocuidado parcialmente adecuado, 40% adecuado y 2% inadecuado;¹⁹ las diferencias pueden ser porque la muestra de Ecuador fue menor y el porcentaje de mujeres fue de 82%, mucho mayor que el de los adultos mayores de Tlaxcoapan.

La asociación entre el estado nutricional normal y el autocuidado parcialmente adecuado ($p < 0.001$) sugiere que el autocuidado influye en la condición nutricional de los adultos mayores y viceversa, acorde con la afirmación de Muñoz Seco et al., el autocuidado empodera a las personas en la gestión de su propia salud.²⁰ Por lo que es necesari-

rio establecer intervenciones de apoyo educativo para aumentar el autocuidado, considerando los factores condicionantes básicos.

Conclusiones

Los resultados muestran una asociación significativa entre el estado nutricional y el nivel de autocuidado en los adultos mayores, evidenciando que las limitaciones en el autocuidado se relacionan con el riesgo de malnutrición. Lo que sugiere una asociación bidireccional entre el estado nutricional y el nivel de autocuidado, por lo que es fundamental que los profesionales de enfermería identifiquen de manera temprana las limitaciones físicas, emocionales y culturales en las actividades relacionadas con la alimentación, la preparación de alimentos y la adherencia a las recomendaciones dietéticas. Los adultos mayores presentaron una alta prevalencia de enfermedades crónicas, baja accesibilidad a los servicios de salud y limitada adherencia a medidas terapéuticas no farmacológicas, como la dieta y la actividad física.

Por lo anterior, se recomienda implementar el apoyo educativo desde la perspectiva de Orem, dirigido al desarrollo de habilidades prácticas para el autocuidado alimentario, como la planificación de menús, selección y preparación de alimentos del adulto mayor, incluyendo a la familia, fomentando el trabajo interprofesional, integrando enfermería, nutrición, medicina, trabajo social, psicología y gerontología.

Las limitaciones del estudio se pueden visualizar en el diseño transversal y el muestreo no probabilístico, por lo que se propone dar continuidad a esta línea de

investigación mediante diseños longitudinales. Adicionalmente, considerar variables que contribuyan al autocuidado nutricional, como estado emocional, relaciones familiares y apoyo social, así como el impacto de las políticas gubernamentales como leyes y programas, en el estado nutricional y el autocuidado del adulto mayor.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Fuentes de financiamiento

Los autores declaran no haber contado con fuentes de financiamiento.

Agradecimientos

Autoridades de la Jurisdicción Sanitaria no. XIV Tepeji del Río, de los Servicios de Salud de Hidalgo, al C.D. Arturo Hernández Tamaturgo, coordinador municipal de Tlaxcoapan, por las facilidades para realizar la investigación.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud. 2024 (Obtenido el 15 de mayo de 2025). Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/ageingandhealth#:~:text=El%20ritmo%20de%20envejecimiento%20de,del%2012%25%20al%2022%25>.
2. Salazar J. M.C., Carrera G. K.J. Manual de nutrición en Personas Adultas Mayores. Instituto Nacional de las Personas

Adultas Mayores. 2023 (Obtenido el 16 de noviembre de 2025). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/895465/ManualNutricio_nPAMS.pdf

3.CENETEC. Evaluación y tratamiento nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC. 2024 (Obtenido el 15 de mayo de 2025). Disponible en: <http://www.cenetecdifusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-095-24/ER.pdf>

4.Arana-Gómez B. Por un Envejecimiento Saludable. Revista Salud y Cuidado. [Internet]. 2022. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025); 1(3): 5-7. Disponible en: <https://doi.org/10.36677/saludycuidado.v1i3.19001>

5.Sanchez-Tocino M.L., Cigarrán S., Ureña P., González-Casas M.L., Mas-Fontao S., Gracia-Iguacel C., et al. Definition and evolution of the concept of sarcopenia. Nefrología (Engl Ed). [Internet] 2024. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025); 44(3):323-330. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.08.007>

6.Carrillo-Cervantes A.L., Medina-Fernández I.A., Sánchez-Sánchez D. L., Cortez-González L.C., Medina-Fernández J.A., Cortes-Montelongo D. B. Sarcopenia como factor predictor de dependencia y funcionalidad en adultos mayores mexicanos. Index Enferm [Internet] 2022. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025); 31(3):170-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962022000300007&lng=s

[d=S113212962022000300007&lng=s](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962022000300007&lng=s)

7.Naranjo H. Y., Concepción P. J.A., Rodríguez L. M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac méd espirit. [Internet] 2017. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025);19 (3). Disponible en: <https://revgmespirituanasld.cu/index.php/gme/article/view/1129>

8.Medina P. S.V., González S. A.M., González L. H.E., Marcillo A. B.L. Envejecimiento activo, integración social y autocuidado en personas mayores: estudio de caso en Tungurahua. Revista InveCom. [Internet] 2024 (Obtenido el 16 de noviembre de 2025); 5(3):1-6. Disponible en: <https://www.revistainvecom.org/index.php/invecom/article/view/3592>

9.Gobierno del Estado de Hidalgo. Tlaxcoapan. Gobierno del Estado de Hidalgo. 2025. Hidalgo (Obtenido el 16 noviembre de 2025). Disponible en: http://sigeh.hidalgo.gob.mx/pags/info_reg/municipal/13074%20-%20Tlaxcoapan.pdf

10.Lera L., Sánchez B., Ángel B., Albala C. Mini Nutritional Assessment short-form: validation in five Latin American cities. Sabe Study. Health Nutr J. [Internet] 2016.(Obtenido el 16 de noviembre de 2025); 20(8):797-805. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279770723009119?via%3Dihub#bib35>

11.Millán M. I.E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la

comunidad. Rev Cubana Enfermer. [Internet] 2010. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025); 26(4):202-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es

12. Leos M. M.A., Esparza V. J.R., Gómez C. J.P. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor posterior a una intervención educativa de enfermería. Rev Mex Enfer. [Internet] 2019. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025); 7(2): 59-65. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=113617>

13. Hernández H. E., Lewis H. A.E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado en Adultos mayores, Policlínico "Leonilda Tamayo Matos". Isla de la Juventud. 2016- 2017. REMIJ. [Internet] 2018. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025);19(1). Disponible en: <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/196>

14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores. Comunicado de prensa núm. 568/22. México: INEGI. [Internet] 2022. Disponible en: https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). México en cifras: Áreas geográficas (estado / municipio / localidad) – Indicadores. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

[Internet] 2022. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areas-geograficas/?ag=13#tabMCCollap-se-Indicadores>

16. Secretaría de Bienestar. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022. México: Gobierno de México. [Internet] 2022. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/699356/13_074_HGO_Tlaxcoapan.pdf

17. Comité de Práctica Profesional de la Asociación Americana de Diabetes; 13. Adultos mayores: Estándares de atención en diabetes–2025. Cuidado de la Diabetes. [Internet] 2025. (Obtenido el 16 de noviembre de 2025); 48 (Suplemento 1):S266–S282. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc25-S013>

18. Tinajero-Delgado J., Martínez-Ezquerro J. D., Moreno-Tamayo K., Curcio-Borrero C. L., Arias-Merino E. D., Sánchez-García S, et al. Factores que afectan el estado nutricional en personas mayores mexicanas: Enasem, 2018. Salud Publica Mex. [Internet] 2023. (Obtenido el 30 de junio de 2025); 65:493-503. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/14753>

19. Chicaiza O. A.C., López R. S.L., Flores A. J.O., Hernández T. C.V., Flores A. C.R. Estrategias de Autocuidado en Adultos Mayores. Vitalia. [Internet] 2024. (Obtenido el 30 de junio de 2025; 5(3):708-24. Disponible en: <https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/291>

20. Seco E., Camarellas G. F., Campo G. M. Fomento del autocuidado. Rev Clin Med Fam. [Internet] 2024. (Obtenido el 30 de junio de 2025); 17(2):132-139. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2024000200007&lng=es



Calidad de vida en personas con hipertensión arterial en una comunidad rural de Sinaloa

Quality of life in people with high blood pressure in a rural community from Sinaloa

Qualidade de vida em pessoas com hipertensão arterial em uma comunidade rural de Sinaloa

Yessica Daena Cota Valdez¹

<https://orcid.org/0000-0003-4227-9997>

Nidia Selene Castro Leyva¹

<https://orcid.org/0000-0001-9652-1465>

Liliana Estefanía Ramírez Jaime¹

<https://orcid.org/0000-0002-1008-6843>

Jorge Luis García Sarmiento¹

<https://orcid.org/0000-0001-6650-1762>

¹Facultad de Enfermería Mochis, Universidad
Autónoma de Sinaloa, Sinaloa, México.

Autor de correspondencia: Jorge Luis García
Sarmiento

Correo electrónico: jorge.garcia@uas.edu.mx

Recibido: 31 octubre 2025

Aceptado: 26 febrero 2026

Publicado: 17 junio 2026

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante para enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo y pérdida de autonomía. Conocer su impacto en la calidad de vida permite al personal de enfermería diseñar intervenciones integrales que aborden dimensiones físicas, emocionales y sociales.

Objetivo: Describir la calidad de vida en personas con hipertensión arterial en una comunidad rural del norte de Sinaloa.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en una comunidad rural de Guasave, Sinaloa. Se aplicó una cédula sociodemográfica y el cuestionario MINICHAL a 145 adultos con diagnóstico de hipertensión arterial.

Resultados: La media de edad fue de 56.1 (DE= 8.88). Predominaron mujeres (55.2%) y personas casadas (74.5%). El 53.1% reportó buena calidad de vida, con un 80% en buen estado físico y un 60.7% con buen estado emocional. El 46.9% presentó calidad de vida comprometida, con dificultades emocionales en 39.3%.

Discusión y conclusiones: Aunque la mayoría mostró buena calidad de vida, persisten grupos vulnerables que requieren intervenciones educativas y comunitarias desde la enfermería para mejorar su bienestar integral.

Palabras clave: Hipertensión. Calidad de vida. Salud del adulto. Enfermería rural. Salud rural.

Abstract

Introduction: High blood pressure is a significant risk factor for cardiovascular disease, cognitive decline, and loss of autonomy. Understanding its impact on quality of life allows nursing staff to design comprehensive interventions that address physical, emotional, and social dimensions.

Objective: To describe the quality of life of people with high blood pressure in a rural community in northern Sinaloa.

Methodology: This was a quantitative, descriptive, and cross-sectional study conducted in a rural community in Guasave, Sinaloa. A sociodemographic form and the MINICHAL questionnaire were administered to 145 adults diagnosed with high blood pressure.

Results: The mean age was 56.1 (SD = 8.88). Women predominated (55.2%) and married individuals (74.5%). 53.1% reported a good quality of life, with 80% in good physical condition and 60.7% in good emotional state. 46.9% presented a compromised quality of life, with emotional difficulties in 39.3%.

Dissemination and conclusions: Although the majority showed a good quality of life,

vulnerable groups persist that require educational and community nursing interventions to improve their overall well-being.

Keywords: Hypertension. Quality of life. Adult health. Rural nursing. Rural health.

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial é um fator de risco significativo para doenças cardiovasculares, declínio cognitivo e perda de autonomia. Compreender seu impacto na qualidade de vida permite que a equipe de enfermagem desenvolva intervenções abrangentes que abordem as dimensões física, emocional e social.

Objetivo: Descrever a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial em uma comunidade rural no norte de Sinaloa.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado em uma comunidade rural em Guasave, Sinaloa. Um formulário sociodemográfico e o questionário MINICHAL foram aplicados a 145 adultos com diagnóstico de hipertensão arterial.

Resultados: A média de idade foi de 56,1 anos (DP = 8,88). Predominaram mulheres (55,2%) e casados (74,5%). 53,1% relataram boa qualidade de vida, com 80% em boas condições físicas e 60,7% em bom estado emocional. 46,9% apresentaram qualidade de vida comprometida, com dificuldades emocionais em 39,3%.

Discussão e conclusões: Embora a maioria tenha apresentado boa qualidade de vida, persistem grupos vulneráveis que necessitam de intervenções educacionais e de

enfermagem comunitária para melhorar seu bem-estar geral.

Palavras-chave: Hipertensão. Qualidade de vida. Saúde do adulto. Enfermagem rural. Saúde da população rural.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia y su papel como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 1,280 millones de adultos de entre 30 y 79 años padecen HTA, y solo uno de cada cinco mantiene la presión arterial bajo control.¹ Esta condición es responsable de aproximadamente el 45% de las muertes por enfermedades cardíacas y del 51% por accidentes cerebrovasculares, siendo más frecuente en países de ingresos bajos y medios, donde ocurre cerca del 80% de las muertes cardiovasculares.²

En la Región de las Américas, cinco de cada diez mujeres y cuatro de cada diez hombres presentan hipertensión arterial, con bajas tasas de diagnóstico, tratamiento y control.³ En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2020 reportó una prevalencia del 49.4% en adultos, de los cuales más de la mitad desconocían su condición.⁴ En el estado de Sinaloa, los Servicios de Salud documentaron 24,486 casos en 2022, con un incremento de más de 4,000 en 2023, alcanzando una tasa de 184.13 por cada 100,000 habitantes.⁵

La HTA no solo incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares, sino que también

afecta de manera significativa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) al generar limitaciones físicas, psicológicas y sociales. Diversos estudios señalan que las personas con HTA presentan alteraciones en el estado de ánimo, manifestaciones somáticas, y dificultades en el desempeño de sus actividades cotidianas, afectando su bienestar general.^{6,7} Estos efectos pueden ser más notorios en contextos rurales, donde los recursos sanitarios son limitados y las condiciones socioeconómicas adversas agravan el control y seguimiento de la enfermedad.^{8,9}

Para la enfermería, el estudio de la CVRS en personas con HTA permite comprender el impacto integral de la enfermedad y diseñar intervenciones centradas no solo en el control de la presión arterial, sino también en el bienestar físico, emocional y social de los pacientes.¹⁰ Desde este enfoque, resulta prioritario describir las condiciones de vida de las personas hipertensas que habitan en comunidades rurales, identificando los factores que influyen en su percepción de salud y orientando estrategias educativas y de cuidado comunitario.

Por ello, el presente estudio tiene como propósito describir la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con hipertensión arterial en una comunidad rural del norte de Sinaloa.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el propósito de describir la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con HTA en una comunidad rural del norte del estado de Sinaloa, México. La investigación se desarrolló en

una comunidad rural perteneciente al municipio de Guasave, Sinaloa durante el año 2023.

La población de estudio estuvo conformada por personas adultas con diagnóstico médico de hipertensión arterial residentes de la comunidad. Ante la ausencia de un registro formal de pacientes con esta condición, se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia tipo bola de nieve, invitando a participar a quienes cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de 30 años, residir en la comunidad, contar con diagnóstico médico de HTA y aceptar participar de manera voluntaria.

Se excluyeron adultos con diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia, mujeres embarazadas y personas con enfermedades agudas graves o discapacidades avanzadas que pudieran afectar su percepción de la calidad de vida. Asimismo, se eliminaron los cuestionarios con información incompleta. La muestra final estuvo integrada por 145 adultos con hipertensión arterial.

La fuente de datos fue primaria. La información se recolectó mediante dos instrumentos: una cédula de datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y rol familiar) y el cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (MINICHAL), versión abreviada del Arterial Hypertension Quality of Life Questionnaire (CHAL), desarrollado y validado en España por Badia *et al.*¹¹ Este instrumento autoadministrado consta de 16 ítems distribuidos en dos dimensiones: estado de ánimo (10 ítems) y manifestaciones somáticas (6 ítems).

Las respuestas se valoran mediante una

escala tipo Likert de cuatro puntos (0= no, absolutamente; 3= sí, mucho), donde los puntajes más bajos indican mejor calidad de vida. Presenta una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach= 0.90). El procedimiento de recolección de datos se efectuó en los domicilios de los participantes. El investigador principal contactó a líderes comunitarios y personal de salud local para identificar a los posibles sujetos de estudio. Tras verificar los criterios de inclusión, se explicó de forma individual el objetivo del estudio, los posibles riesgos y beneficios, y se solicitó la firma del consentimiento informado por escrito antes de iniciar la aplicación de los instrumentos.

La aplicación fue individual, en formato impreso (papel y lápiz), con una duración aproximada de 15 minutos por participante. Los aspectos éticos se ajustaron a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos.¹²

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, clasificándose como investigación sin riesgo, al no implicar intervenciones ni modificaciones intencionadas en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes. Se garantizó la confidencialidad de los datos personales y el uso exclusivo de la información con fines académicos y científicos.

Para el análisis de los datos, se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27 en español. Se calcularon medidas de tendencia central (media y desviación estándar) y de dispersión (mínimo y máximo) para las variables

cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. La consistencia interna del instrumento MINICHAL se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados

Participaron 145 personas adultas con diagnóstico de hipertensión arterial residentes de una comunidad rural del municipio de

Guasave, Sinaloa. La edad promedio fue de 56.17 ± 8.88 años (rango: 34–85 años). Predominaron las mujeres (55.2%) sobre los hombres (44.8%). En cuanto al estado civil, la mayoría se encontraba casada (74.5%), y cerca del 40.7% contaba con nivel básico de escolaridad. En la estructura familiar, 62.1% eran abuelos o abuelas, y la principal ocupación correspondió a labores del hogar (39.3%) (Tabla n.º1).

Tabla n.º1

Características sociodemográficas de las personas con hipertensión arterial en una comunidad rural de Guasave, Sinaloa (n=145)

Variable	f	%
Sexo		
Femenino	80	55.2
Masculino	65	44.8
Edad (años)		
Media ± DE	56.17 ± 8.88	
Estado civil		
Casado (a)	108	74.5
Unión libre	13	9.0
Viudo (a)	11	7.6
Soltero (a)	7	4.8
Divorciado (a)	6	4.1
Escolaridad		
Sin estudios	27	18.6
Básico	59	40.7
Medio superior	29	20.0
Superior	30	20.7
Rol familiar		
Abuelo (a)	90	62.1
Padre/ madre	39	33.8
Otro	6	4.1
Ocupación		
Hogar	57	39.3
Empleo fijo	37	25.5
Empresario	26	17.9
Eventual	21	14.5
Jubilado	4	2.8

Fuente: Cuestionario aplicado, 2023.

Respecto a la CVRS, el 53.1% de los participantes mostró una mejor calidad de vida general, mientras que el 46.9% presentó una peor calidad de vida. El promedio total del cuestionario MINICHAL fue de 15.30 ± 4.85 puntos (rango 4–33). En la dimensión estado

de ánimo, el promedio fue de 10.54 ± 4.18 puntos, y en la dimensión manifestaciones somáticas, de 4.76 ± 2.16 puntos. Los valores más bajos reflejan mejor percepción de bienestar físico y emocional (Tabla n.º2).

Tabla n.º2
Promedios de calidad de vida y dimensiones (n=145)

Dimensión	Media	DE	Rango	Clasificación	
				Mejor CV (%)	Peor CV (%)
Estado de ánimo	10.54	4.18	2–24	60.7	39.3
Manifestaciones somáticas	4.76	2.16	0–10	80.0	20.0
Calidad de vida	15.30	4.85	4–33	53.1	46.9

Fuente: Cuestionario aplicado, 2023.

Al analizar la calidad de vida según características sociodemográficas, se observaron tendencias relevantes. Las mujeres reportaron ligeramente mejor calidad de vida (54.5%) que los hombres (45.5%). En cuanto al estado civil, las personas casadas concentraron la mayor proporción con mejor calidad de vida (81.8%), mientras que los viudos/as y divorciados/as mostraron los porcentajes más altos de peor calidad de vida. Respecto al nivel educativo, quienes

tenían educación superior reportaron mayor bienestar, mientras que los participantes sin estudios presentaron los puntajes más bajos. En el rol familiar, los abuelos/as representaron la mayoría de los casos con peor calidad de vida, y en cuanto a la ocupación, las personas dedicadas al hogar mostraron tanto los porcentajes más altos de mejor como de peor calidad de vida, lo cual sugiere variabilidad en esta categoría (Tabla n.º3).

Tabla n.º3
Distribución de la calidad de vida según características sociodemográficas
(n=145)

Variable	Categoría	Mejor CV		Peor CV	
		n	%	n	%
Sexo	Masculino	35	45.5	30	44.1
	Femenino	42	54.5	38	55.9
Estado civil	Casado/a	63	81.8	45	66.2
	Unión libre	6	7.8	7	10.3
	Viudo/a	5	6.5	6	8.8

Escolaridad	Básico	34	44.2	25	36.7
	Superior	18	23.4	12	17.6
Rol familiar	Abuelo/a	44	57.1	46	67.6
	Padre/madre	32	41.6	17	25.0
Ocupación	Hogar	33	42.9	24	35.3
	Empleo fijo	17	22.1	20	29.4

Fuente: Cuestionario aplicado, 2023.

Los resultados muestran que más de la mitad de los participantes perciben una buena calidad de vida relacionada con la salud, particularmente en la dimensión somática. Sin embargo, cerca del 47% reporta afectaciones, principalmente en el estado de ánimo, en las tablas cruzadas se describe los factores psicosociales y sociodemográficos sobre la percepción del bienestar en personas con hipertensión arterial residentes en zonas rurales.

Discusión y conclusiones

Los hallazgos reflejan que más de la mitad de las personas con hipertensión arterial (53.1%) residentes de una comunidad rural presentan una buena CVRS, especialmente en la dimensión somática, mientras que el 46.9% mostró una calidad de vida comprometida, con afectaciones emocionales en el 39.3%. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Herrera y Oblitas,⁹ quienes identificaron que el 77.5% de los adultos mayores hipertensos en Perú presentaban buena calidad de vida, particularmente en las dimensiones de estado de ánimo y manifestaciones somáticas, lo que sugiere que, pese al padecimiento crónico, el bienestar percibido puede mantenerse estable en contextos donde existen redes familiares y sociales sólidas.

Asimismo, los resultados coinciden parcialmente con los de Baéz *et al.*¹³ quienes re-

portaron que el 56.6% de las personas con hipertensión en Veracruz presentaban una calidad de vida muy buena, aunque las diferencias podrían atribuirse a las condiciones urbanas y al acceso a servicios de salud más cercanos en su población de estudio. En contraste, Lozada-Zapata *et al.*,⁷ señalaron que solo el 39% de los pacientes mostraban adherencia al tratamiento, lo cual afectaba de manera significativa su calidad de vida, evidenciando la estrecha relación entre el control terapéutico y el bienestar percibido.

Por otra parte, Parra *et al.*,⁶ identificaron que, en personas con hipertensión o diabetes, el control inadecuado de la presión arterial se asociaba con menor calidad de vida, especialmente en las dimensiones de dolor/malestar y limitaciones en actividades cotidianas. Este hallazgo es congruente con la proporción de participantes en este estudio que refirieron afectaciones emocionales, lo que podría estar relacionado con el estrés derivado del manejo de una enfermedad crónica en un entorno rural, donde el acceso a recursos sanitarios y programas de educación en salud es limitado.

En cuanto a las diferencias por género y nivel educativo, se observó que las mujeres presentaron una ligera mejor percepción de calidad de vida (54.5%) que los hombres (45.5%), aunque las desigualdades estructurales y la carga de roles familiares podrían influir en su bienestar emocional. Este

hallazgo coincide con Pariente *et al.*,¹⁴ quienes reportaron una menor calidad de vida en mujeres hipertensas debido a factores como el uso de psicofármacos, menor nivel educativo y mayor tiempo en soledad. En este sentido, la calidad de vida puede verse afectada por factores sociales y de género que condicionan la percepción de salud y las estrategias de afrontamiento.

Los resultados también sugieren que las personas con mayor nivel educativo presentan mejor calidad de vida, lo cual se relaciona con lo observado por Alifer,¹⁵ quien encontró que el grado de hipertensión y la comprensión del tratamiento influyen directamente en la vitalidad y el bienestar. El nivel educativo puede facilitar el acceso a información sobre autocuidado y adherencia terapéutica, elementos esenciales para mantener una percepción positiva del estado de salud.

Respecto a la población adulta mayor, Monterrey *et al.*,¹⁶ reportaron que la calidad de vida en hipertensos mayores tiende a ser moderada y se relaciona con variables como el sexo y el estado funcional, lo cual coincide con los resultados del presente estudio, donde los adultos mayores abuelos/as presentaron una proporción considerable de peor calidad de vida, posiblemente debido a la sobrecarga de responsabilidades familiares y al envejecimiento fisiológico.

En conjunto, los hallazgos de esta investigación destacan la necesidad de fortalecer las intervenciones educativas y comunitarias desde la enfermería, centradas en la dimensión emocional de la calidad de vida y en la promoción del autocuidado en contextos rurales. La identificación de factores como el nivel educativo, el estado civil y el rol fa-

miliar permite orientar estrategias diferenciales para mejorar el bienestar integral de las personas hipertensas.

Los resultados de este estudio muestran que la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial en una comunidad rural de Guasave pudiera estar influenciada por factores sociodemográficos como el sexo, el estado civil y el nivel educativo. Las mujeres y las personas casadas reportaron mejor bienestar físico y emocional, mientras que los adultos mayores con menor escolaridad presentaron una percepción más desfavorable. Estos hallazgos reflejan la interacción entre las condiciones sociales y el manejo de la enfermedad en contextos rurales, donde las limitaciones en el acceso a servicios de salud y la carga familiar pueden afectar la percepción del bienestar.

Conclusiones

Se cumplió el objetivo de describir la calidad de vida en personas con hipertensión arterial, identificando que más de la mitad de los participantes mantiene una percepción positiva de su salud, especialmente en la dimensión somática. Sin embargo, persisten grupos vulnerables que requieren atención prioritaria desde la enfermería comunitaria. Se recomienda fortalecer las estrategias educativas orientadas al autocuidado, la salud emocional y el acompañamiento familiar. Entre las limitaciones del estudio destacan su diseño transversal y el muestreo no probabilístico, por lo que se sugiere realizar investigaciones longitudinales que profundicen en los factores que determinan la calidad de vida en zonas rurales.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2023. [Obtenido el 15 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Cruz-Aranda J.E. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Med Int Mex [Internet]. 2019 [Obtenido el 15 de octubre de 2025]; 35(4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000400515
3. Campbell N.R.C., Paccot-Burnens M., Whelton P.K., et al. Directrices de la OMS del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2022 [Obtenido el 20 de septiembre de 2025]; 46. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e54/#>
4. Campos-Nonato I., Hernández-Barra L., Oviedo-Solís C., et al. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. Salud Pública Mex [Internet]. 2021 [Obtenido el 20 de septiembre de 2025]; 63(6):692-704. Disponible en: <https://www.salud-publica.mx/index.php/spm/article/view/12851>
5. Servicios de Salud de Sinaloa. Boletín Epidemiológico: Semana N°9 [Internet]. 2023 [Obtenido el 15 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://saludsinaloa.gob.mx/index.php/boletines-de-epidemiologia/>
6. Parra D.I., López L.A., Vera L.M. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. Enferm Global [Internet]. 2021 [Obtenido el 25 de septiembre de 2025]; 20(2):316-44. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.423431>.
7. Lozada-Zapata A., Piscoya J., Shirai-shi-Zapata C., et al. Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. Rev Salud Publica [Internet]. 2020 [Obtenido el 20 de septiembre de 2025]; 22(6):618-25. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n6.88007>
8. Galvis-Acevedo S., Candamil-Castillo A.F., Herrera-Murgueitio J.A., et al. Determinantes sociales y clínicos asociados a hipertensión arterial no controlada en adultos mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2022 [Obtenido el 15 de octubre de 2025]; 57(3):139-45. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2022.02.001>
9. Herrera J., Oblitas A. Calidad de vida del adulto mayor hipertenso en Chota. ACC CIETNA: Rev Esc Enferm [Internet]. 2020 [Obtenido el 15 de septiembre de 2025]; 7(1):31-41. Disponible en: <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.354>
10. Lopera-Vásquez J.P. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Cienc Saude Coletiva [Internet]. 2020 [Obtenido el 20 de septiembre de 2025]; 25:693-702. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>

11. Badia X., Roca-Cusachs A., Dalfó A., et al. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). Clin Ther [Internet]. 2002 [Obtenido el 20 de junio de 2023];24(12): 2137-54. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0149-2918\(02\)80103-5](https://doi.org/10.1016/s0149-2918(02)80103-5)
12. Secretaría de Salud de México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. 2014 [Obtenido el 20 de junio de 2023]. Disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
13. Baéz-Torres G., Salazar-Mendoza J., Jaramillo-Vázquez J., et al. Calidad de vida en personas con obesidad, diabetes e hipertensión. Ciencia Latina Rev Científica Multidiscip [Internet]. 2022 [Obtenido el 20 de septiembre de 2025]; 6(2):943-64. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1930>
14. Pariente E.J., García-Garrido A.B., Torres M.L., et al. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la hipertensión arterial: un análisis diferenciado por género sobre población de Cantabria. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [Obtenido el 15 de octubre de 2025]; 94(22). Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/29930/CalidadVidaRelacionada.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
15. Alifer O. Cambios en la puntuación de la calidad de vida dependiente del grado de hipertensión arterial en el aspecto género. Ciencias Médicas (Ukraine) [Internet]. 2020 [Obtenido el 15 de octubre de 2025]; 16(2):16-22. Disponible en: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2020.3>
16. Monterrey M., Linares L.B., Toledo del Llano R., et al. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. Rev Cienc Med Pinar Rio [Internet]. 2021 [Obtenido el 15 de octubre de 2025]; 25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613194202100020001