

AÑO 7
NÚMERO 2
Agosto de 2019

ISSN: 2339-7284

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

EN ESTE NÚMERO:

P.45
Enfermería en la construcción de la respuesta social en salud y derechos humanos de migrantes en tránsito por México

P.47
Sobrecarga en cuidadores principales de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en servicios ambulatorios en hospitales de segundo nivel de Tepic, Nayarit, del 2017 al 2018

P.52
Lupus eritematoso sistémico: Comparando la calidad de vida cinco años posteriores al diagnóstico

P.59
Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor posterior a una intervención educativa de enfermería

P.66
Food craving: el enemigo oculto en la obesidad

P.71
Prevalencia de los principales diagnósticos de enfermería en pacientes con demencia vascular según la taxonomía NANDA. Revisión bibliográfica



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Cuerpo Editorial

Editora en jefe

Lizeth Guadalupe López López

Coeditor

Silvino Arroyo Lucas

Editores asociados

David Kershenobich Stalnikowitz

Director General del INCMNSZ

Alberto Lifshitz Guinzberg

Secretario de enseñanza clínica e internado médico UNAM

Sergio Ponce de León Rosales

Director de enseñanza del INCMNSZ

Alvar Loria Acereto

Investigador de la Unidad de Epidemiología Clínica del INCMNSZ

Alicia J. Frenk Mora

Subdirectora de Servicios Paramédicos del INCMNSZ

Marina Martínez Becerril

Subdirectora de Enfermería del INCMNSZ

María de los Ángeles Torres Lagunas

Jefa de División de Estudios de Posgrado en Enfermería ENEO UNAM

Victoria Fernández García

Fundadora-Presidenta de la Asociación Mexicana de Investigación en Enfermería (AMIENF, A.C.) Docente e Investigadora en Enfermería ENEO-UNAM

María Paula Nájera Ortiz

Jefa del Departamento de Enfermería del INCMNSZ

Araceli Jiménez Méndez

Jefa del Departamento de la Escuela de Enfermería del INCMNSZ

Comité de Árbitros

Antonio Velázquez González

Argelia Lara Solares

Christian Haydee Flores Balcázar

Diana Cecilia Tapia Pancardo

Eduardo González Flores

Emma Myrna Barquera Núñez

Francisco Jair S. González Robles

Guadalupe Citlaha Hernández

Jorge Salinas Cruz

José Alberto Ávila Funes

Judith González Sánchez

Lorena Bautista Paredes

Luis Manuel H. Pérez Pantoja

Ma. Del Pilar Sosa Rosas

Margarita Pulido Navarro

María Alberta García Jiménez

María de Lourdes Alemán Escobar

María Diana Ruvalcaba Rodríguez

María Paula Nájera Ortiz

Marina Martínez Becerril

Patricia Domínguez Sánchez

Rafael Antonio Estévez Ramos

Ricardo Cuellar Romero

Roberto Reyes Guerrero

Rosa María Ostiguin Meléndez

Sandra Antonieta Palacios García

Sergio Lemus Alcántara

Silvino Arroyo Lucas

Angélica María Armendáriz Ortega

Bertha Medel Pérez

Graciela Hernández

Yesica Claudia Juárez Serrano

Martha Kaufer Horwitz

Ulises Rieke Campoy

Sandra Hernández Corral

Arturo Galindo Fraga

Irvin Samuel Dionisio Calderón

Javier Rosales Ortega

Juan Jesús Villegas Cortés

Nelson Rodrigo Cruz Castellanos

Gloria María Galván Flores

Noé Sánchez Cisneros

José Fabián Hernández Díaz

Victor Hugo Toral Rizo

Saúl May Uitz

Yolanda Murad Robles

Luis Antonio Hernández Flores

Alfonso Gulias Herrero

Jesús Soto Torres

Margarita Cárdenas Jiménez

Ma. Rosy Fabián Victoriano

María Alejandra Arredondo Pérez



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Comité Internacional de Árbitros

Júlia Esteve Reig

*Asesora del censo de Administración de Bonoom Healthcare
Barcelona, España*

María Antonia Martínez Momblán

*Docente (grado y máster) de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
Barcelona, España*

Isabel Pérez Pérez

*Vicedegana de grado, calidad y comunicación de la Facultad de Ciencias de la Salud
Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España*

Rosa Rifà Ros

*Directora del grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España*

Eva Roman Abal

*Docente de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
Barcelona, España*

Dedys Yajaira Berbesi Fernández

*Facultad de Enfermería
Universidad CES
Medellín, Colombia*

Doriam Camacho Rodríguez

*Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta
Santa Marta, Colombia*

Sandra Guerrero Gamboa

*Investigadora de la Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia*

Eva Brunet Campaña

*Quironsalud
Sitges, España*

Revista Mexicana de Enfermería es una revista oficial del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMSZ). El objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de Enfermería.

Esta obra se presenta como un servicio del área de la Salud. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.



PERMANYER
www.permanyer.com

© 2019 Permanyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

© 2019 Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
Tel.: (044) 55 2728 5183
mexico@permanyer.com



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro



Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO
Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

Edición impresa en México

ISSN: 2339-7284

Ref.: 4859AX182

Reservados todos los derechos

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo.

La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores lleven a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Índice

EDITORIAL

Enfermería en la construcción de la respuesta social en salud y derechos humanos de migrantes en tránsito por México

René Leyva-Flores 45

ARTÍCULOS ORIGINALES

Sobrecarga en cuidadores principales de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en servicios ambulatorios en hospitales de segundo nivel de Tepic, Nayarit, del 2017 al 2018

Ian Coahpetzin Zavala-Pérez, Cinthia Viridiana Olea-Gutiérrez, Delia Esperanza, Sillas-González, Salvador Ruiz-Bernés y Monserrat Robles-Mejía 47

Lupus eritematoso sistémico: Comparando la calidad de vida cinco años posteriores al diagnóstico

Ivon Bautista-Mejía, Irazú Contreras-Yáñez y Juanita Romero-Díaz 52

Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor posterior a una intervención educativa de enfermería

María Alejandra Leos-Monreal, Jessica R. Esparza-Vázquez y Juan Pablo Gómez-Cardona 59

ARTÍCULO DE REVISIÓN

***Food craving*: el enemigo oculto en la obesidad**

María Delfina Marín-Soto, Bárbara Méndez-Peña, María Magdalena Murillo-Tovar, Iván Ocadiz-Parra y Víctor Ricardo Aguilera-Sosa 66

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Prevalencia de los principales diagnósticos de enfermería en pacientes con demencia vascular según la taxonomía NANDA. Revisión bibliográfica

María del Carmen Ibarra-Torres, Erika Adriana Torres-Hernández y María Candelaria Betancourt-Esparza 71

Instructivo para autores 82



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

Nursing in construction of the social response in health and human rights of migrants in transit through México

René Leyva-Flores 45

ORIGINAL ARTICLES

Overload in primary caregivers of people with diseases non-communicable chronic diseases in outpatient services in hospitals second level of Tepic, Nayarit, from 2017 to 2018

Ian Coahpetezin Zavala-Pérez, Cinthia Viridiana Olea-Gutiérrez, Delia Esperanza, Sillas-González, Salvador Ruiz-Bernés and Monserrat Robles-Mejía 47

Systemic lupus erythematosus: Comparing quality of life five years after diagnosis

Ivon Bautista-Mejía, Irazú Contreras-Yáñez and Juanita Romero-Díaz 52

Capacity and perception of self care in elderly adults after educational interventions by nurses

María Alejandra Leos-Monreal, Jessica R. Esparza-Vázquez and Juan Pablo Gómez-Cardona 59

REVIEW ARTICLE

Food craving: the hidden enemy in obesity

María Delfina Marín-Soto, Bárbara Méndez-Peña, María Magdalena Murillo-Tovar, Iván Ocadiz-Parra and Víctor Ricardo Aguilera-Sosa 66

GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

Prevalence of the main nursing diagnoses in patients with vascular dementia according to the NANDA taxonomy. Bibliographic review

María del Carmen Ibarra-Torres, Erika Adriana Torres-Hernández and María Candelaria Betancourt-Esparza 71

Instructions to authors 82

Enfermería en la construcción de la respuesta social en salud y derechos humanos de migrantes en tránsito por México

René Leyva-Flores*

Unidad de Estudios en Migración y Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México

El contexto de la migración

En el mundo 258 millones de personas viven fuera de sus países de nacimiento. Las condiciones que determinan la salida de sus países de origen son de diferente orden; sin embargo, predominan aquellas relacionadas con la violencia y pobreza en sus comunidades. La violencia de género se agrava y afecta principalmente a mujeres, niños y transexuales, entre otros; estos grupos concentran los riesgos y daños en salud, y presentan menor capacidad de respuesta para el ejercicio de sus derechos.

El corredor migratorio México-EE.UU. fue el tercer más transitado en el mundo, con un flujo de 26 millones de personas, en 2017. México estimó que 392,000 migrantes ingresaron por la frontera sur de México en 2014 y transitaron más de 3,000 km buscando llegar a EE.UU. El 98% de ellos procedían de Honduras, Guatemala y El Salvador. Durante su tránsito, estas personas se exponen a diversos riesgos y sufren problemas de salud, y algunos buscan ayuda para poder continuar su viaje.

Migrantes en tránsito: problemas y utilización de servicios de salud

Entre 2009 y 2013 se identificó que el 31.6% de los migrantes reportaron algún problema de salud o un

accidente en las dos semanas previas (durante su estancia en México). Esto representa 2.1 veces más que la reportada por la población mexicana. Los problemas más frecuentes correspondieron a enfermedades respiratorias (40%), enfermedades gastrointestinales (8.9%), micosis (8.2%), deshidratación (4.7%), heridas (5.5%) y accidentes (4.2%)¹. Respecto a la violencia, se observaron claras diferencias según el género: las personas transexuales y las mujeres son las más afectadas, con 21.7 y 4.5 puntos porcentuales más posibilidad de sufrir algún tipo de violencia que los hombres. En estas condiciones, del total de migrantes con problemas de salud solo el 59% buscó algún tipo de atención. De estos, el 88.3% fueron atendidos por los servicios médicos de las Casas de Migrantes (organizaciones humanitarias), el 1.8% en centros de salud, el 2.5% en clínicas u hospitales y el 3.5% por médicos privados o farmacias. La razón principal por la cual no buscaron los servicios públicos fue por «el miedo a ser deportados».

La necesidad de traducción: de lo legal a las prácticas institucionales en salud

México cuenta con un marco jurídico-legal que protege los derechos de todas las personas en territorio nacional (Artículo 1, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos - CPEUM), independiente-

Correspondencia:

*René Leyva-Flores
E-mail: rene.leyva@insp.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 04-03-2019

Fecha de aceptación: 04-03-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000097

mente de su condición migratoria u otra situación. Sin embargo, aún es muy importante la distancia entre lo establecido en diferentes leyes (Ley Migratoria y Ley de Población, entre otras) y lo percibido y vivido por los migrantes y otras poblaciones en condición de vulnerabilidad. Esta brecha requiere ser eliminada con acciones institucionales positivas, que faciliten el ejercicio del derecho, este caso, a la salud (Artículo 4.º, CPEUM).

El actual gobierno (2018-2024) ha impulsado respuestas a las nuevas formas migratorias («caravanas»), facilitando la regulación migratoria y el acceso a programas sociales y económicos. Este proceso busca, entre otros aspectos, trato igualitario y reducción de rechazo y discriminación. Considerar la migración como un asunto estructural de la sociedad, como un derecho humano, representa la posibilidad de generar respuestas a largo plazo que permitan la inclusión social de migrantes y otros grupos en condición de vulnerabilidad social. La posición de los profesionales de la salud, enfermería entre ellos, para promover el ejercicio de los derechos humanos, representa un eje clave en la búsqueda de equidad social en salud.

La migración como un asunto global de salud requiere de liderazgos para construir una respuesta integrada en salud. Históricamente, desde la enfermería se ha configurado un claro enfoque de género en salud, donde estos profesionales emergen como

cuidadores, proveedores y líderes en la organización y desarrollo de los sistemas de salud³. Desde esta posición han impulsado cambios significativos en las políticas de salud, que han contribuido a mejorar el desempeño del sistema de salud, con servicios que aseguren la dignidad y el respeto a los derechos de las personas en México y otros países²⁻⁴.

La evidencia sobre el rol que la enfermería ha jugado en la construcción de la respuesta social en salud, especialmente hacia los grupos en mayor vulnerabilidad social, como migrantes, etnias, con diversidad sexual y adolescentes en situación de pobreza, entre otros, representa una forma de traducir los lineamientos establecidos (leyes y normas) en prácticas sociales e institucionales. Estos son una muestra de la capacidad social e institucional para promover el ejercicio del derecho a la salud, pero también una vía para reorientar el compromiso social del sistema de salud en México y a nivel global.

Bibliografía

1. Leyva FR, Infante C, Serván-Mori E, Quintino F, Silverman-Retana O. Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México. 2015 [Internet]. Guadalajara, México: CANAMID Policy Brief Series, PB05, CIESAS [fecha de consulta: 28 febrero 2019]. Disponible en: www.canamid.org
2. Premji SS, Hatfield J. Call to action for nurses/nursing. *Biomed Res Int.* 2016;2016:3127543.
3. De Arco-Canoles OC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ Salud.* 2018;20(2):171-82.
4. Mason DJ, Talbott SW, Chaffee MW. Policy and politics for nurses: Action and change in the workplace, government, organizations, and community. 2.nd Edition. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994.

Sobrecarga en cuidadores principales de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en servicios ambulatorios en hospitales de segundo nivel de Tepic, Nayarit, del 2017 al 2018

Ian Coahpetzin Zavala-Pérez*, Cinthia Viridiana Olea-Gutiérrez, Delia Esperanza, Sillas-González, Salvador Ruiz-Bernés y Monserrat Robles-Mejía

Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic, Nayarit, México

Resumen

Introducción: Los cuidadores principales realizan múltiples tareas que pueden generar exigencias físicas, emocionales, sociales o financieras; se enfatiza el desgaste físico (cansancio, sueño, fatiga), social y/o emocional (ansiedad) en los cuidadores. A este conjunto de malestares se le denomina «síndrome del cuidador». **Objetivo:** Identificar el nivel de sobrecarga de cuidadores de personas con enfermedades crónicas (p. ej., insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes *mellitus*) que acuden a la Unidad Médica Ambulatoria y al Hospital Antonio González Guevara. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo con una muestra de 55 cuidadores de personas con enfermedades crónicas: insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes y otras. El registro y procesamiento básico de la información se realizó mediante una hoja de cálculo de Microsoft Excel®. El instrumento utilizado fue la Escala de sobrecarga del cuidador, versión abreviada de la escala Zarit 1982. Se utilizó el programa estadístico SPSS® versión 16.0. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 55 cuidadores

Abstract

Introduction: Caregivers perform multiple tasks that can generate physical, emotional, social or financial demands, emphasizing the physical (tiredness, sleep, fatigue), social and/or emotional (anxiety) in caregivers. This set of discomforts is called caregiver syndrome. **Objective:** To identify the level of overload in caregivers that take care of people with chronic diseases. **Methods:** Transversal descriptive study with a sample of 55 caregivers of people with chronic diseases. The capture and basic processing of information was done through a Microsoft Excel® spreadsheet. The instrument used was Carer Overload Scale, abbreviated version of the Zarit scale. Also used was the statistical program SPSS® version 16.0. **Results:** The study consisted of 55 main caregivers, mostly women (36), with an average age of 43 years. 28 caregivers revealed a high level of overload (≥ 17), representing 50.9% of all cases. The rest of the sample denoted absence of overload (≤ 16). **Conclusions:** Indirect effects of care related to the time variable are observed, the opportunity for an increase in paid working hours is reduced.

Correspondencia:

*Ian Coahpetzin Zavala-Pérez

E-mail: ian.zavala@uan.edu.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 11-01-2019

Fecha de aceptación: 17-04-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000075

principales, en su mayoría mujeres (36), con una edad promedio de 43 años. 28 cuidadores revelaron un nivel de sobrecarga intensa (≥ 17), lo que representa el 50.9%. El resto de la muestra denotó ausencia de sobre carga (≤ 16).

Conclusiones: Se observan efectos indirectos de los cuidados relacionados con la variable tiempo, se reduce la oportunidad del aumento de las horas laborales remuneradas. El presente estudio muestra que a menor tiempo de cuidado se denota mayor sobrecarga intensa.

Palabras clave: Cuidadores. Cronicidad. Síndrome del cuidador.

The present study shows that the shorter the care time, the greater the intense overload. (Rev Mex Enf. 2019;7:47-51)

Corresponding author: Ian Coahpetezin Zavala-Pérez, ian.zavala@uan.edu.mx

Key words: Caregivers. Chronicity. Caregiver syndrome. Zarit scale.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que las enfermedades crónicas son aquellas entidades de larga duración y de progresión lenta¹. Tienen efectos catastróficos en el sistema familiar y para quien la padece, pues los costos asociados a las enfermedades crónicas o no transmisibles son devastadores². En México y en países de la región de América Latina se distingue un momento trascendente en el comportamiento epidemiológico, lo que refleja un aumento de las enfermedades crónicas en la población^{3,4}.

Al padecer una enfermedad crónica, la persona genera dependencia, sea esta total o parcial. La autonomía se ve mermada y, en consecuencia, se necesita de manera indispensable de una persona que proporcione la ayuda necesaria para lograr la autonomía total. Por lo tanto, la persona que vive con una enfermedad crónica va a precisar de cuidado⁵.

Los cuidados de larga duración son aquellos que se llevan a cabo para personas que requieren cuidados de salud por alguna condición de cronicidad (mayor a seis meses). Esta situación imposibilita a la persona desarrollar estrategias de autocuidado que puedan satisfacer las demandas de autocuidado. Cuando esto ocurre, son los familiares, amigos, vecinos o voluntarios quienes, con apoyo instrumental o técnico, soportarán la carga de los cuidados.

Lo cierto es que la mayoría de las veces el peso del cuidado recae sobre una única persona: el cuidador principal⁶. No es común que toda la familia comparta equitativamente el cuidado de una persona dependiente o este se asuma como una responsabilidad colectiva.

Estudios realizados en países como España, Colombia, Brasil, Perú y México han caracterizado a los cuidadores, en estos se ha demostrado que es un integrante

de la familia, predominantemente mujer (hija y/o esposa), que se dedica a las labores del hogar y con un nivel educativo básico (primaria). Las mujeres históricamente han internalizado como una de sus funciones de rol femenino el cuidado de la salud de la familia y, a pesar de los cambios en su nivel educativo y su participación en roles laborales fuera del hogar, permanece naturalizada la responsabilidad por el cuidado informal⁷⁻¹⁹.

Las implicaciones del cuidador principal que asume el rol y la responsabilidad conducen, en cuantiosas ocasiones, a sobrepasar la propia capacidad física y mental de la persona que cuida, conformando un evento estresante crónico. En México se han realizado varios estudios empíricos sobre el desgaste físico, la sobrecarga y el nivel de depresión de los cuidadores^{20,21}.

Los cuidadores principales realizan múltiples tareas que pueden generar exigencias físicas, emocionales, sociales o financieras^{12,13}. Esto recae por la demanda personal e instrumental, de vigilancia y acompañamiento; en consecuencia, la persona sufre repercusiones en sus dimensiones adaptativas.

Adicionalmente, se plantean los abordajes de los cuidadores principales enfatizando el desgaste físico (cansancio, sueño, fatiga), social y/o emocional (ansiedad) en estos^{6,12}. Este conjunto de malestares se denomina «síndrome del cuidador» y se identifica con consecuencias adversas en la salud física y emocional, así como con afectaciones del sistema familiar y social. Se ha definido este estresor como la «carga del cuidador», fruto del impacto del estrés percibido¹⁰.

La sobrecarga se concibe como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica. Además, también puede definirse como el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien¹².

Los cuidadores principales constituyen un recurso valioso; sin embargo, debido al gran número de horas usadas, estos se consideran vulnerables por las características antes referidas.

Los estudios que más se reportan en la literatura se han hecho desde la perspectiva del rol cuidador asociado a las consecuencias del papel de cuidador y se han centrado en la sobrecarga. En ellos se describen las consecuencias negativas del cuidado y las variables que influyen^{16-19,22,23}.

Cabe señalar que actualmente se está produciendo un cambio en los modelos familiares del cuidado, dado por los perfiles epidemiológicos contemporáneos, donde enfermedades como el cáncer, que era considerado como una problemática de salud que ocasionaba una muerte inminente, actualmente se percibe como una condición crónica y de cuestionable calidad de vida, por lo que el proceso de cuidado se amplía en el hogar.

En consecuencia, se puede mencionar que la labor del cuidador principal es demandante, implica apoyar de múltiples maneras a su familiar enfermo. Esto es relevante para avanzar en el entendimiento de la problemática relacionada con la sobrecarga de la persona que se dedica al cuidado de otra. El presente estudio tiene como propósito identificar el nivel de sobrecarga de cuidadores principales de personas con enfermedades crónicas: insuficiencia renal crónica, cáncer y diabetes *mellitus*, con atención ambulatoria en hospitales de segundo nivel de atención.

Metodología

Estudio cuantitativo, transversal descriptivo; se conformó una muestra de participación por voluntarios de 55 cuidadores de personas con enfermedades crónicas (insuficiencia renal crónica, cáncer y diabetes *mellitus*) en tratamiento ambulatorio en el Hospital Civil Antonio González Guevara y en la Unidad de Especialidades Médicas Ambulatoria (UNEME) de Tepic, Nayarit, México.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron: ser cuidador o cuidadora mayor de edad, tener a su cuidado personas con enfermedad crónica (insuficiencia renal, cáncer y diabetes *mellitus*) y estar dispuesto a responder el cuestionario. La muestra se obtuvo mediante muestreo de participación por voluntarios.

La captura y procesamiento básico de información se realizó mediante una hoja de cálculo de Microsoft

Excel®. Los resultados generales se expresan en frecuencias absolutas y relativas empleando el programa estadístico SPSS® versión 16.0. La obtención de información se realizó en los pasillos del hospital y en la sala de espera de la unidad ambulatoria.

El instrumento utilizado fue Escala de sobrecarga del cuidador, versión abreviada de la escala Zarit; esta versión ha sido validada en diferentes ambientes de atención primaria y cuenta principalmente con evidencia en España^{22,23}.

El estudio se enmarca en la categoría de investigación sin riesgo, según el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud 18 (RLGSMIS). Así mismo, se firmó la carta de consentimiento y se garantizó la confidencialidad y privacidad de datos personales y sensibles en los términos la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP).

Resultados

El estudio estuvo conformado por 55 cuidadores principales, en su mayoría mujeres (36), con una edad promedio de 43 años. La tabla 1 incluye las variables sociodemográficas de los participantes en relación con el nivel de sobrecarga de los cuidadores principales de personas con enfermedades crónicas.

Se observó que 28 cuidadores revelaron un nivel de sobrecarga intensa (≥ 17), lo que supone el 50.90% de los cuidadores y cuidadoras. El resto de la muestra denotó ausencia de sobrecarga (≤ 16) (Tabla 1).

Respecto al estado civil, se encontró que los cuidadores casados manifiestan un nivel de sobrecarga intensa (≥ 17), representado el 53.12% (17). En segundo término, se observó que de los cuidadores solteros el 62.50% (10) denotaron sobrecarga intensa. Tanto casados como solteros representan el 30.35% (17) de la población estudiada.

Referente a la variable edad, los cuidadores en el rango de edad 35 a 50 años fueron quienes presentaron sobrecarga intensa, un 46.61% (10).

Los cuidadores principales de escolaridad primaria y secundaria presentaron sobrecarga intensa, representando el 50% (16).

Los cuidadores que acompañaban a los pacientes a la UNEME, un 61.11% (22), presentaron sobrecarga intensa, a diferencia de aquellos que acompañaban al hospital civil, un 31.57% (6).

Finalmente, respecto al tiempo de cuidado, los cuidadores que tenían de uno a 109 meses (9 años) denotaron sobrecarga intensa, representando un 42.85% (18).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en relación con el nivel de sobrecarga de los cuidadores principales de personas con enfermedades crónicas

Parámetro	f	%	TCM	Zarit	
				AS	SI
Sexo					
- Femenino	34	61.80	82.00 ± 98.54 [1-384]	17	17
- Masculino	21	38.20	75.48 ± 111.98 [1-432]	10	11
- Total	55	100.00	79.51 ± 102.90 [1-432]	27	28
Estado civil					
- Soltero	16	29.10	70.88 ± 63.43 [7-264]	6	10
- Unión libre	3	5.50	128.00 ± 201.00 [6-360]	2	1
- Casado	32	58.20	86.13 ± 113.91 [1-432]	15	17
- Divorciado	3	5.50	1 ± 0.00 [1-1]	3	0
- Viudo	1	1.80	96.00 ± 0.00 [0-0]	1	0
- Total	55	100.00	79.51 ± 102.90 [1-432]	27	28
Edad en años					
- 8 a 34	16	29.10	32.94 ± 42.52 [1-144]	10	6
- 35 a 50	21	38.20	46.95 ± 41.01 [1-132]	11	10
- 51 a 66	15	27.30	144.27 ± 130.41 [4-384]	6	9
- 67 o más	3	5.50	232.00 ± 204.11 [24-432]	0	3
- Total	55	100.00	79.51 ± 102.90 [1-432]	27	28
Escolaridad					
- Primaria	15	27.30	74.40 ± 113.99 [1-432]	7	8
- Secundaria	17	30.90	59.88 ± 97.44 [1-384]	9	8
- Media superior	12	21.80	92.67 ± 107.13 [1-360]	5	7
- Superior	10	18.20	100.70 ± 103.60 [12-300]	6	4
- Maestría	1	1.80	120.00 ± 0.00 [0-0]	0	1
Institución					
- HC	19	34.50	7.53 ± 7.35 [1-24]	13	6
- UNEME	36	65.50	117.50 ± 109.60 [7-432]	14	22
TC en meses					
- 1 a 109	42	76.40	32.98 ± 32.96 [1-108]	24	18
- 110 a 217	7	12.70	144.00 ± 22.97 [120-180]	2	5
- 218 a 325	3	5.50	268.00 ± 30.19 [240-300]	1	2
- 326 a 433	3	5.50	392.00 ± 36.66 [360-432]	0	3

TCM: tiempo de cuidado en meses; AS: ausencia de sobrecarga; SI: sobrecarga intensa; HC: hospital civil Dr. Antonio González Guevara; UNEME: Unidad de Especialidades Médicas Ambulatoria Cir. ambulatoria; TC: tiempo de cuidado.

Discusión y conclusiones

Los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas que denotan una sobrecarga intensa coinciden en que son mujeres casadas y solteras, en su mayoría familiares que llevan a cabo actividades de cuidado sin pago alguno o compensación. Los efectos indirectos de los cuidados relacionados con la variable tiempo reducen la oportunidad del aumento de las horas laborales remuneradas. El presente estudio muestra que a menor tiempo de cuidado se denota mayor sobrecarga intensa^{6,12,23}.

El estudio no permite hacer generalizaciones debido al tamaño de la muestra. Sin embargo, una de las

fortalezas es que a pesar de que la muestra es pequeña el fenómeno de sobrecarga en los cuidadores es notable; además, los resultados de las comparaciones de porcentajes y frecuencias entre las variables de edad, género y tiempo de cuidado, coinciden con los resultados de otros estudios nacionales e internacionales.

Para resolver la problemática se recomienda desarrollar intervenciones que permitan aumentar las habilidades del cuidador; así como el aprendizaje de técnicas de afrontamiento desde un enfoque cognitivo, incluyendo reestructuración de la personalidad.

Desde las políticas públicas es imprescindible visibilizar la labor de los cuidadores de personas con

enfermedades crónicas e incluir al equipo de salud en el manejo oportuno de la sobrecarga en las personas con rol cuidador, con el propósito de garantizar el desarrollo humano y el bienestar social de estos.

Bibliografía

1. Enfermedades crónicas [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005 [fecha de consulta: marzo de 2009]. Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.
3. Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L, Pahua Díaz D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Rev Fac Med (Méx.)*. 2016;59(6):8-22.
4. Hernández-López MF, López-Vega R, Velarde-Villalobos SI. La situación demográfica en México, 2013. Panorama desde las proyecciones de población [Internet]. México: Consejo Nacional de Población; 2013 [fecha de publicación: septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resou/rce/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf
5. Achury DM, Castaño Riaño HM, Gómez Rubiano LA, Guevara Rodríguez NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas parcial dependencia. *Investig Enferm Imagen Desarro*. 2011;13(1):27-46.
6. Benítez M, Carreño Moreno S. Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con cáncer. *RFS*. 2016;7(2):9-14.
7. Díaz Sosa DM, Arango-Lasprilla JC, Espinosa Jove IG, Rivera-Ledesma A. Necesidades y sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con traumatismo craneoencefálico. *Psicología desde el Caribe*. [Internet] 2014;31(3):393-415. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21332837002>
8. Pardo XM, Cárdenas SJ, Venegas JM. Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*. 2015;12(1):67-86.
9. Villegas-Ceja MH, Aguilar-Chagoyán MA, Espericueta-Medina M, Medina-Sánchez, MJ, Luján-López ME. Desempeño del rol de cuidador primario y eficiencia del programa Atención Hospitalaria a Domicilio. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014;22(1):25-32.
10. Crespo-Maraver M, Doval E, Fernández-Castro J, Giménez-Salinas J, Prat G, Bonet P. Salud del cuidador: adaptación y validación del cuestionario Experience of Caregiving Inventory (ECI) en población española. *Gac Sanit*. 2017. En prensa. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.005>
11. Jimenez Ruiz I, Moya Nicolás M. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Rev Enfermería Global*. 2018;17(49):420-47.
12. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jiménez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Rev Med Int Méx*. 2015; 31(6):660-8.
13. Flores Valdivia GM, Náquira Arcos ME. Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia. *Revista de Psicología (Arequipa)*. 2011;1(1):41-8 [Internet] Disponible en: <http://ucsp.edu.pe/investigacion/psicologia/wp-content/uploads/2014/01/Revista-de-Psicolog%C3%ADa-3er-art%C3%ADculo2.pdf>.
14. Pineda Bello JG, Mendoza Cruz BV. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas [Tesis de Pregrado en Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-gabriela.pdf>
15. Teixidó-Planas J, Velasco Tarrats L, Suárez Arias N, Mas Coscolluela A. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. Validación de cuestionario y baremos. *Nefrología*. 2018;38(5):535-44.
16. Carmona Moriel CE, Nolasco Monterroso C, Navas Santos L, Caballero Romero J, Morales Medina P. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol*. 2015;18(3):180-8.
17. Rivero-García R, Segura-García E, Juárez-Corpus NB. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes en programa de hemodiálisis generada por el reingreso hospitalario. *Rev Diál Traspl* [Internet]. 2015;36(2):72-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.02.001>
18. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA, Gómez-Salgado J. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gac Sanit* [Internet] 2017. En prensa. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>
19. Ramírez Alpuche VJ, Ramos del Río B, Russell Rojas ME, López Figueroa CG. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* [Internet]. 2008; 18(2):237-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118209.pdf>
20. Carreón-Nieto CH, Negrón-Mata EP, Olague-Urino VE. Nivel de depresión en el cuidador primario del paciente con cáncer. *Rev Enferm IMSS* [Internet]. 2014;22(3):131-4. Disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54634>
21. Ruíz Ríos AE, Guadalupe Nava Galán MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfer Neurol* [Internet]. 2012;11(3):163-9. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
22. Vélez Lopera JM, Berbesí Fernández D, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordóñez Molina J. Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Atent Primaria* [Internet]. 2012;44(7):411-6. Disponible en https://ac.els-cdn.com/S0212656711004434/1-s2.0-S0212656711004434-main.pdf?_tid=bdb6349a-6bc8-4f59-a0b6-d62186da1fe2&acdnat=1539374426_4ffa54c8e7fe63a1a1b9f1754f2db07d
23. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Minguez E, Duarte-Pérez A, Díaz-Sanisidro D, Barbosa-Álvarez A, Clavería A, et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atent Primaria* [Internet]. 2017;49(3):156-65. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301962>

Lupus eritematoso sistémico: Comparando la calidad de vida cinco años posteriores al diagnóstico

Ivon Bautista-Mejía*, Irazú Contreras-Yáñez
y Juanita Romero-Díaz

Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad que por su presentación clínica puede afectar cualquier órgano o sistema, es idiopática. La calidad de vida en pacientes con lupus se puede ver afectada por la actividad de la enfermedad, la terapia médica o intrusión de la enfermedad. **Objetivo:** Comparar la calidad de vida en pacientes con LES, en el año basal y cinco años después. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo comparativo, longitudinal, retrospectivo, de una base de datos de pacientes con LES por medio del cuestionario de calidad de vida SF-36. **Resultados:** La calidad de vida mejora cinco años posteriores en comparación con el año basal. La calidad de vida en el año basal es mala (principalmente en las dimensiones rol físico, emocional y salud general), mientras que cinco años después los resultados mejoran en las mismas dimensiones. **Conclusión:** Los pacientes con LES requieren de una intervención de enfermería desde el año basal, donde se proporcione educación e información para el autocuidado a fin de evitar la mala calidad de vida durante los cinco primeros años. El tratamiento farmacológico ayuda al bienestar físico, sin embargo se requiere dar el seguimiento para conocer si la calidad de vida satisfactoria se mantiene o declina después de los cinco años.

Palabras clave: Calidad de vida. Lupus eritematoso sistémico. Cuestionario de salud SF-36. Cuidados de enfermería.

Abstract

Background: Systemic Lupus Erythematosus is a disease that due to its clinical presentation can affect any organ or system; it is idiopathic. Quality of life in patients with lupus may be affected by: disease activity, medical therapy, and intrusion disease. **Objective:** To determine the quality of life in patients with systemic lupus erythematosus, in the baseline year and 5 years after. **Methodology:** Quantitative, descriptive, longitudinal, retrospective, descriptive study of a database of patients with systemic lupus erythematosus using the SF-36 quality of life questionnaire. **Results:** Quality of life improves 5 years after compared to the baseline year. Poor quality of life occurs mainly in the basal year in the physical and emotional role functioning and overall health dimensions, while 5 years later the same dimensions improve. **Conclusion:** Patients diagnosed with systemic lupus erythematosus require a nursing intervention from the basal year where they are provided with self-care education as well as information in order to avoid poor quality of life during the first 5 years. Pharmacological treatment helps the physical aspects; however, follow-up is required to determine if the satisfactory quality of life is maintained or declined after 5 years. (Rev Mex Enf. 2019;7:52-8)

Corresponding author: Ivon Bautista-Mejía,
ivon.bautistam@gmail.com

Key words: Quality of life. Systemic lupus erythematosus. Quality of life SF-36 questionnaire. Nursing care.

Correspondencia:

*Ivon Bautista-Mejía

E-mail: ivon.bautistam@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 31-01-2019

Fecha de aceptación: 01-04-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000082

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo con variadas manifestaciones y puede afectar a varios sistemas de órganos mediante complejos inmunitarios y autoanticuerpos, particularmente los anticuerpos antinucleares.

El daño que se produce por el excesivo depósito de complejos inmunitarios trae consigo una respuesta inflamatoria específica de órgano, que se manifiesta frecuentemente en los vasos sanguíneos, los riñones, el tejido conectivo y la piel.

A pesar de que la etiología y la patogénesis de esta enfermedad aún no han sido completamente descubiertas, se sugiere la relación con factores hormonales en el metabolismo de los estrógenos y los andrógenos, así como con las infecciones virales, los mecanismos genéticos y hereditarios, y factores ambientales como la luz solar¹⁻⁴.

El lupus aparece en todas las razas y su prevalencia no está distribuida igualmente en todos los grupos. El LES aparece más comúnmente en EE.UU. que en Inglaterra y más a menudo en la población de raza negra que en la blanca⁵.

La epidemiología en Latinoamérica ha sido poco estudiada, sin embargo, se conoce que la enfermedad es más grave en pacientes de origen hispano, estratos socioeconómicos bajos y menor nivel educativo, con mayor compromiso renal y mortalidad que en pacientes caucásicos⁶.

Un estudio en México reportó una incidencia de 1.8 a 7.6 casos por 100,000 habitantes/año. El LES suele comenzar entre los 17 y los 35 años, con una relación mujer: hombre de 10:1⁷.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se atienden anualmente 2,227 pacientes con diagnóstico de LES (abril 2016-abril 2017), y se presenta predominantemente en el sexo femenino (2,030 mujeres y 197 hombres)⁸.

La salud relacionada con la calidad de vida del paciente se refiere al impacto de la enfermedad y su tratamiento, es la capacidad del individuo para funcionar basada en el bienestar físico, mental y social. La calidad de vida se entiende como el bienestar general de los individuos y las sociedades, sobre la base de valores de la cultura y de la vida del individuo con respecto a los objetivos, expectativas y normas de ese individuo.

La calidad de vida en pacientes con LES se puede ver afectada por diversos factores: actividad de la enfermedad, daño, fibromialgia, comorbilidad, terapia

médica, educación, intrusión de la enfermedad (medida en la que la enfermedad crónica interfiere con las rutinas, actividades e intereses), autocrítica, relaciones interpersonales y relación entre médico y paciente⁹.

El seguimiento farmacológico solo ofrece un tratamiento de sostén. El desconocimiento de la enfermedad, así como las causas que llevan al padecimiento, su desarrollo y las complicaciones, generalmente generan desconcierto en los pacientes y esto suscita incertidumbre acerca del futuro de su salud. Esto conduce a que la calidad de vida de dichos pacientes se encuentre alterada en aspectos como: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM).

Este escenario obliga a planear e implementar estrategias integrales y eficientes, que permitan fortalecer el autocuidado del paciente con LES abordándolo de manera integral, situando los cuidados básicos como el centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida.

El profesional de enfermería deberá desarrollar competencias de liderazgo y educación para la salud, creando un entorno que capacite y motive a las personas a adoptar decisiones y conductas positivas en sus estilos de vida, centrados en el autocuidado, y que esté orientado a mantener la salud, controlar factores de riesgo y promover la autonomía. Es indispensable la participación de la familia para el desarrollo de las estrategias que coadyuven a que el paciente goce de una mejor calidad de vida.

El impacto del LES sobre la calidad de vida de los pacientes que lo padecen nos permite la brecha para conocer cuál es el nivel de calidad de vida en un grupo de pacientes con LES en un hospital de tercer nivel de atención comparando el año basal (año en que se detectó la enfermedad) y cinco años después.

El objetivo de este estudio es comparar la calidad de vida en un grupo de pacientes con LES de un hospital de tercer nivel de atención, en el año basal y cinco años después.

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo comparativo, longitudinal y retrospectivo de una base de datos de pacientes con diagnóstico de LES que pertenecen al estudio de investigación «Clínicas de colaboración internacional contra el lupus eritematoso generalizado (SLICC). Registro de ateroscle-

rosis y otras manifestaciones de comorbilidad en pacientes con LEG (lupus eritematoso generalizado)». Este estudio de investigación se realiza en un hospital de tercer nivel de atención en Ciudad de México y comenzó con la incorporación de pacientes a partir del año 2000; actualmente cuenta con 161 pacientes activos, a quienes se les realizan valoraciones anuales sobre su estado de salud; en el año 2004 se inició la aplicación anual del cuestionario de calidad de vida SF-36 (*Medical Outcomes Study Short Form*).

Se realizó una revisión de cuestionarios de salud SF-36 previamente contestados por los pacientes pertenecientes al estudio de investigación SLICC. La creación de la base de datos se realizó con el programa SPSS®, *software* que permitió la interpretación de los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario de calidad de vida SF-36.

La muestra se constituyó con 53 casos, aquellos de quienes cumplieron con los criterios de inclusión, que fueron: ser paciente perteneciente al estudio de investigación SLICC, haber permanecido al menos cinco años en el estudio de investigación SLICC, haber contestado el cuestionario SF-36 en la visita basal y cinco años después, y haber firmado el consentimiento informado a la incorporación al estudio de investigación SLICC.

Se realizó una base de datos con las respuestas que marcaron los pacientes (en el año basal, año en que se detectó la enfermedad, y cinco años después) en el cuestionario de salud SF-36, con lo cual se logró comparar la calidad de vida en las ocho escalas de las que consta dicho cuestionario.

El cuestionario de salud SF-36 cuenta con la aprobación internacional, y sus valores de alfa de Cronbach oscilan entre 0.74 y 0.93 dependiendo de la dimensión¹⁰ (Tabla 1). Está compuesto por 36 preguntas (ítems) tipo Likert que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Las preguntas 1 y 2 no se consideran para hacer la evaluación global del cuestionario.

Se puntúa mediante rank groups (graduación de cada ítem desde 0 hasta 100; mientras más cercano sea a 100, mejor es la calidad de vida del paciente). El cuestionario cubre las siguientes escalas: FF, RF, DC, SG, VT, FS, RE y SM¹¹ (Tabla 1).

Resultados

Se incluyeron 53 casos, 46 mujeres (87%) y 7 hombres (13%), cuya media de edad en el año basal fue de 26.6 años y cinco años después de 31.6 años

(± 3.53); 23 (43.40%) pacientes con educación básica, 20 (37.70%) con educación media superior, 7 (13.20%) con educación superior y 3 (5.70%) con posgrado. En la medición del año basal, un paciente (1.88) presentaba como comorbilidad diabetes *mellitus* tipo 2 y 21 (39.62%) pacientes presentaban hipertensión arterial.

Se tomó como referencia las puntuaciones de calidad de vida en una muestra de población mexicana sana, lo que nos indica un punto de partida sobre cómo la población mexicana sana percibe su calidad de vida, y estos valores se consideran la referencia para comparar con los pacientes con LES; un puntaje menor o igual al 50% en las dimensiones del cuestionario SF-36 se catalogó como mala calidad de vida, y mayor o igual al 51% como buena calidad de vida:

- FF. El 67.83% de los pacientes en el año basal y el 83.30% en el año 5 refieren no tener dificultades que limiten sus actividades de tipo cotidiano (como caminar, subir escaleras, llevar las compras del mercado) o que limiten el autocuidado (como bañarse o vestirse).
- RF y RE. En ambas dimensiones se aprecia que en el año basal los pacientes presentan más limitaciones para realizar su trabajo u otras actividades, han reducido el tiempo que le dedicaban al trabajo a causa de la salud física o algún problema emocional (depresión o ansiedad), comparado con el año 5, en el cual se observa mejoría.
- FS. El 63.21% de los pacientes en el año basal y el 78.77% en el año 5 considera que no se han afectado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos o grupos a causa de su salud física o problemas emocionales.
- DC. Se aprecia que en ambos grupos comparados los pacientes presentan muy poco dolor físico, el cual no interfiere con sus actividades habituales.
- VT y SM. En ambas dimensiones no se observa diferencia significativa entre el año basal y cinco años posteriores; son las dimensiones más bajas de puntuación de calidad de vida que se presentan. Se destaca que en ambas mediciones los pacientes refieren sentimientos de tristeza, desánimo, nerviosismo y agotamiento.
- SG. Se percibe mayor incertidumbre sobre el curso de su salud en los pacientes en el año basal en comparación con el año 5, donde se aprecia moderadamente positividad y optimismo sobre la salud en el futuro¹² (Fig. 1 y Tabla 2).

Tabla 1. Contenido de las escalas del cuestionario de salud SF-36

Significado de las puntuaciones del SF-36 de 0 a 100

Dimensión	Número de ítems	Alfa de Cronbach	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
Función física	10	0.90	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	0.93	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	0.83	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	0.74	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	0.82	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	0.75	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	0.92	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	0.88	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de transición de salud	1	Sin medida	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

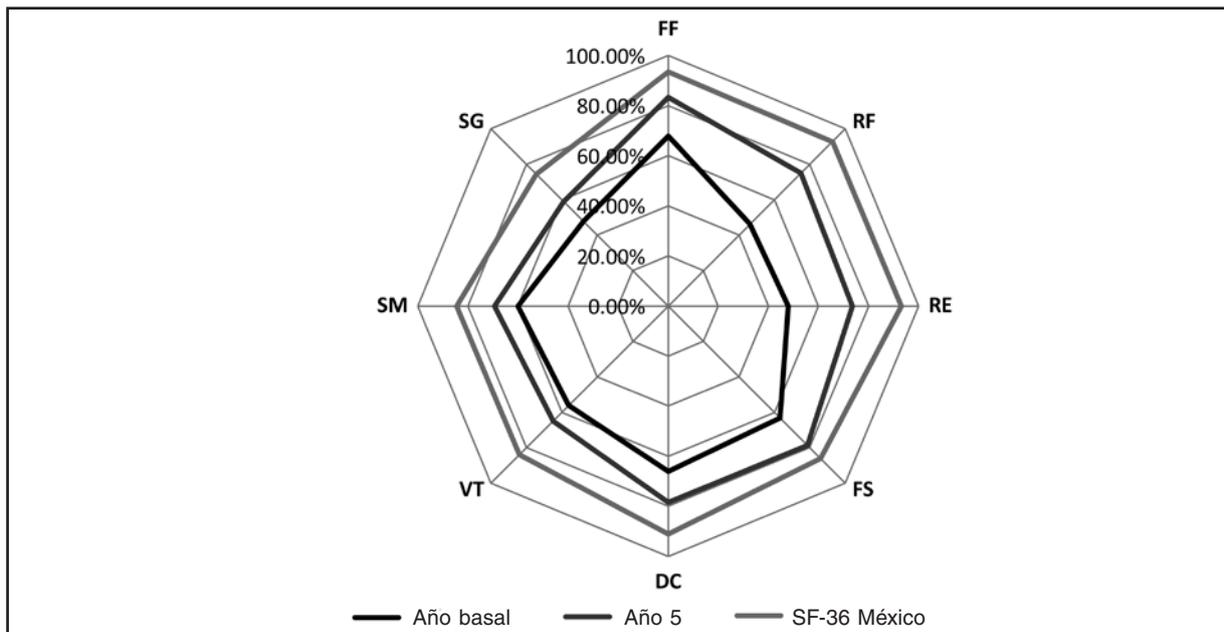


Figura 1. Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico (comparativo entre el año basal, el año 5 y SF-36 México). FF: función física; RF: rol físico; RE: rol emocional; FS: función social; DC: dolor corporal; VT: vitalidad; SM: salud mental; SG: salud general.

Tabla 2. Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico (comparativo entre el año basal, año 5 y SF-36 México)

	FF	RF	RE	FS	DC	VT	SM	SG
Año basal	67.83%	46.23%	47.96%	63.21%	66.04%	56.13%	60.00%	47.74%
Año 5	83.30%	75.00%	73.58%	78.77%	78.41%	64.98%	69.34%	59.06%
SF-36 México	93.45%	92.70%	93.10%	86.05%	91.05%	83.95%	84.47%	74.35%

FF: función física; RF: rol físico; RE: rol emocional; FS: función social; DC: dolor corporal; VT: vitalidad; SM: salud mental; SG: salud general.

Discusión

Se percibe que en el año basal la calidad de vida en los componentes rol físico, rol emocional y salud general se encuentran disminuidos, considerándose como mala calidad de vida de los pacientes, esto coincide con los hallazgos de Román, et al.¹³, quienes encontraron que los pacientes presentaron una mala salud desde el punto de vista del componente físico y mental resumido.

Sin embargo, en los cinco años posteriores a la primera medición se observa que la calidad de vida de los pacientes mejora considerablemente, teniendo un buen nivel de bienestar físico y mental. Una buena puntuación, tanto en las escalas físicas (FF, RF y DC) como en las escalas psicosociales (FS y RE) se considera indicativo de buena calidad de vida, esto coincide con los hallazgos de Vinaccia, et al.¹⁴, quienes encontraron muy buen nivel de bienestar físico y mental, también observaron mínimos problemas de salud física y/o emocional que interfirieran en la vida social habitual de los pacientes.

Cabe destacar que en las dimensiones VT, SM y SG no se observa diferencia significativa entre el año basal y a los cinco años; también son las dimensiones más bajas de puntuación de calidad de vida que se presentan. Se destaca que en ambas mediciones los pacientes refieren sentimientos de tristeza, desánimo, nerviosismo y agotamiento, esto coincide con los hallazgos de Median, et al.¹⁵, en cuyo estudio el 74.3% de los pacientes considera tener una mala calidad de vida para el componente resumido de SM.

Es de esperar que, con un tratamiento adecuado y control de la patología, se controlen las consecuencias sobre la calidad de vida y supervivencia¹³; como indican los resultados, mejoró la calidad de vida en la medición del quinto año en comparación a la del año basal.

Sin embargo, algunos pacientes no entienden de manera correcta la enfermedad porque la explicación

no se hace en términos que el paciente pueda comprender; se encuentra que la gran mayoría de los pacientes están de acuerdo con que en el momento del diagnóstico el médico no fue claro con la explicación sobre qué es el LES, sus causas y su forma de tratarlo. Algunos de ellos acuden a internet, donde obtienen respuestas más confusas y preocupantes, y muchos de ellos se van enterando poco a poco en cada cita médica de las consecuencias y complicaciones de la enfermedad⁶.

Solo con el trascurso del tiempo los pacientes con LES encuentran la mejor manera de vivir con la enfermedad, cuál es el tratamiento y recomendaciones a seguir; a medida que transcurre la vivencia con LES encuentran mayor aceptación y mejora su calidad de vida porque han comprendido mejor la enfermedad.

Cabe resaltar que la calidad de vida en los pacientes evaluados en nuestra investigación, tanto en la medición basal como cinco años después se encuentra deteriorada en comparación con la calidad de vida de una muestra de la población mexicana sana¹⁶, lo que puede explicarse por todas las complicaciones a la salud, emocionales, sociales y económicas que causa el LES.

Los datos recabados en este estudio ofrecen información respecto al impacto en la calidad de vida que presenta una población de pacientes con LES. Nos percatamos de que se deben planear estrategias y recomendaciones mediante programas educativos que coadyuven a mejorar la calidad de vida de los pacientes con LES; donde el papel de enfermería tendrá una función vital, ya que el proceso educativo recae sobre el personal sanitario, pero indudablemente el personal enfermero encargado del programa es el eje educativo predominante¹⁷ para poder abordar al paciente desde el comienzo de la enfermedad, y así se logre evitar afectaciones mayores en la salud y en consecuencia la calidad de vida se vea disminuida. Con base en lo descrito deben ser impor-

tantes las intervenciones de enfermería, proporcionando apoyo educativo tanto a pacientes, familiares y cuidadores, educándoles sobre la enfermedad, el tratamiento y el autocuidado, mejorando de esta manera el conocimiento y la comprensión de la enfermedad, así como los cuidados que deben de llevar los pacientes, ya que aunque el pronóstico ha mejorado en los últimos años, la calidad de vida del paciente con LES es inferior a la de la población general y el riesgo de muerte es de 2 a 3 veces mayor¹⁸.

Conclusiones

La calidad de vida en nuestros pacientes mejoró en casi todas las dimensiones del cuestionario de calidad de vida SF-36 a los cinco años después en comparación con la medición del año basal. Sin embargo, cabe resaltar que en las dimensiones VT, SM y SG no se observa diferencia significativa entre el año basal y 5 años después. Comparando ambas mediciones (año basal y 5 años después) se observa una considerable calidad de vida disminuida comparada con la calidad de vida de una población sana de México.

Es importante que el profesional de enfermería esté ampliamente capacitado con conocimiento científico para poder ofrecer un adecuado apoyo y educación a los pacientes, ya que la mayoría de ellos a pesar de la explicación médica continúan con dudas acerca de la enfermedad; con frecuencia el paciente percibe al profesional de enfermería como alguien a quien puede recurrir, le suele tener más confianza y lo visualiza como alguien que puede disipar sus dudas.

Se deben efectuar programas de educación basados en el aumento del autocuidado del paciente con LES que permitan mejorar de manera importante y mantenida el autocuidado de la enfermedad.

Con un plan de cuidados óptimo se puede favorecer el autocuidado del enfermo, incidiendo en el aumento de conocimientos relacionados con la enfermedad y tratamiento, así como proporcionar al paciente herramientas que faciliten la toma de decisiones sobre cómo manejar su enfermedad.

Se ha de proporcionar información al paciente sobre su enfermedad y su carácter crónico. La dificultad de predecir la evolución del cumplimiento del tratamiento farmacológico, recomendaciones del estilo de vida, el cumplimiento de las visitas de control y seguimiento, además de la adherencia al tratamiento son claves en el manejo del paciente con LES¹⁹.

Como parte del tratamiento del paciente con LES es importante incluir a la familia, ya que en la mayoría de las ocasiones ellos fungen como la base, sostén y apoyo del paciente, así como promover la creación de grupos de apoyo en donde los propios pacientes reciban consejería de otros pacientes con LES, a fin de que ellos puedan tener diferentes perspectivas acerca de cómo cada paciente cursa con la enfermedad y sientan mayor entendimiento de personas que cursan por algo similar.

La comprensión del paciente como ser biopsicosocial podría evitar complicaciones, disminuir costos en salud y generar una óptima calidad de vida relacionada con la salud y para que esto suceda es importante la participación de un grupo multidisciplinario de la salud y la familia, trabajando en conjunto en beneficio del paciente con LES.

Bibliografía

- Martínez, J. Pérez, M. Silverio, E. Infecciones en el lupus eritematoso sistémico. Acta médica del centro. [Internet]. 2010 [Citado 10 Ene 2017]; 4(4). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r4_10/infecciones.htm [Última consulta 30 Ene 2019].
- González, R. Castillo, M. García, F. Sánchez, J. Infecciones graves en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico. Med Clin (Barc) [Internet]. 2010 [Citado 26 Ene 2017]; 135(8):365-367. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-infecciones-graves-una-cohorte-pacientes-50025775310005142> [Última consulta 30 Ene 2019].
- Gómez, J. Cervera, R. Lupus eritematoso sistémico. Med & Lab [Internet]. 2008 [Citado 5 Abr 2017]; 14(6):211-223. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2008/myl085-6b.pdf> [Última consulta 30 Ene 2019].
- Sánchez, S. Barajas, G. Ramírez E. Moreno A. Barbosa O. Lupus eritematoso: enfermedad autoinmune sistémica y órgano específico. Biomed. [Internet]. 2004 [Citado 13 Jun 2017]; 15:173-180. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2004/bio043e.pdf> [Última consulta 27 Ene 2019].
- Benseler, S. Silverman E. Systemic Lupus Erythematosus. Elsevier. [Internet]. 2007 [Citado 30 Mar 2017]; 33(3):471-498. Disponible en: [http://www.rheumatic.theclinics.com/article/S0889-857X\(07\)00044-0/](http://www.rheumatic.theclinics.com/article/S0889-857X(07)00044-0/) [Última consulta 27 Ene 2019].
- Valencia, P. Mora, C. Rossinni, Y. Arbeláez, A. Plazas, M. Londoño, J. Análisis de grupos focales en pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico: una mirada cualitativa a las representaciones de la enfermedad. Revista colombiana de reumatología. [Internet]. 2017 [Citado 22 Ene 2019]; 24(1):11-17. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-pdf-S0121812316300950>
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Boletín Epidemiológico. [Internet]. 2013 [Citado 27 Feb 2017]; 30(30). Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2013/semanas/sem30/pdf/edit3013.pdf>
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Base de datos interna de pacientes con LES en el departamento de Inmunología y Reumatología. (Última actualización) Abril 2016-Abril 2017.
- Abu-Shakra, M. Quality of Life, Coping and Depression in Systemic Lupus Erythematosus. IMAJ [Internet]. 2016 [Citado 13 Mar 2017]; 18:144-145. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/933e/a11aa6ec0598be53b7e08fb3f51aeed-aba43.pdf?_ga=2.227240408.412927958.1552500830-283279317.1552500830 [Última consulta 13 Mar 2019].
- Romero, E. Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes post-infarto agudo del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. Revista Colombiana de cardiología [Internet]. 2010 [Citado 27 Jul 2017]; 17:41-46. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563310702187> [Última consulta 08 Ene 2019].
- Vilagut, G. Ferrer, M. Rajmil, L. Rebollo, P. Permanyer, G. Quintana, J. et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. [Internet]. 2005 [Citado 13 Abr 2017]; 19(2):135-150. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf> [Última consulta 25 Ene 2019].
- Fuente: Systemic Lupus International Collaborating Clinics (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2016)
- Román, L. Rojas, E. Vázquez, M. Acosta, M. Melo, M. Duarte, M. Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Revista paraguaya de reuma-

- tología. [Internet] 2016 [Citado 22 Ene 2019]; 2(1): 13-17 Disponible en: <http://www.revista.spr.org.py/index.php/spr/article/view/27/100>
14. Vinaccia, S. Quiceno, J. Zapata, C. Abad, L. Pineda, R. Anaya, J. Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Colombiana de Psicología*. [Internet] 2006 [Citado 18 Ene 2019]; 15:57-65 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401507>
 15. Medina, J. Mora, C. Jaimes, D. Arbeláez, A. Valencia, P. Salazar, R. et.al. Valoración de la actividad, del daño crónico y alteración de la calidad de vida en una cohorte de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico por medio de SELENA-SLEDAI, BILAG 3004, SLICC/ACR y SF-36. *Revista colombiana de reumatología*. [Internet] 2013 [Citado 19 Ene 2019]; 20(4):211-217 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-valoracion-actividad-del-dano-cronico-S012181231370135X>
 16. Durán, L. Gallegos, K. Salinas, G. Martínez, H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud pública de México* [Internet]. 2004 [Citado 19 Ene 2019]; 46:306-315. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n4/21540.pdf>
 17. Navarrete, S. Educación al paciente y su familia. *Revista Colombiana de cardiología*. [Internet] 2016 [Citado 19 Mar 2019]; 23(S1):34-37 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-capitulo-8-educacion-al-paciente-S0120563316000140>
 18. Trujillo, M. Rúa, I. Ruíz, G. Pego, J. Sabio, J. Serrano, P. Guía de práctica clínica para el lupus eritematoso sistémico: recomendaciones para el abordaje clínico general. *Med Clin (Barc)*. [Internet] 2016 [Citado 19 Mar 2019]; 146(9):413.e1-413.e14 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316000476>
 19. De la Torre, J. Martínez, A. Perdiguero, M. Lupus eritematoso sistémico. *Metas de enfermería*. [Internet] 2012 [Citado 24 Ene 2019]; 12(1):20-26 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2871966>

Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor posterior a una intervención educativa de enfermería

María Alejandra Leos-Monreal^{1*}, Jessica R. Esparza-Vázquez¹ y Juan Pablo Gómez-Cardona²

¹Estudiante de la Licenciatura en Enfermería; ²Maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, México

Resumen

Introducción: Los adultos mayores se enfrentan a cambios físicos e intelectuales, lo que tiene como consecuencia el deterioro de su capacidad y percepción de autocuidado. Es importante que el profesional de enfermería sea capaz de promover el autocuidado mediante intervenciones educativas. **Objetivo:** Analizar el impacto en la capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor antes y después de una intervención educativa de enfermería. **Material y métodos:** Estudio analítico, longitudinal y cuasiexperimental en una muestra formada por 31 adultos mayores de un asilo. Se realizó una intervención educativa de enfermería. Se utilizó el Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM) y el paquete estadístico SPSS® versión 22.0. **Resultados:** Rango de edades entre los 60 a 88 años, con media de 75.10. Tras la intervención educativa, la capacidad y percepción de autocuidado aumentó un 32.2%. Se observó una diferencia entre las medias de las evaluaciones de 3.35 (media 1, $t = -2.993$; media 2, -4.56 ; $\alpha < 0.05$). La intervención educativa de enfermería sí modifica la capacidad y la percepción del autocuidado. **Conclusión:** La intervención educativa de enfermería concientiza a los adultos mayores sobre la importancia de ser independientes, fortalece la agencia de autocuidado en su vida diaria aumentando su capacidad y percepción.

Palabras clave: Adulto mayor. Autocuidado. Capacidad de autocuidado. Percepción de autocuidado. Intervención educativa.

Abstract

Introduction: Elderly adults are faced with physical and intellectual changes, which has as a consequence a deterioration of their capacity and perception of self-care. It is important that as nursing professionals we can promote self-care through educational interventions in this group. **Objective:** Analyze the impact on the ability and perception of the self-care of the elderly adults before and after educational nursing intervention. **Material and methodology:** Analytical, longitudinal and quasi-experimental study in a sample of 31 elderly adults of the nursing home, where there was an educational intervention provided by nursing students. The "Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor" inventory was used, and data were analyzed with the program SPSS® version 22.0. **Results:** Age range between 60 and 88 years, with an average age of 75.10. After the educational intervention the capacity and perception of the self-care incremented by 32.2%, with a difference observed in the averages of the evaluations of 3.35 (mean 1, $t = -2.993$; mean 2, -4.56 ; $\alpha < 0.05$). The educational intervention by nursing staff did modify the capacity and the perception of self-care. **Conclusion:** The educational intervention by nursing students increased the consciousness of the elderly adults on the importance of being independent, strengthening self-care in their daily lives by increasing their ability and perception. (Rev Mex Enf. 2019;7:59-65)

Corresponding author: María Alejandra Leos-Monreal, alejandraleosmonreal@hotmail.com

Key words: Elderly adult. Self-care capacity. Self-care perception. Self-care educational intervention.

Correspondencia:

*María Alejandra Leos-Monreal

E-mail: alejandraleosmonreal@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 02-12-2018

Fecha de aceptación: 19-02-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000065

Introducción

De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas en el año 2014 el 12% de la población mundial tenía una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas se llega hasta el 23.3%. Estimaciones de la misma fuente señalan que en 2050 uno de cada cinco habitantes en el planeta (el 21.2%) tendrá 60 años y más. En las regiones menos desarrolladas este grupo de la población constituirá el 19.5%, es decir, de acuerdo a lo que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, estas tendrán una proporción de adultos mayores de un 32%¹.

Envejecer forma parte de un proceso complicado y dinámico del desarrollo de la persona en el que participan factores biológicos, psicológicos y culturales, que están en constante relación, y ponen al anciano en situación de vulnerabilidad ante los procesos patológicos crónicos^{2,3}.

La población de 60 años y más alcanza el 13.1% de la población total en el continente americano, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años. En países como Canadá, Cuba, Puerto Rico, Martinica, Barbados, EE.UU., Uruguay, Guadalupe, Antillas Holandesas, Argentina y Chile, superan el índice de envejecimiento de la región. De ellos, solo en Canadá la población de adultos mayores supera la población menor de 15 años, teniendo 122 adultos mayores por cada 100 niños⁴.

En nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado y muestra una inercia que cada vez se hace más notoria. En 2014 la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990, debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor; en este sentido, se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo del 6.2 al 9.7% y se espera que en 2050 se incremente al 21.5%⁴.

Ante este panorama demográfico, con consecuencias económicas, políticas, sociales y culturales, el cuidado de los adultos mayores representa importantes retos, tales como: la asistencia a largo plazo, la asistencia en el hogar, asilos o casa de reposo. Los asilos, en nuestro país, son instituciones de asistencia donde son alojadas algunas personas de edad avanzada, cuya finalidad básica es aparentemente el agrupamiento, la reclusión y una supervisión médica elemental, y podrían convertirse en piedra angular del cuidado a corto y largo plazo, no solo como una op-

ción de estancia temporal, sino también para brindar apoyo a la familia y la sociedad⁵.

En este mismo contexto, la capacidad y percepción sobre el autocuidado en los adultos mayores representa un importante reto para todos aquellos que son usuarios de instituciones de asistencia geriátrica, ya que mediante el autocuidado se adquiere una responsabilidad para el fomento, conservación y cuidado de la persona en un sentido integrado, tanto que permite percibir al ser humano como un ser dinámico, unitario, que vive en distintos entornos, inmersos en un proceso de cambios constante con la libertad de decidir las actividades que benefician su bienestar. Adoptar esta forma de vida permite tomar las medidas necesarias para mantener lo mejor posible la calidad de vida de los adultos mayores^{6,7}.

Por tal motivo es importante que el profesional de enfermería esté preparado para afrontar el reto de la alta demanda de servicios relacionados con el envejecimiento poblacional y sobre las necesidades de autocuidado del adulto mayor con la finalidad de orientar de manera correcta a esta población, utilizando las herramientas que permitan ayudar al paciente a recuperar su salud y un mayor grado de independencia; entendiendo como capacidad y percepción de autocuidado al conocimiento y potencialidad del individuo para realizar actividades de autocuidado^{7,8}.

Dichas herramientas se adquieren por medio de la enseñanza según diferentes modelos (conductismo y cognitivismo), considerando el aprendizaje como el resultado de las conexiones entre estímulos y experiencias que se convierten en conocimiento por el resultado de la interacción entre la información procedente del sujeto y la información del medio⁹. Desde esta perspectiva se consideran actividades de autocuidado: alimentación, realización de actividades físicas con regularidad, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, control de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica y abandono de hábitos tóxicos. De este modo una persona puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado; en tal sentido, es función de enfermería promover el autocuidado por medio de la educación para lograr un envejecimiento exitoso^{9,10}.

Dorothea Orem, en su Teoría del déficit de autocuidado, describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente a tomar decisiones, para adquirir conocimiento, para ordenar acciones de autocuidado

tendientes a conseguir objetivos y poder integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria¹¹. De esta manera, la adopción del autocuidado como estrategia para ser utilizada durante la vejez armoniza con las actividades que se proponen para hacer efectiva la promoción y prevención de la salud en términos del desarrollo de aptitudes personales, y de la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud^{12,17}.

La educación para la salud se entiende como el proceso de generación de aprendizajes, una estrategia de la salud pública y de la promoción de la salud que utiliza diversos métodos educativos, políticos y de acción social, basados en la teoría, la investigación y la práctica, para trabajar con individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones con el fin de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud¹³. Mediante el proceso educativo las personas de edad pueden incorporar a su vida diaria conductas para la salud física, social, mental y espiritual que favorecerán su calidad de vida, tendiendo a abandonar los estilos y conductas que le son perjudiciales¹⁴.

Con base en el panorama anterior nos planteamos el siguiente objetivo general: analizar el impacto en la capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor antes y después de una intervención educativa de enfermería.

Material y métodos

El estudio fue de tipo cuasiexperimental y longitudinal. Con una grupo inicial de 62 sujetos de estudio que finalmente se redujo, por una muestra probabilística aleatoria simple, a 31 adultos mayores usuarios de un asilo de Aguascalientes. Los sujetos seleccionados reunieron los siguientes criterios de inclusión: tener 60 o más años, sexo indistinto, pertenecer al asilo de estudio, aceptar participar en el estudio y no padecer alguna afección cognitiva. Se excluyeron los sujetos menores de 60 años, que no fueran usuarios del asilo, los que no aceptaron participar (no dieron su consentimiento informado) y quienes padecieran una afección cognitiva; se eliminaron aquellos que no contestaron una de las dos entrevistas.

El estudio se inició tras su autorización por la Academia de investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, que otorgó la aprobación bajo el siguiente código AIE-25-18. Antes de la intervención educativa de enfermería se aplicó a modo de entrevista el Test de

Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM), cuya autoría corresponde a Israel E. Millán Méndez (2010). El test consta de ocho categorías que evalúan la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor: actividad física, alimentación, eliminación, descanso, sueño, higiene, confort, medicación, control de salud y hábitos tóxicos. Tiene una fiabilidad de 0.83 (α de Cronbach)¹⁵. Cada categoría está conformada por cuatro ítems: el ítem 1 de cada categoría mide la capacidad con un valor máximo de 8 puntos y un mínimo de 0; los ítems 2, 3 y 4 miden la percepción, con un valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0.

Para fines de interpretación de resultados se consideró la siguiente escala:

- Capacidad de autocuidado:
 - Sin capacidad: 0-2 puntos.
 - Mediana capacidad: 3-5 puntos.
 - Con capacidad: 6 o más.
- Percepción de autocuidado:
 - Adecuado: 21-24 .
 - Parcialmente adecuado:16-20.
 - No adecuado: 15 o menos.

En el primer contacto con los sujetos de investigación se les explicó la finalidad del estudio y se obtuvo su autorización. Se formaron dos grupos de trabajo para la aplicación del instrumento a modo de entrevista, en dos visitas programadas de dos horas. Posteriormente se llevaron a cabo las sesiones educativas, en las que se utilizaron diversas técnicas didácticas como la exposición, dramatización y participación activa de los sujetos para abordar los temas «control de salud» e «higiene», instruyéndolos sobre las técnicas de autocuidado como autoexamen de mamas, control de glucosa, importancia al apego a su tratamiento médico y las complicaciones que se previenen al adquirir hábitos higiénicos tales como lavado de manos y de la boca. Las sesiones fueron previamente planeadas y se llevaron a cabo en un total de 22 días consecutivos, con una duración de tres horas por sesión; los temas impartidos fueron en relación a las categorías mencionadas en el instrumento. La segunda evaluación se realizó a las tres semanas tras las intervenciones educativas.

La investigación fue considerada de riesgo mínimo. En ella prevaleció el respeto a la dignidad y derechos de la población de estudio, se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación y se realizó el proceso de consentimiento informado.

Para el análisis de resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS® versión 22.0, se obtuvieron las me-

Tabla 1. Capacidad de autocuidado

Variable	1.ª medición		2.ª medición		p
	Sí	No	Sí	No	
Actividad física	74.20%	25.80%	80.60%	19.40%	0.161
Alimentación	54.80%	45.20%	64.50%	35.50%	0.083
Eliminación	80.60%	19.40%	83.90%	16.10%	0.325
Descanso y sueño	58.10%	41.90%	74.20%	25.80%	0.057
Higiene y confort	67.70%	32.30%	77.40%	22.60%	0.184
Medicación	74.20%	25.80%	93.50%	6.50%	0.012
Control de salud	71%	29%	87.10%	12.90%	0.057
Adicciones o hábitos tóxicos	71%	29%	87.10%	12.90%	0.023

didadas de tendencia central y para la inferencia la prueba de diferencia de medias *t Student*.

Resultados

La muestra quedó conformada por 31 adultos mayores; prevaleció el sexo masculino (64.5%), el rango de edades osciló entre los 60 y los 88 años, con una media de 75.10 ± 7.8 años.

Capacidad de autocuidado

Previamente a la intervención educativa se encontró que el 41.9% de los sujetos eran capaces de autocuidarse en la variable «descanso y sueño»; posteriormente a realizar las intervenciones de educación para la salud, el porcentaje aumentó hasta un 74.2%, lo que supone que el reforzamiento de hábitos saludables les permiten ser capaces de controlar esta variable, lo que es importante, ya que el descanso favorece una mayor capacidad de memoria, y el hecho de no tener un buen patrón se relaciona con enfermedades cardíacas o mentales, como depresión o cambios repentinos de humor. En cuanto a la «medicación», se obtuvo un incremento del 74.20 al 93.50%, debido a que se concienció sobre las consecuencias de la automedicación y la importancia del apego a su tratamiento. En «control de la salud» y «hábitos tóxicos» se pasó de un 71 a un 87.10%, mediante la enseñanza promovida para el abandono del tabaco, ya que mejora la salud respiratoria. El resto de las variables aumentaron de manera discreta y

dichos incrementos no fueron estadísticamente significativos (Tabla 1).

Percepción de autocuidado

La orientación sobre actividades que pueden desempeñar el adulto mayor logra el interés por la socialización entre pares, lo que permite la práctica de ejercicios físicos que conllevan el mejoramiento de un patrón intestinal, así como mejorar hábitos de alimentación y descanso, una higiene regular y la intención de deshacerse de los hábitos tóxicos. Lo anterior permite concienciar sobre que un control médico adecuado logra un estilo de vida saludable (Tabla 2).

La figura 1 muestra el incremento en la capacidad de autocuidado, del 32.2%, posterior a la intervención educativa de enfermería, mientras que la percepción no adecuada disminuye, creando una adecuada percepción del autocuidado (Fig. 2). Lo anterior permite demostrar que en el adulto mayor tener mejor información hace que mejore su capacidad de percepción sobre sus hábitos saludables, y que al incorporarlos a su vida diaria mejora su calidad de vida, evitando en la medida de lo posible que el personal del asilo supla sus actividades de manera total o parcial.

Se demuestra que la implementación de un programa educativo de enfermería incrementa la capacidad de autocuidarse y mejora la percepción sobre las actividades y cuidados, lo que permiten que el adulto mayor se concencie sobre mejores estilos saludables ($t = 2.993, t = 4.56; < \alpha=0.05$) (Tabla 3).

Tabla 2. Percepción de autocuidado

Variable	1.ª medición			2.ª medición			p
	Sí	No	A veces	Sí	No	A veces	
	Participa en círculo de abuelos	74.20%	6.50%	19.40%	90.30%	3.20%	
Practica ejercicios físicos	41.90%	48.40%	9.70%	64.50%	12.90%	22.60%	0.000
Tiene establecido un horario fijo para comer	93.50%	6.50%	0%	96.80%	3.20%	0%	0.325
Tiene un patrón intestinal regular	51.60%	38.70%	9.70%	71%	29%	0%	0.01
Duerme las horas necesarias	61.30%	25.80%	12.90%	83.90%	6.50%	9.70%	0.103
Se baña diario	51.60%	25.80%	22.60%	93.50%	3.20%	3.20%	0.000
Cumple con su tratamiento	58.10%	32.30%	9.70%	74.20%	9.70%	16.10%	0.264
Solo toma medicamentos indicados	48.40%	32.30%	19.40%	77.40%	9.70%	12.90%	0.000
Consulta si necesita medicamentos	48.40%	32.30%	19.40%	71%	3.20%	25.80%	0.231
Controla cantidad de toxico que consume	67.70%	29%	3.20%	87.10%	12.90%	0%	0.05
Intenta deshacerse del hábito toxico	51.60%	41.90%	6.50%	80.60%	16.10%	3.20%	0.016
Tiene más de un hábito toxico	35.50%	58.10%	6.50%	35.50%	58.10%	6.50%	0.000

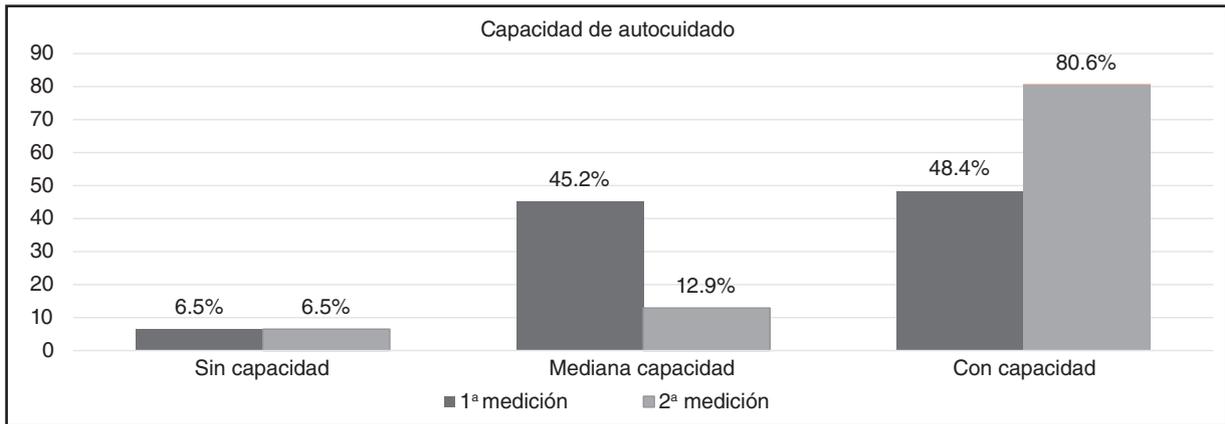


Figura 1. Capacidades de autocuidado.

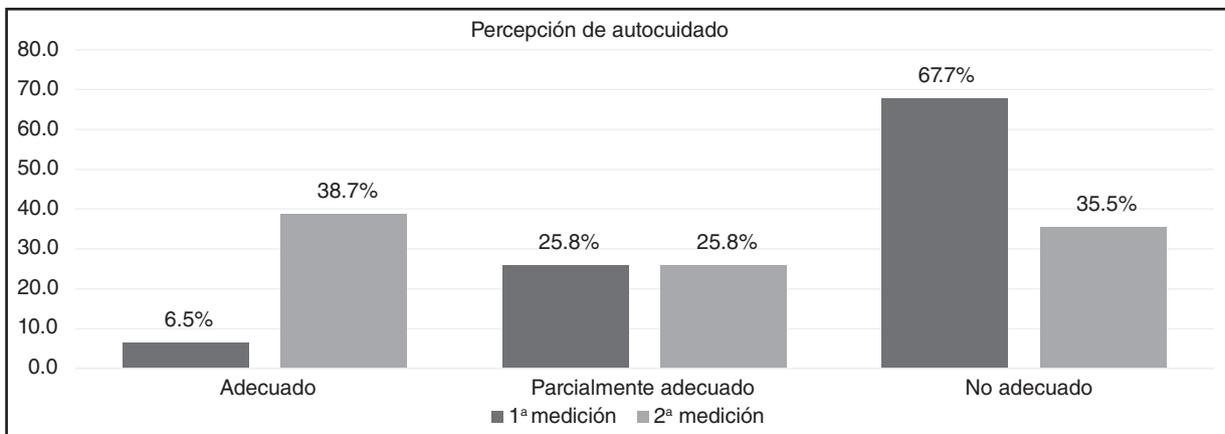


Figura 2. Percepción de autocuidado.

Tabla 3. Capacidad y percepción de autocuidado antes y después de una intervención educativa de enfermería

Capacidad y percepción de autocuidado antes y después de una intervención educativa de enfermería						
Variables	Media	95% de IC de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
		Inferior	Superior			
Capacidad autocuidado 1.ª valoración	0.903	1.52	0.287	2.993	30	0.005
Capacidad autocuidado 2.ª valoración						
Percepción autocuidado 1.ª valoración	4.258	6.164	2.352	4.563	30	0.000
Percepción autocuidado 2.ª valoración						

IC: intervalo de confianza; gl: grados de libertad; t: *T de Student*; Sig.: significación.

Discusión

Se encontró que la intervención educativa de enfermería logró un impacto significativo en la concienciación y el fortalecimiento de la agencia de autocuidado en los sujetos del estudio, obteniendo hallazgos similares al de estudios previos en los que se realizaron intervenciones para disminuir los factores de riesgo de hipertensión arterial. Dichas intervenciones de enfermería logran cambios en la calidad de vida del adulto mayor mediante controles de salud, hábitos higiénicos, de alimentación y apego a su tratamiento farmacológico^{7,8,10}.

Lo observado coincide también con autores que refieren que uno de los factores que influyen positivamente en el desarrollo de capacidades y habilidades de autocuidado en la persona adulta es la percepción de su estado de salud; esta se obtiene al adquirir conocimiento sobre las actividades que puede realizar en favor de su bienestar^{10,16}. Sin embargo, se demuestra que los adultos mayores que poseen una mediana capacidad de autocuidado y son independientes funcionalmente presentan una percepción no adecuada, dado que no tenían la información necesaria sobre la agencia de autocuidado¹³.

Tal como se menciona en la teoría de Dorothea Orem, una persona puede convertirse con o sin ayuda de otros en su propio agente de autocuidado; es de vital importancia lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta promoviéndolos mediante la educación para obtener un envejecimiento exitoso^{12,15}.

A percepción de los investigadores, el ingreso del adulto mayor a estas estancias geriátricas propicia que las actividades de autocuidado se vean reemplazadas por el personal encargado de proporcionarles cuidado, por lo anterior es necesario un sistema or-

ganizado de enfermería que involucre un seguimiento regular para la atención del usuario involucrado, con la finalidad de mantener la funcionalidad de este grupo de población.

Conclusión

El efecto de la orientación educativa de enfermería tuvo un impacto positivo en la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, observándose un incremento en la comparación entre preintervención y postintervención.

Mejoraron significativamente sus capacidades de autocuidado en: descanso y sueño, medicación, control de la salud y hábitos tóxicos. Las áreas de oportunidad en las que se deberá mejorar el grupo estudiado son: actividad física, alimentación, eliminación e higiene y confort.

La percepción de su autocuidado aumentó de manera significativa la concienciación sobre: participación en círculo de abuelos, práctica de ejercicios físicos, importancia de un patrón intestinal regular, consumo solo de medicamentos indicados, baño diario, control en la cantidad de tóxico que se consume e intento de deshacerse del hábito. Las áreas de mejoramiento y reforzamiento son: establecimiento de un horario fijo para comer, dormir las horas necesarias, cumplimiento del tratamiento y no automedicarse.

Es un hecho que el adulto mayor puede o no requerir ayuda de otros para llevar a cabo sus actividades de autocuidado, sin embargo con la implementación de una intervención educativa de enfermería con la utilización de los modelos de aprendizaje se fortalece su capacidad de percepción sobre cómo adoptar hábitos o acciones que le lleven a un envejecimiento saludable.

Food craving: el enemigo oculto en la obesidad

María Delfina Marín-Soto¹, Bárbara Méndez-Peña²,
María Magdalena Murillo-Tovar², Iván Ocadiz-Parra²
y Víctor Ricardo Aguilera-Sosa²

¹Maestría en Ciencias de la Salud, Escuela Superior de Medicina, ²Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México

Resumen

El *food craving* (FC) es un componente de la adicción a comida alta en grasas o carbohidratos procesados, que está relacionado con la prevalencia de obesidad y trastornos del comportamiento alimentario. Se define como intenso deseo de comer alimentos en específico. Su etiología es multifactorial, compuesta por variables fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales reforzadas por el medioambiente: oferta alimentaria, nivel socioeconómico y sexo; estos factores influyen en que el sujeto coma disfuncionalmente por efecto de recompensa gratificante que impacta en la decisión de qué y cuánto comer. Para evaluar el FC se han diseñado diversos instrumentos, que miden especificidad, rasgo y estado; los más usados son el *Food Craving Inventory* y los *Food Craving Questionnaires*, mismos que se han validado en distintas poblaciones. El objetivo de este trabajo fue describir el fenómeno del FC, desde su etiología, comorbilidad con trastornos del comportamiento alimentarios y obesidad, hasta las aproximaciones al componente molecular. Con base en la revisión de la literatura, concluimos que el FC es un fenómeno extenso, que incluye la expresión de genes y variables comportamentales. Existen instrumentos validados que en conjunto de elementos clínicos que se dirigen a la inhibición de la conducta podrían prevenir sobrepeso, obesidad y algunos trastornos del comportamiento alimentario.

Palabras clave: Food craving. *Revisión descriptiva:* Food Craving Questionnaire. *Genes.*

Abstract

Food craving (FC) is a component of the addiction to high-fat or processed carbohydrates foods and it is related to the prevalence of obesity and eating disorders. It is defined as the intense desire to eat specific foods. Its etiology is multifactorial, composed of physiological, cognitive, emotional and behavioral variables that are reinforced by the environment, such as: food supply, socioeconomic level and sex; these variables motivate the subject to eat difunctionally because the reward obtained is pleasing, so this is influencing the decision of what and how much to eat. To evaluate FC, several instruments have been designed, including the specificity, trait and state; the most used are the Food Craving Inventory and the Food Craving Questionnaires, which have been validated in different populations. The objective of this paper was to describe the FC phenomenon, from its etiology, the comorbidity with eating disorders and obesity, as well as the approximations to the molecular component. Based on the review of the literature, we conclude that the FC is an extensive phenomenon, which includes the expression of genes and behavioral variables. There are validated instruments that, together with clinical elements that target the behavioral inhibition, could prevent overweight, obesity and some eating behavior disorders. (Rev Mex Enf. 2019;7:66-70)

Corresponding author: Víctor Ricardo Aguilera-Sosa, psicologiaonline117@gmail.com, vicpsic@gmail.com

Key words: Food craving. *Descriptive review.* Food Craving Questionnaire. *Genes.*

Correspondencia:

*Víctor Ricardo Aguilera-Sosa

E-mail: psicologiaonline117@gmail.com, vicpsic@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 08-02-2019

Fecha de aceptación: 28-03-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000084

Introducción

El *craving* es definido¹ como un deseo muy fuerte por una sustancia psicoactiva y sus efectos reforzadores. Se han identificado diferentes tipos de respuestas comportamentales²: a) síntomas de abstinencia, b) falta de placer, c) señales asociativas a la sustancia y d) deseos hedónicos. El *craving* ha sido estudiado en diferentes sustancias psicoactivas, pero ha surgido interés en analizar su papel en la adicción a la comida y/o productos consumibles (sin ningún valor nutrimental), dado que las hipótesis actuales para explicar la obesidad se relacionan con la ingesta adictiva de alimentos, en específico de manera desregulada. El *craving* por la comida, regularmente conocido como *food craving* (FC), es una respuesta comportamental y fisiológica³ que se caracteriza por el intenso deseo de ingerir un alimento en particular⁴. Al ser «específico», es también subjetivo, pues depende de lo apetecible y agradable del alimento; asimismo, la característica de «intensidad» del deseo provoca que la atención se centre en él, dificultando que pueda atenderse cualquier otro estímulo⁵. Para Cepeda-Benito⁶, el FC es un fenómeno complejo cuya etiología es multifactorial, constituido por variables fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales; enmarcados por reforzadores medioambientales.

Las respuestas fisiológicas y comportamentales se vinculan con los aprendizajes, la cultura, el nivel socioeconómico, la disponibilidad de alimentos, el nivel educativo, el rango de edad, el sexo, el género^{7,8} y, obviamente, por la motivación de comer, puesto que al hacerlo obtenemos una recompensa gratificante⁹, lo cual influye en la decisión de qué y cuánto comer^{10,11}. El FC es tan intenso hacia la comida procesada como la compulsión que generan el uso de drogas¹². Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue describir el fenómeno de FC, desde la etiología, las comorbilidades con los trastornos de la alimentación y la obesidad, así como las aproximaciones al componente molecular, con base en una revisión descriptiva que nos permita conocer la importancia de este padecimiento y su implicación en los tratamientos del sobrepeso, obesidad y trastornos del comportamiento alimentario.

Materiales y métodos

Se trató de una revisión bibliográfica basada en búsqueda en línea en bases de datos hemerográficas y enlistados de referencias en artículos científicos, utilizando las bases de datos Medline, Pubmed, Google Académico, Google y Scopus, del 2000 al 2019. Las

palabras de búsqueda fueron: «*craving*», «*food craving*», «anorexia», «bulimia», «trastorno por atracón», «pica», «obesidad», «*Food Craving Inventory*», «*Food Craving Questionnaire Trait*», «*Food Craving Questionnaire State*», «adicción a la comida», «gen» y «*food craving*», «gen MC4R», «gen CART», «gen DRD2 g».

Dado que se trató de una revisión descriptiva, los criterios de selección se basaron en el cumplimiento del año, palabras clave y lengua inglesa o castellana.

Resultados

Se encontraron 48 referencias, de las cuales 5 fueron en idioma castellano y 45 en inglés, utilizando las palabras de búsqueda y relacionadas con FC, divididas en cuatro áreas: sexo, género y elección de alimentos; trastornos del comportamiento alimentario; genes, y evaluación.

Sexo, género y elección de alimentos

Los hombres buscan alimentos salados (p. ej, pizza, hamburguesas, tacos, comida china, etc.), mientras que las mujeres prefieren alimentos dulces (como pasteles, chocolate, helado, etc.); esto podría ser explicado por diferencias hormonales que son moduladores importantes para el consumo de alimentos¹³. Sin embargo, los niveles altos de andrógenos en hombres son un factor protector de obesidad y diabetes, a pesar de que haya FC.

En mujeres, el eje estradiol-leptina es un factor para la sobreingesta y el FC durante el ciclo menstrual^{14,15}, y aumentan los «antojos» específicos (como al chocolate)¹⁶⁻¹⁸; mientras que en la fase premenstrual eligen otro tipo de carbohidratos¹⁹ con alto contenido de azúcar²⁰. Se ha identificado que la ingesta es mayor durante la fase premenstrual en comparación con la fase posmenstrual^{19,21}. Durante el embarazo, algunas mujeres ganan peso, lo cual representa complicaciones de salud para la madre y el niño; el ceder al FC hacia la comida dulce y productos consumibles (sin valor nutrimental) podría explicar el 35% de la varianza del aumento de peso gestacional²².

Trastornos del comportamiento de la alimentación y food craving

El FC se presenta como comorbilidad en la mayoría de los trastornos de alimentación y obesidad^{3,23}, por estar involucrado en conductas alimentarias desreguladas como sobreingesta y *binge*²⁴, aunque hay pocas investigaciones que asocien el FC con el trastorno de

pica²⁵. Sin embargo, en un estudio realizado por Lin, et al.²⁶ en mujeres embarazadas mexicanas y norteamericanas se encontró que el 34 y 43%, respectivamente, reportaban pica por tierra, adobe y piedras. Además de lo *sui generis* este tipo de *craving* por las mujeres embarazadas, los autores concluyeron que algunos *cravings* podrían ser sumamente perjudiciales para el niño o la madre, por lo que sugieren profundizar en el tema para identificar de qué se deriva el FC en este padecimiento y así idear estrategias de intervención que prevengan riesgos en la salud tanto de la madre como el niño^{25,26}.

Paradójicamente, los sujetos con anorexia nerviosa tienen niveles bajos de FC²⁷; en estos sujetos la restricción dietética no induce FC; sin embargo, reportan dificultades para resistirse al *craving* cuando el alimento no está disponible²⁸. En contraste, los sujetos con bulimia nerviosa sí presentan niveles altos de FC y están asociados con las preocupaciones por ingerir alimentos y por aumentar de peso²⁹.

El FC está asociado al trastorno por atracón en mujeres con diagnóstico de bulimia nerviosa²⁷. Los sujetos con trastorno por atracón presentan puntuaciones altas en FC (pre y post) a la exposición de alimentos; asimismo, la relación entre el consumo de alimentos y la exposición (pre y post) al *craving* es directamente proporcional³⁰. Chao, et al.³¹ encontraron que el FC y los trastornos de alimentación están vinculados y que son más intensos en mujeres que en hombres.

Cuando hablamos de obesidad y FC, el panorama cambia, pues se ha encontrado que la distribución y el fácil acceso de alimentos con alto contenido energético y bajo costo son factores precipitantes que motivan su consumo²⁴, el tamaño de las porciones que el sujeto consume ayudan a predecir un Índice de masa corporal (IMC) elevado³²; sin embargo, en una investigación reciente se observó que el IMC elevado tiene una menor asociación con el *craving* por alimentos altamente procesados, y por el contrario, el IMC elevado tiene una fuerte asociación con el gusto por el alimento que se desea¹², además, los antojos a grasas están asociados con aumento de peso³³.

Evaluación

Se han construido y validado diversos instrumentos para medir el FC en varios países, uno de ellos es el *Food Craving Inventory (FCI)*, el cual es un inventario de autorreporte que mide en escala Likert tanto la frecuencia como la especificidad y consta de dos subescalas: antojos subjetivos y consumo de alimentos en particular³⁴. La primera evalúa la frecuencia subjetiva en un listado que contiene 47 alimentos distintos. La

segunda mide el grado en que los sujetos consumieron alimentos que eligieron³⁵. Su consistencia interna es de $\alpha = 0.93$. El FCI se ha validado en varios países; en España (FCQ-SP) obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0.95$ ³⁶, en Reino Unido de $\alpha = 0.87$ ³⁷, en Japón $\alpha = 0.75$ ³⁸ y la más reciente, en Alemania, en la que se obtuvo una consistencia interna mediante el cálculo de la fiabilidad compuesta de 0.88³⁹.

Por otra parte, Cepeda-Benito, et al.⁶ crearon los *Food Craving Questionnaires Trait & State (FCQ-T y FCQ-S, respectivamente)* para evaluar el estado que se relaciona con acontecimientos estresantes, la privación de alimentos y el tipo de manifestación en diferentes tipos de poblaciones: sujetos con obesidad, estudiantes y pacientes con bulimia.

Food Craving Questionnaire Trait

El FCQ-T⁶ se diseñó para medir la importancia general del FC de manera dependiente de los aspectos emocionales de la ansiedad. Presenta un coeficiente de fiabilidad del 0.97. Está compuesto por nueve dimensiones factoriales: 1) tener intenciones y planes de consumir alimentos; 2) anticipación del refuerzo positivo que puede resultar de comer; 3) anticipación de alivio por estados y sentimientos negativos como resultado de comer; 4) falta de control sobre comer; 5) pensamientos o preocupaciones con la comida; 6) *craving* como estado fisiológico; 7) emociones que se pueden experimentar antes o durante el FC o comer; 8) señales que pueden desencadenar FC, y 9) culpa por *cravings* y/o ceder a ellos. Está compuesto por 39 ítems que puntúa en escala Likert: nunca (1), raramente (2), algunas veces (3), a menudo (4), casi siempre (5) y siempre (6).

Food Craving Questionnaire State

El FCQ-S⁶ fue diseñado como un instrumento completo, breve, pero a su vez sensible a los cambios contextuales, psicológicos y fisiológicos. Su consistencia interna es excelente ($\alpha = 0.94$). Está compuesto por cinco dimensiones factoriales: 1) un deseo intenso de comer; 2) anticipación del refuerzo positivo que puede resultar de comer; 3) anticipación de alivio por estados y sentimientos negativos como resultado de comer; 4) falta de control sobre el comer, y 5) *craving* como estado fisiológico. Consta de 15 ítems, en los que el sujeto explica «cómo se siente ahora mismo». Puntúa en escala Likert: absolutamente nada de acuerdo (1), casi nada de acuerdo (2), neutral (3), un poco de acuerdo (4) y muy de acuerdo (5).

Validación de los Food Craving Questionnaires en otros países

Debido al enfoque multifactorial con el que evalúan el FC, estos instrumentos se han traducido y validado en varios idiomas para diferentes países. La versión *State* se ha validado en España ($\alpha = 0.94$)⁶, Holanda ($\alpha = 0.92$), Alemania ($\alpha = 0.90$)³⁹⁻⁴¹ y en Latinoamérica la versión brasileña tuvo un $\alpha = 0.86$ ⁴².

Respecto a la versión *Trait*, se ha validado en España ($\alpha = 0.97$)⁶, Holanda ($\alpha = 0.94$)⁴⁰ y Alemania ($\alpha > 0.90$)⁴¹. Las validaciones realizadas en Latinoamérica mostraron un $\alpha = 0.92$ para la versión cubana⁴³, mientras que la versión brasileña obtuvo $\alpha = 0.97$ ⁴².

Factores de conducta alimentaria y expresión de genes

Aunque no hay un gen específico para la modulación del FC, se encuentran en la literatura algunas aproximaciones de expresión génica o polimorfismos que asocian algunas conductas alimentarias, a continuación, se describirán algunas investigaciones.

Gen MC4R

Recientemente, Huang, et al.⁴⁴ examinaron si las dietas para bajar de peso modificaban el efecto del genotipo MC4R «predisponente a la obesidad» en relación con el apetito en un ensayo clínico controlado, en sujetos con sobrepeso y obesos. El genotipo MC4R rs7227255 se evaluó en 735 adultos con sobrepeso y se relacionó con el *craving*, el hambre y el consumo prospectivo. Los datos sugirieron que los individuos con el alelo rs7227255 podrían experimentar aumentos en el apetito y el *craving* al consumir una dieta rica en proteínas para perder peso.

Gen CART

El prepro péptido CART es un gen que codifica una preproteína que genera múltiples péptidos biológicamente activos, mismos que desempeñan un papel importante en el apetito, el equilibrio energético, el mantenimiento del peso corporal, la recompensa y la adicción. Las mutaciones en este gen están asociadas con la susceptibilidad a la obesidad en humanos. En una investigación realizada en adolescentes africanos⁴⁵, identificaron que el polimorfismo CART c.517A → G contribuye a la variación en los indicadores de fenotipo de obesidad antropométrica observados entre los es-

tudiantes sudafricanos de origen africano y africanos de origen mixto. Rigoli, et al.⁴⁶, evaluaron los polimorfismos del gen *CART A1475G* y *Delta A1457* y su asociación con la obesidad. Reclutaron 133 niños italianos con sobrepeso y obesidad. Encontraron que las frecuencias alélicas del polimorfismo de nucleótido único (SNP) A1475G fueron significativamente mayores en niños con sobrepeso que en niños control ($p = 0.03$). El SNP Delta A1457 no mostró una asociación significativa con el sobrepeso y la obesidad. Se concluyó que las variaciones heredadas del gen CART podrían influir en el desarrollo de la obesidad en niños italianos.

Gen DRD2

El *DRD2* es un gen que codifica el subtipo D2 del receptor de dopamina. Yeh, et al.⁴⁷ realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar la relación entre los cuestionarios de adicción a los alimentos, medidas antropométricas y el gen *DRD2* entre los estudiantes universitarios asiáticos-americanos. La muestra estuvo compuesta por 84 sujetos, se dividieron en dos grupos, A1 y A2, que se sometieron a las mediciones corporales a través de la impedancia bioeléctrica y respondieron la batería psicológica (compuesta por FCI y *Power of Food Scale*); así mismo, se les extrajo sangre para el genotipado. Los hallazgos fundamentales fueron que no hubo diferencias significativas en el IMC y el porcentaje de grasa corporal. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre los antojos de carbohidratos y la comida rápida en el FCI ($p = 0.03$), pero no las hubo para el azúcar o las grasas. El *craving* por los carbohidratos y la comida rápida se asoció con el alelo *DRD2* en el grupo A1 vs. A2.

Se ha encontrado una correlación entre el *DRD2* y el tipo de alimentación; en un estudio realizado en México con gemelos monocigotos ($n = 36$), que se criaron juntos hasta los 18 años, se evaluaron tres factores de alimentación: restricción cognitiva (capacidad de inhibir la conducta de comer), no controlados (compulsividad para comer) y emocional (dominancia de la experiencia de hambre para iniciar a comer), y su correlación con la expresión del gen *DRD2*. Se observó que el gen *DRD2* está correlacionado con la compulsividad para comer, incrementando la predisposición al sobrepeso y la obesidad⁴⁸.

Conclusiones

El FC es una respuesta multifactorial conformada por elementos comportamentales, fisiológicos y mo-

leculares, que se desarrolla por continuo reforzamiento de elementos ambientales, disponibilidad de alimentos, sexo, género y cultura. Puede anteceder al desarrollo del sobrepeso y obesidad y su mantenimiento. Se ha observado, principalmente en mujeres, que padecen trastornos del comportamiento alimentario tienen comorbilidad con FC, también *binge eating*, bulimia, obesidad, trastorno por atracón y al parecer con pica. Asimismo, se recomienda aplicar el FCI, los FCQ-T y FCQ-S por ser válidos, fiables y adaptables a los cambios medioambientales y culturales. Por otra parte, se sugiere que existen componentes moleculares, que influyen en las conductas alimentarias; se ha observado que los sujetos con el alelo rs7227255 podrían experimentar aumento en el apetito y los niveles de *craving* más elevados, al tener una dieta rica en proteínas para perder peso. El *craving* por carbohidratos y comida rápida se ha asociado con el alelo A1 de *DRD2*; asimismo, el gen *DRD2* se correlaciona con la compulsividad para comer, aumentando la predisposición para la obesidad y el sobrepeso.

Bibliografía

- Glosario de términos de alcohol y drogas de la OMS. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Secretaría general de la OMS; 1994 [fecha de consulta: 30/01/19]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Sánchez-Hervás E, Molina Bou N, del Olmo Gurrea R, Gradolí VT, Morales Galús E. Craving y adicción a las drogas. Trastornos Adictivos. 2001;3(4):237-43.
- Iani L, Barbaranelli C, Lombardo C. Cross-validation of the reduced form of the Food Craving Questionnaire-Trait using confirmatory factor analysis. Front Psychol. 2015;13(6):433.
- Tiggemann M, Kempf E. The phenomenology of food cravings: the role of mental imagery. Appetite. 2005;45(3):305-13.
- Hormes JM. The clinical significance of craving across the addictive behaviors: a Review. Curr Addict Rep. 2017;4(2):132-41.
- Cepeda-Benito A, Gleaves DH, Williams TL, Erath SA. The development and validation of the state and trait food-cravings questionnaires. Behav Ther. 2000;31(1):151-73.
- Al-Nakeeb Y, Lyons M, Dodd LJ, Al-Nuaim A. An investigation into the lifestyle, health habits and risk factors of young adults. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(4):4380-94.
- El-Kassab G, Ziade F. Exploration of the dietary and lifestyle behaviors and weight status and their self-perceptions among Health Sciences University Students in North Lebanon. Biomed Res Int. 2016;4:1-14.
- Havermans RC. Pavlovian craving and overeating: A conditioned incentive model. Curr Obes Rep. 2013;2(2):165-70.
- Rogers PJ, Smit HJ. Food craving and food "addiction": a critical review of the evidence from a biopsychosocial perspective. Pharmacol Biochem Behav. 2000;66(1):3-14.
- Rogers PJ, Smit H. Food craving and food addiction: a critical review of the evidence from a Biopsychosocial Perspective. Pharmacol Biochem Behav. 2000;66(1):3-14.
- Polk SE, Schulte EM, Furman CR, Gearhardt AN. Wanting and liking: Separable components in problematic eating behavior? Appetite. 2017;1(115):45-53.
- Asarian L, Geary N. Sex differences in the physiology of eating. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2013;305(11):R1215-67. doi: 10.1152/ajp-regu.00446.2012.
- Hallam J, Boswell RG, DeVito EE, Kober H. Gender-related differences in food craving and obesity. Yale J Biol Med. 2016;89(2):161-73.
- Krishnan S, Tryon RR, Horn WF, Welch L, Keim NL. Estradiol, SHBG and leptin interplay with food craving and intake across the menstrual cycle. Physiol Behav. 2016;165:304-12. doi: 10.1016/j.physbeh.2016.08.010.
- Hormes JM, Niemiec MA. Does culture create craving? Evidence from the case of menstrual chocolate craving. PLoS One. 2017;2(7):e0181445.
- Hormes JM. Premenstrual chocolate craving: from pharmacology and physiology to cognition and culture. Wageningen: Wageningen Academic Publishers; 2014.
- Orloff NC, Homes JM. Pickles and ice cream! Food cravings in pregnancy: hypotheses, preliminary evidence, and directions for future research. Front Psychol. 2014;5:1076.
- Bryant M, Truesdale KP, Dye L. Modest changes in dietary intake across the menstrual cycle: implications for food intake research. BR J Nutr. 2006;96(5):888-94.
- Apperson M, Copeland A, Newman H, Geiselman P. Food cravings and food cue responding across the menstrual cycle in a non-eating disorder simple. Appetite. 2012;13:592-600.
- Souza LB, Martins KA, Cordeiro MM, Rodrigues YS, Rafacho BPM, Bomfim RA. Do food intake and food cravings change during the menstrual cycle of young women? Rev Bras Ginecol Obstet. 2018;40(11):686-92.
- Orloff NC, Flammer A, Hartnett J, Liguorman S, Samelson R, Hormes JM. Food cravings in pregnancy: Preliminary evidence for a role in excess gestational weight gain. Appetite. 2016;105:259-65.
- Pelchat ML, Johnson A, Chan R, Valdez J, Ragland JD. Images of desire: food-craving activation during fMRI. Neuroimage. 2004;23(4):1486-1493.
- Marc N. Potenza and Carlos M. Grilo. How Relevant is Food Craving to Obesity and Its Treatment? Front Psychiatry. 2014;5:164.
- Rumsey Cooksey N. Pica and olfactory craving of pregnancy: How deep are the secrets? Birth. 1995;22(3).
- Lin JW, Temple L, Trujillo C, Mejia-Rodriguez F, Rosas LG, Fernald L, Young SL. Pica during pregnancy among Mexican-born women: a formative study. Matern Child Nutr. 2015;11(4):550-8. doi:10.1111/mcn.12120.
- Moreno S, Warren C, Rodríguez S, Fernández M, Cepeda-Benito A. Food cravings discriminate between anorexia and bulimia nervosa. Implications for "success" versus "failure" in dietary restriction. Appetite. 2009;52(3):588-94.
- Gendall KA, Joyce PR, Sullivan PF. Impact of definition on prevalence of food cravings in a random sample of young women. Appetite. 1997;28(1):63-72.
- Van den Eynde F, Guillaume S, Broadbent H, Stahl D, Campbell IC, Schmidt U, et al. Neurocognition in bulimic eating disorders: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2011;124(2):120-40.
- Longena Ng, Davis C. Cravings and food consumption in binge eating disorder. Eating behav. 2013;14(4):472-5.
- Chao AM, Grilo CM, Sinha R. Food cravings, binge eating, and disorder psychopathology: exploring the moderating roles of gender and race. Eat Behav. 2015;21:41-7.
- Gilhooy CH, Das SK, Golden JK, McCrory MA, Dallal GE, Saltzman E, et al. Food cravings and energy regulation: the characteristics of craved foods and their relationship with eating behaviors and weight change during 6 months of dietary energy restriction. Int J Obes (Lond). 2007;31(12):1849-58.
- Joyner MA, Gearhardt AN, White MA. Food craving as a mediator between addictive-like eating and problematic eating outcomes. Eat Behav. 2015;19:98-101.
- Taylor M. A review of food craving measures. Eat Behav. 2019;32:101-10.
- White MA, Whisenthunt BL, Williamson DA, Greenway FL, Netemeyer RG. Development and validation of the food-craving inventory. Obes Res. 2002;10(2):107-14.
- Jáuregui Lobera I, Bolaños P, Carbonero R, Valero Blanco E. Psychometric properties of the Spanish version of Food Craving Inventory (FCI-SP). Nutrición Hospitalaria. 2010;25(6):984-92.
- Nicholls W, Hulbert-Williams L. British english of the food craving inventory (FCI-UK). Appetite. 2013;67:37-43.
- Komatsu S. Rice and sushi cravings: A preliminary study of food craving among Japanese females. Appetite. 2008;50(2-3):353-8.
- Tarragon E, Stein J, Meyer J. Psychometric properties of the German translated version and adaptation of the Food Craving Inventory. Front Psychol. 2017;8:736.
- Nijis IM, Franken IH, Muris P. The modified Trait and State Food-Cravings Questionnaires: development and validation of a general index of food craving. Appetite. 2007;49(1):38-46.
- Meule A, Lutz A, Vögele C, Kübler A. Food cravings discriminate differentially between successful and unsuccessful dieters and non-dieters. Validation of the Food Cravings Questionnaires in German. Appetite. 2012;58(1):88-97.
- Queiroz de Medeiros AC, Campos Pedrosa LF, Hutz CS, Yamamoto ME. Brazilian version of Food Cravings Questionnaires: psychometric properties and sex differences. Appetite. 2016;105:328-33.
- Rodríguez-Martín BC, Molerio-Pérez O. Exploring the factor structure of the Food Cravings Questionnaire-Trait in Cuban adults. Front Psychol. 2014;5:1-12.
- Huang T, Zheng Y, Hruby A, Williamson DA, Bray GA, Shen Y, et al. Dietary protein modifies the effect of the MC4R genotype on 2-year changes in appetite and food craving: The POUNDS Lost Trial. J Nutr. 2017;147(3):439-44.
- Yako YY, Fanampe BL, Hassan MS, Erasmus RT, van der Merwe L, van Rensburg SJ, et al. Association of cocaine- and amphetamine-related transcript, leptin and leptin receptor gene polymorphisms with anthropometric obesity phenotype indicators in South African learners. J Nutrigenet Nutrige. 2011;4(4):210-21.
- Rigoli L, Munafò, Di Bella C, Salpietro A, Procopio V, Salpietro C. Molecular analysis of the CART gene in overweight and obese Italian children using family-based association methods. Acta Paediatrica. 2010;99(5):722-6.
- Yeh J, Trang A, Henning SM, Wilhalm H, Carpenter C, Heber D, et al. Food cravings, food addiction, and a dopamine-resistant (DRD2 A1) receptor polymorphism in Asian American college students. Asia Pac J Clin Nutr. 2016;25(2):424-9.
- Genis-Mendoza A, Nicolini H, Tovilla-Zárata CA, López-Narváez ML, González-Castro TB. Association between the feeding behavior factors and the expression of DRD2 gene: a study of mexican monozygotic twins. Gac Med Mex. 2016;152(3):329-33.

Prevalencia de los principales diagnósticos de enfermería en pacientes con demencia vascular según la taxonomía NANDA. Revisión bibliográfica

María del Carmen Ibarra-Torres*, Erika Adriana Torres-Hernández y María Candelaria Betancourt-Esparza

Unidad de Posgrado e Investigación, Facultad de Enfermería y Nutrición, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

Resumen

Introducción: El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial característico del presente siglo. En México marca una preocupación debido a la aparición de síndromes geriátricos originados por enfermedades crónicas degenerativas precursoras de entidades patológicas incapacitantes como la demencia vascular. **Metodología:** El presente trabajo muestra el desarrollo de un Proceso de Cuidado Enfermero dirigido al anciano con demencia de tipo vascular en estadio I contextualizado en el ámbito domiciliario. La manera en que se desarrolló fue por medio de una revisión de material bibliográfico haciendo uso de diversas fuentes científicas. **Resultados:** Por medio del mapeamiento cruzado se obtuvieron 19 diagnósticos de enfermería, apareciendo con más frecuencia en la bibliografía consultada el deterioro de la memoria (NANDA 00131). El resultado sugerido en la Clasificación de Resultados de Enfermería es el 0908 Memoria, para lo cual se propone trabajar intervenciones incluidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería como estimulación cognitiva y orientación en la realidad. **Conclusión:** Los trastornos mentales presentan una repercusión en el estado de salud del anciano por el alto grado de dependencia que generan. Por lo tanto, la atención puede ser más efectiva si se aborda desde las primeras etapas, previniendo el rápido desarrollo de la enfermedad apoyado con la participación de enfermería.

Palabras clave: Anciano. Demencia vascular. Proceso de enfermería.

Abstract

Introduction: The population aging is a characteristic phenomenon of the present century. In Mexico it is a concern due to the appearance of geriatric syndromes caused by chronic degenerative diseases precursors of disabling pathological entities such as vascular dementia. **Methodology:** The present work shows the development of a Nursing Care Process directed to the elderly with dementia of vascular type in state I contextualized in the home setting. The way it was developed was through a review of bibliographic material making use of diverse scientific sources. **Results:** Through cross-mapping, 19 nursing diagnoses were obtained, the most prevalent being 00131 Impairment of memory. The result suggested in the Nursing Outcomes Classification is 0908 Memory, for which purpose it is proposed to work on interventions included in the Nursing Interventions Classification as cognitive stimulation and orientation in reality. **Conclusions:** Mental disorders have an impact on the health status of the elderly due to the high degree of dependency they generate. Therefore, care can be more effective if it is addressed from the earliest stages, preventing the rapid development of the disease supported with the participation of nursing. (Rev Mex Enf. 2019;7:71-81)

Corresponding author: María del Carmen Ibarra-Torres, carmen_9087@hotmail.es

Key words: Aged. Vascular dementia. Nurse process.

Correspondencia:

*María del Carmen Ibarra-Torres

E-mail: carmen_9087@hotmail.es

Fecha de recepción en versión modificada: 14-12-2018

Fecha de aceptación: 25-03-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000069

Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial característico del presente siglo¹. Según la Organización Mundial de la Salud, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones². En México, de acuerdo con las cifras que estima el Consejo Nacional de Población, en 2017 habitan en el país casi 13 millones de ancianos³.

Sin embargo, aunque el envejecimiento de la población es considerado un logro, marca una preocupación política y social, ya que el hecho de que personas puedan vivir más años no significa que lo hagan en las mejores condiciones de salud; si a esto se le agregan las múltiples comorbilidades, la desnutrición y una mala red familiar y social, se genera un proceso de envejecimiento patológico⁴ que hace referencia a la pérdida del nivel de funcionalidad, la inestabilidad y el deterioro intelectual⁵.

Estas manifestaciones son precursoras de grandes síndromes geriátricos, entre los que destaca el síndrome de deterioro cognitivo, que es considerado el primer paso que lleva a la demencia, un trastorno neurológico que se caracteriza por el declinar de las funciones cognitivas de manera progresiva e irreversible⁶.

La demencia vascular es la segunda causa más frecuente de deterioro cognoscitivo en ancianos después de la enfermedad de Alzheimer. Su prevalencia se duplica cada 5.3 años⁷ y se espera que aumente como consecuencia del incremento en el número de ancianos y de la alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, precursoras de eventos cerebrovasculares que generan la interrupción del aporte de oxígeno necesario para el buen funcionamiento cerebral.

El progreso de la enfermedad puede ser lento, si una serie de pequeños accidentes cerebrovasculares ocurre a lo largo de un lapso considerable de tiempo, o puede ser de inicio súbito si el accidente cerebrovascular ocurre en un área del cerebro catastrófica⁸.

La sintomatología de la demencia vascular puede variar dependiendo del área cerebral afectada, sin embargo, casi siempre afecta a las funciones superiores como la memoria, el razonamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento; también pueden aparecer trastornos psiquiátricos, de movimiento y del sueño⁹.

En este contexto, la enfermería con especialidad en cuidado gerontológico y geriátrico es la profesión más adecuada para atender integralmente a los ancianos y a sus familias por medio del Proceso de Cui-

dado Enfermero, que es el método propio de la disciplina con el que se busca satisfacer las necesidades identificadas no solo en las dimensiones físicas y mentales, sino también en su entorno social, psicológico y espiritual, contribuyendo a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud¹⁰.

Por lo tanto, el objetivo se centró en elaborar una revisión bibliográfica que sustente la construcción de un plan de cuidados enfermeros para el anciano con demencia de tipo vascular contextualizado en el ámbito domiciliario, con la intención de prevenir un mayor daño, entretener el curso de la enfermedad y contribuir a que se mantenga una buena calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

Metodología

El presente trabajo muestra la revisión bibliográfica realizada para identificar los principales diagnósticos de enfermería (taxonomía NANDA, *North American Nursing Diagnosis Association*) en pacientes ancianos con demencia vascular; de manera adicional se mencionan criterios de resultado e intervenciones de enfermería que se pueden trabajar en los estadios iniciales de la enfermedad contextualizados en el ámbito domiciliario.

La manera en que se desarrolló fue por medio de una revisión de material bibliográfico científico publicado en los últimos 10 años, cuyo fundamento teórico ofreció conocimientos profundos y exhaustivos con respecto al cuidado de enfermería en la demencia de tipo vascular.

Para ello utilizaron bases de datos científicas como: BIC, CONRICyT, Medic Latina, Ciber INDEX, Cuiden, Scielo y Lilacs; los descriptores en ciencias de salud (DEC'S) que se utilizaron fueron: «anciano», «demencia vascular» y «proceso de enfermería».

El análisis de la literatura comenzó con la selección de los artículos que contaran con criterios de inclusión, a saber: publicaciones de enfermería que retomaran diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con demencia vascular, y artículos médicos que tuvieran como enfoque el diagnóstico y tratamiento de la demencia; estar completos, y ser originales, de revisión, editoriales, casos clínicos o tesis.

Posteriormente, se realizó una búsqueda de nuevos datos que aporten conocimiento significativo al proceso de cuidado. Por último, los datos resumidos y comparados permitieron que se obtuviera una panorámica general sobre el tema seleccionado. Además, favoreció unificar términos utilizados en la práctica

clínica como parte de un proceso de estandarización con el propósito de colaborar con la aclaración de conceptos por medio de la aplicación de un mapeamiento cruzado¹¹.

La valoración de enfermería se estructuró bajo la lógica del pensamiento de Margory Gordon, además, se realizó una vinculación con la valoración geriátrica integral para identificar las necesidades específicas de los ancianos con demencia vascular; en cuanto a los diagnósticos enfermeros, la NANDA- I 2018-2020 constituyó la referencia. Los criterios de resultado y las intervenciones de enfermería estuvieron orientados bajo lo propuesto por la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Resultados

Valoración del paciente anciano con demencia vascular

En el primer patrón, «percepción-manejo de la salud», se valoran factores de riesgo modificables y no modificables¹², debido que el riesgo cardiovascular está constituido en gran medida por la edad, el sexo, los antecedentes de enfermedad cardiovascular en familiares de primer grado¹³, antecedentes personales de enfermedades cronicodegenerativas, además de obesidad, dislipidemia, tabaquismo, alcoholismo, estrés y sedentarismo.

Valorar el nivel educativo en el primer patrón resulta relevante, pues es un factor que puede actuar como modulador del rendimiento cognitivo, el cual se analizará con mayor profundidad dentro del patrón «cognitivo-perceptual»¹⁴.

En el segundo patrón, «nutricional-metabólico», es necesario valorar el tipo de alimentación y la existencia de sobrepeso, pues estos factores aumentan el riesgo de padecer dislipidemias, diabetes *mellitus* e hipertensión, especialmente en mujeres^{15,16}.

Por otra parte, la valoración de resultados de laboratorio como biometría hemática, la hormona estimulante de la tiroides, electrolitos séricos y química sanguínea (glucosa) podría representar un método de identificación de factores de riesgo o diferenciación de otro tipo de demencia¹⁷; por lo que resulta relevante conocer los datos de laboratorio para llevar un control de estos durante las consultas subsecuentes que pueda estar llevando a cabo el anciano.

En el tercer patrón, «eliminación», valorar la existencia de algún tipo de incontinencia, relacionada con los

olvidos, las probabilidades de extraviarse al tratar de encontrar el baño y el control de esfínteres¹⁸.

En el cuarto patrón, «actividad-ejercicio», conocer el nivel de funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria es útil para evaluar el impacto del deterioro cognitivo sobre la funcionalidad del adulto mayor¹⁷ e intervenir para mantenerla. Además, el cuidado cardiovascular también es importante para evitar nuevos eventos cerebrovasculares que deterioren aún más el estado de salud del anciano.

En el patrón «sueño-descanso», la bibliografía evidencia que la mala calidad de sueño es un factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares y respiratorias además de que produce empeoramiento cognitivo, lo que aumenta la mortalidad en edades avanzadas^{19,20}, por lo tanto, valorar la calidad y cantidad de sueño también es importante.

En el patrón «cognitivo-perceptual», la valoración de la integridad cognitiva es sustancial, ya que representa una pauta para identificar el estadio y la progresión de la enfermedad, pues como ya se mencionó, intervenir en etapas iniciales es lo más beneficioso para frenar su desarrollo²¹.

Un dato relevante que valorar en el anciano es el nivel educativo, dado que el analfabetismo es un factor de riesgo para la demencia, ya que tiene relación con la baja reserva cognitiva²²⁻²⁴.

En el patrón «autopercepción-autoconcepto», la valoración del patrón emocional con la escala de Yesavage es relevante, ya que un metaanálisis demostró que la depresión de inicio tardío es un factor de riesgo importante para la demencia vascular²⁵.

En el patrón «rol-relaciones», valorar adecuadamente el entorno (red de apoyo) desde el principio de la enfermedad es importante, ya que es sabido que una problemática familiar no resuelta y una situación de estrés crónico en la familia podrían llevar a negligencias en el cuidado e incluso al abandono del anciano²⁶.

En el patrón «sexualidad-reproducción» la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales no deben de quedar olvidadas; la edad no es un indicador del cese de la vida sexual.

En el patrón «afrentamiento-tolerancia al estrés», valorar la ansiedad con la Escala de Hamilton para identificar la respuesta del anciano al impacto que tiene la demencia en relación con su salud²⁷.

En el último patrón, «valores y creencias», explorar si existen voluntades anticipadas es útil, pues plan-

Tabla 1. Mapeamiento cruzado para la elaboración de diagnósticos de enfermería a partir de la literatura revisada

Etiqueta	Etiología sugerida en la bibliografía	Factor relacionado NANDA I	Signos y síntomas sugeridos en la bibliografía	Características definitorias NANDA I
Deterioro de la memoria ^{12,13,31}	Disminución de las capacidades cognitivas superiores secundario a lesiones cerebrovasculares focales o difusas ^{12,13,31}	Deterioro neurológico ³²	Olvidos, no reconoce lugares que ya conoce, se pierde fácilmente, pérdida de la memoria gradual a corto plazo ^{12,13,31}	Olvidos, olvida realizar una conducta en el momento programado para ello, incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta, incapacidad para recordar eventos, incapacidad para recordar información ³²
Mantenimiento ineficaz de la salud ^{31,33}	Descontrol de enfermedades desencadenantes como diabetes <i>mellitus</i> , hipertensión arterial y dislipidemias ³¹	Alteración en el funcionamiento cognitivo ³²	Tensión arterial superior a 140/90, dislipidemia superior a 200 mg/dl colesterol total, LDL superior a 130 mg/dl Riesgo cardiovascular por enfermedad aterosclerótica previa ^{31,33}	Conocimientos insuficientes sobre prácticas básicas de salud Incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar prácticas básicas de salud Patrón de falta de comportamiento de búsqueda de atención de salud ³²
Síndrome de fragilidad del anciano ³²	Deterioro cognitivo que evoluciona a demencia secundaria a lesiones cerebrovasculares ^{12,13,34}	Alteración en el funcionamiento cognitivo ³²	Dificultad para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria Deterioro de las funciones cognitivas superiores Deterioro gradual de la movilidad física, inestabilidad postural y alteraciones de equilibrio y marcha ^{12,13}	Déficit de autocuidados, deterioro de la memoria, deterioro de la ambulación y movilidad física ³²
Confusión crónica ³¹	Disminución de las capacidades cognitivas superiores secundario a lesiones cerebrovasculares focales o difusas ^{12,13,31,34}	Demencia multiinfarto ³²	Desorientación importante del tiempo y lugar que ocurre de manera gradual y con frecuencia. No sabe dónde está, pregunta por sus familiares o presenta conducta alterada ^{12,13,31,34}	Alteración de la interpretación, alteración progresiva del funcionamiento cognitivo, alteración de la memoria a corto plazo ³²
Deterioro de la movilidad física ^{31,33,35}	Alteraciones de la movilidad física secundaria a lesión cerebrovascular ³¹	Alteración del funcionamiento cognitivo ³²	Alteraciones en la marcha, alteraciones en el equilibrio y la postura, pérdida gradual del movimiento empezando por habilidades motoras finas ^{31,33}	Alteraciones en la marcha Aumento del tiempo de reacción Inestabilidad postural ³²
Deterioro de la deambulación ³¹	Alteración de la capacidad para deambular secundario a lesiones cerebrovasculares ^{16,31,34}	Alteración del funcionamiento cognitivo ³²	Alteraciones en la marcha y el equilibrio ^{16,31,34}	Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas ³²

(continúa)

Tabla 1. Mapeamiento cruzado para la elaboración de diagnósticos de enfermería a partir de la literatura revisada (continuación)

Etiqueta	Etiología sugerida en la bibliografía	Factor relacionado NANDA I	Signos y síntomas sugeridos en la bibliografía	Características definitorias NANDA I
Incontinencia urinaria funcional ³¹	Confusión u olvidos acerca de cómo, cuándo y dónde miccional ²⁰	Alteración en el funcionamiento cognitivo ³²	No recuerda donde está el baño, olvida desvestirse, no reconoce la necesidad de orinar, no llega a tiempo al baño, orina en lugares inapropiados ²⁰	Se orina antes de llegar al inodoro Vacía completamente la vejiga El tiempo requerido para llegar al baño es muy corto ³²
Estreñimiento ³¹	Alteraciones en la movilidad física secundaria a deterioro cognitivo o demencia, inestabilidad en la marcha ^{16,35}	Disminución de la motilidad gastrointestinal ³²	Disminución de la frecuencia de defecación por disminución de la movilidad física ^{16,35}	Cambios en el patrón intestinal Disminución de la frecuencia para defecar ³²
Ansiedad ³¹	Incapacidad para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de forma autónoma Preocupación por el progreso de la enfermedad Deseo de no ser una carga para la familia Pérdida de roles familiares y sociales ^{13,36,37}	Amenaza para el estado actual ³²	Temor, depresión, labilidad emocional, negación, aislamiento ^{13,36,37}	Angustia, incertidumbre, temor, desamparo ³²
Insomnio ³¹	Temor o incertidumbre con respecto a la evolución de la enfermedad ^{27,38,43}	Estresores ³²	Dificultad para conciliar o mantener el sueño. Inversión del patrón del sueño-vigilia ^{27,43}	Alteración del patrón de dormir, estado de salud comprometido, dificultad para conciliar el sueño ³²
Conocimientos deficientes ³²	Poco acceso a fuentes de información, negación a recibir información, dificultad para su comprensión ^{15,17-19,39-42}	Alteración del funcionamiento cognitivo Conocimiento insuficiente de los recursos ³²	Mal manejo de enfermedades crónicas degenerativas desencadenantes Mal manejo de la demencia ^{15,17-19,39-42}	Comportamiento inapropiado, conocimiento insuficiente, seguimiento inexacto de las instrucciones ³²
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud ³²	Tabaquismo Alcoholismo Sedentarismo Malos hábitos dietéticos ^{7,12,13}	Actitud negativa hacia el cuidado de la salud Cumplimiento insuficiente ³²	Hábitos tóxicos Falta de adherencia al tratamiento Anosognosia ^{7,12,13,42}	Fracaso para adoptar medidas que eviten problemas de salud Fracaso para alcanzar una sensación óptima de control Niega cambios en el estado de salud ³²
Riesgo de nivel de glucemia inestable ³²	Antecedentes de diabetes <i>mellitus</i> probablemente no controlada debido a conocimientos insuficientes o deterioro cognitivo ^{7,13,20}	Manejo insuficiente de la diabetes ³²		

(continúa)

Tabla 1. Mapeamiento cruzado para la elaboración de diagnósticos de enfermería a partir de la literatura revisada (continuación)

Etiqueta	Etiología sugerida en la bibliografía	Factor relacionado NANDA I	Signos y síntomas sugeridos en la bibliografía	Características definitorias NANDA I
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz ³²	Riesgo de un segundo accidente cerebrovascular secundario a descontrol de los factores de riesgo ^{12,13,43}	Lesión cerebral ³²		
Riesgo de caídas ³¹	Alteraciones en la marcha y el equilibrio que puede propiciar accidentes ^{16,31,35}	Deterioro de la movilidad Deterioro del equilibrio ³²		
Déficit de autocuidados ³¹	Disminución del nivel de funcionamiento secundario a lesiones cerebrovasculares ^{20,34}	Alteración del funcionamiento cognitivo ³²	Dificultad para la realización de la actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de manera autónoma ^{20,34}	Deterioro de la capacidad para alimentarse Deterioro de la capacidad para acceder al cuarto de baño y lavarse el cuerpo Deterioro de la capacidad para llegar al inodoro Deterioro de la capacidad para ponerse prendas de vestir ³²
Cansancio del rol del cuidador ³²	Incapacidad para afrontar las responsabilidades que representan el cuidado de un adulto mayor con demencia por parte de la familia o cuidadores ^{26,33}	Responsabilidad de los cuidados ³²	Cansancio del rol de cuidador, deterioro de la salud física y mental, disminución de las actividades recreativas, sociales y de ocio, abandono y maltrato dirigido al adulto mayor que padece la demencia ^{26,33}	Aprensión por la salud futura del receptor de los cuidados, cambio disfuncional de las actividades del cuidador, dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas, conflictos familiares ³²
Conflicto de decisiones ³²	Poco acceso a fuentes de información, negación a recibir información, dificultad para su comprensión ^{28,44,45}	Información insuficiente ³²	No estipular por escrito sus voluntades anticipadas durante la primera fase de la demencia ^{28,44,45}	Incertidumbre sobre elecciones, retraso en la toma de decisiones, vacilación entre elecciones ³²
Riesgo de deterioro de la autonomía para la toma de decisiones ³²	Deterioro progresivo de la capacidad para tomar decisiones de forma autónoma ^{28,44,46}	Disminución de la comprensión de todas las opciones de cuidado de la salud disponibles ³²		
Disposición para mejorar la autonomía para la toma de decisiones ³²			Acceso a personal de salud que le brinde información acerca de los beneficios de la estipulación de las voluntades anticipadas ^{28,44,45}	Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones, expresa deseos para mejorar la capacidad para comprender todas las opciones de cuidado disponibles ³²

LDL: low density lipoproteins; NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

Tabla 2. Intervenciones de enfermería identificados a partir del mapeamiento cruzado de la bibliografía revisada

Intervención sugerida en publicaciones	Intervenciones de enfermería NIC	Justificación
Abordaje multidisciplinario ^{7,28,46}	7710 Colaboración con el médico 7650 Delegación	Se recomienda la conformación de un equipo multidisciplinario para la atención integral del paciente con demencia vascular ^{7,28,46}
Estimulación cognitiva ^{31,46}	4400 Musicoterapia 4680 Biblioterapia 4760 Entrenamiento de la memoria 4720 Estimulación cognitiva 4820 Orientación de la realidad 4700 Reestructuración cognitiva 4860 Terapia de reminiscencia	En fases iniciales de las enfermedades con deterioro cognitivo es positivo realizar intervenciones que sean no farmacológicas pero que permitan mantener sus funciones cognitivas el mayor tiempo posible ^{31,46,47}
Actividad física ³¹	0200 Fomento del ejercicio. 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	La actividad física puede ser un factor que contribuya a mejorar la salud cognitiva, al repercutir en el sistema cardiovascular repercute también en el cerebro vascular. En la edad adulta, llevar a cabo actividad física se vincula con una disminución del riesgo de demencia ^{16,48}
Administración de medicamentos (manejo de la demencia) ¹⁶	2300 Administración de la medicación 2395 Control de la medicación 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 2380 Manejo de la medicación	Las opciones terapéuticas actuales para limitar el déficit cognoscitivo en demencia vascular incluyen medicamentos desarrollados para la enfermedad de Alzheimer y que han probado eficacia para dicha enfermedad En la actualidad existen fármacos que consiguen retrasar la aparición de ciertos signos y síntomas propios de las demencias y que, según avanza el grado de demencia se reajustan con el fin de mantener un tratamiento eficaz para el paciente y mantener su calidad de vida ¹⁶
Educación para la salud del adulto mayor con demencia vascular acerca de las características básicas de la enfermedad ²⁷	5520 Facilitar el aprendizaje 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje 4920 Escucha activa 5240 Asesoramiento 5470 Declara la verdad al paciente	Se recomienda otorgar información a pacientes y familiares sobre la demencia, su evolución, manifestaciones clínicas, tratamiento integral y soporte al cuidador que les permita planificar su futuro ²⁷
Educación sanitaria a familiares ^{27,31}	5240 Asesoramiento 5510 Educación sanitaria	Proporcionar información que le permita al paciente y a su familia planificar el futuro en relación con el desarrollo de la demencia significará tener la capacidad de reorganizar cuestiones económicas y legales, valorar los distintos tratamientos y cuidados que va a ir requiriendo el familiar, etc. ²⁸
Prevención primaria en pacientes con riesgo cardiovascular ¹³	4410 Establecimiento de objetivos comunes 4480 Facilitar la autorresponsabilidad 5240 Asesoramiento	Como medida de prevención primaria en paciente con alto riesgo cardiovascular, el adecuado control de diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia, así como la modificación en los estilos de vida son necesarios para prevenir la aparición de demencia vascular ¹³
Control cardiovascular para evitar nuevos eventos ¹³	2620 Monitorización neurológica 4420 Acuerdo con el paciente 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo 5240 Asesoramiento 7610 Análisis de laboratorios	Las personas con deterioro cognoscitivo/demencia y evidencia clínica o radiológica de enfermedad cerebrovascular deben recibir tratamiento para factores de riesgo cardiovascular Estas medidas son eficaces en prevenir nuevos eventos más que en mejorar la función cognoscitiva ¹³

(continúa)

Tabla 2. Intervenciones de enfermería identificados a partir del mapeamiento cruzado de la bibliografía revisada (continuación)

Intervención sugerida en publicaciones	Intervenciones de enfermería NIC	Justificación
Administración de medicamentos (preventivo) Antihipertensivos ²⁸ Antiagregantes plaquetarios ²⁸	2300 Administración de la medicación 2395 Control de la medicación 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 2380 Manejo de la medicación	El uso de medicamentos antihipertensivos ha demostrado reducir la tasa de deterioro cognoscitivo en áreas específicas en adultos mayores con hipertensión Se recomienda usar antiagregantes plaquetarios de acuerdo a indicación médica previa para prevención secundaria y disminuir riesgo de nuevo EVC, pero no como manejo farmacológico para la demencia vascular ²⁸
Autocuidado ³¹	1800 Ayuda en el autocuidado 1801 Ayuda en los autocuidados: baño e higiene 1802 Ayuda en los autocuidados: vestir/arreglo personal 1803 Ayuda en los autocuidados: alimentación 1804 Ayuda en los autocuidados: aseo 1805 Ayuda en los autocuidados AIVD	El deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria son una de las características principales de la demencia y forma parte de la evaluación integral, además son útiles para seguimiento del grado de deterioro o los cambios en la evolución de la demencia ³¹
Entorno seguro ³¹	7170 Facilitar la presencia de la familia 6404 Apoyo en la protección contra abusos: ancianos 6610 Identificación de riesgos 6486 Manejo ambiental: seguridad 6460 Manejo de la demencia 6470 Precauciones contra fugas 6490 Prevención de caídas	Es importante trabajar sobre el ambiente en donde vive la persona con demencia vascular, esto incluye disminuir o eliminar los objetos que represente un riesgo físico, evitar modificaciones en el ambiente, mantener los objetos en lugares fijos, limitar la presencia de estímulos sensitivos intensos, control adecuado de las salidas del hogar, señalización de los objetos o lugares de uso cotidiano ²⁸
Valoración y control de los signos vitales ⁴⁹	6680 Monitoreo de signos vitales	Se recomienda la disminución de la presión arterial para disminuir el riesgo de demencia postenfermedad cerebrovascular ¹³
Control de diabetes mellitus ^{13,49}	5246 Asesoramiento nutricional 5614 Enseñanza dieta prescrita 1160 Monitorización nutricional 2120 Manejo de la hiperglucemia	Se recomienda alcanzar un adecuado control glucémico para la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes, entre ellas, la enfermedad cerebrovascular y el deterioro cognoscitivo asociado a EVC ^{13,49}
Detección oportuna ¹³	5240 Asesoramiento	Algunas formas de demencia son tratables, por lo que una mejor comprensión de las demencias, así como de su diagnóstico y tratamiento haría posible que las personas afectadas y sus cuidadores pudieran vivir una vida más completa y enfrentar los retos diarios ¹³
Difusión de documento de voluntades anticipadas Planear las voluntades anticipadas ²⁸	4340 Entrenamiento de la asertividad 4410 Establecimiento de objetivos comunes 5250 Apoyo en la toma de decisiones 5240 Asesoramiento 5470 Declara la verdad al paciente 5210 Guía de anticipación	Se debe plantear la realización de un documento de voluntades anticipadas en fases iniciales ya que estos pacientes con el desarrollo de la demencia pierden la autonomía y su capacidad de tomar decisiones ²⁸

(continúa)

Tabla 2. Intervenciones de enfermería identificados a partir del mapeamiento cruzado de la bibliografía revisada (continuación)

Intervención sugerida en publicaciones	Intervenciones de enfermería NIC	Justificación
Apoyo emocional a familiares ²⁸	4920 Escucha activa 5020 Mediación de conflictos 5250 Apoyo en la toma de decisiones 5230 Aumentar el afrontamiento 5310 Dar esperanza 7140 Apoyo a la familia 7040 Apoyo al cuidador principal 7110 Fomentar la implicación familiar	Los familiares y/o cuidadores de estos pacientes incluso conociendo el pronóstico de la enfermedad necesitan de apoyo emocional y psicológico para afrontar la nueva situación que está empezando a vivir su familiar y así conocer cómo actuar y gestionar todos los sentimientos que vayan apareciendo de la mejor forma posible ²⁸
Fomentar redes de apoyo ²⁸	4974 Mejorar la comunicación: déficit auditivo 4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla 4978 Mejorar la comunicación: déficit visual 5100 Potenciación de la socialización 5440 Aumentar los sistemas de apoyo	Para conseguir una buena gestión es necesario que se cuente con una red amplia y bien coordinada de recursos asistenciales sanitarios y así garantizar una atención integral, óptima y que asegure la continuidad asistencial ²⁸
Atención domiciliaria para la realización del seguimiento en función de la evolución ²⁸	7910 Consulta 5510 Educación sanitaria	El objetivo de la atención domiciliaria se fundamenta en mejorar la calidad de vida de los usuarios mediante una atención integral de la persona y su entorno por medio de acciones dirigidas al fomento y restauración de la salud, mejora del medio físico y social y a la prevención de las complicaciones, utilizando para ello la metodología propia del trabajo enfermero ²⁸

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; EVC: evento cerebrovascular.

tear todas las dudas acerca de la enfermedad y estimular las distintas actuaciones que se podrán llevar a cabo durante la progresión de la demencia en las primeras etapas sería beneficioso, ya que se respeta la voluntad del anciano con respecto a medidas de soporte vital, manteniendo su autonomía hasta el final de su vida²⁸.

Diagnóstico

Los diagnósticos de enfermería seleccionados en el presente proyecto surgen de un razonamiento elaborado a partir del mapeamiento cruzado de la literatura revisada, a fin de mostrar la diversidad de acercamiento al juicio clínico para el trabajo del profesional especializado de enfermería (Tabla 1).

Planeación y ejecución

Las intervenciones de enfermería sugeridas por la bibliografía se vinculan a la luz de la propuesta emi-

tida por la NIC²⁹ por medio del mapeamiento cruzado, para su posible ejecución, como parte de la tercera y cuarta etapa del proceso enfermero (Tabla 2).

Evaluación

Los datos para evaluar que se identificaron en la bibliografía y que posteriormente se cruzaron con lo propuesto por los criterios de resultado NOC³⁰ se presentan a continuación:

- Mantenimiento de la memoria y de las funciones cognitivas, expresado en la taxonomía NOC como 908 Memoria y 900 Cognición, respectivamente.
- Conducta de seguimiento a planes de tratamiento para prevenir nuevos accidentes cerebrovasculares y deterioro progresivo acelerado, manifestado como 1600 Comportamiento de adhesión.
- Información proporcionada al paciente y sus familiares y comprensión por parte del afectado para prevenir mayor deterioro y anticipar las

acciones que se desea implementar una vez que la demencia ha avanzado a etapas más incapacitantes, 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.

- Mantenimiento de la autonomía del paciente para tomar sus propias decisiones con respecto a su salud, las cuales deberán quedar estipuladas en un documento de voluntades anticipadas, 1614 Autonomía personal.

Conclusión

La demencia es un trastorno cognitivo que tiene una gran repercusión en la salud de los ancianos por el alto grado de dependencia que puede generar. Indagar en la literatura científica publicada aporta una perspectiva más amplia respecto a las causas y consecuencias que trae consigo dicha enfermedad, por lo tanto, permite identificar los diagnósticos de enfermería más comunes y proponer planes de cuidados orientados a prevenir un mayor daño, enlentecer el curso de la enfermedad y mantener una buena calidad de vida el mayor tiempo posible, al lado de su familia y en su hogar.

Además, un trabajo de documentación más profundo contribuye a justificar y dirigir las intervenciones tanto al anciano con demencia como a la familia, por medio de la educación para el cuidado de la salud, la prevención de nuevos eventos cerebrovasculares, las estrategias de estimulación cognitiva, el autocuidado y las opciones legales para la conservación de la autonomía en la toma de decisiones, evitando de esta manera los efectos negativos que trae consigo el desconocimiento acerca de la progresión de la enfermedad y por lo tanto, de las necesidades de cuidado que surjan en los ancianos a lo largo del tiempo, para prevenir la sobrecarga del cuidador, el estrés en la familia, las negligencias e incluso el abandono.

Bibliografía

1. Sánchez M. El envejecimiento poblacional en Asia y en Europa desde la perspectiva del dividendo demográfico. En: Casa Asia, CIDOB, Real Instituto Elcano. Anuario Asia Pacífico. Edición 2011. Barcelona, España: Masanas Gráficas Barcelona; 2011. pp. 283-92.
2. Benavides-Caro CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Mex de Anest*. 2017;40(2):107-12.
3. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. *Bolton Informativo* [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); 2017 [fecha de consulta: 28 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf
4. Instituto Nacional de Geriátrica. Protocolo para la atención de las personas adultas mayores por enfermería. Primera edición [Internet]. México: Instituto Nacional de Geriátrica; 2017 [fecha de consulta: 23 de agosto de 2018]. Disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Protocolo_PAM.PDF

5. Laguado E, Camargo K, Campo E, Martín M. Funcionalidad y grado de dependencia de los adultos mayores institucionalizando en centros de bienestar. *Gerokomos*. 2017;28(3):135-41.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica. México: IMSS; 2012.
7. Diagnóstico y tratamiento de la demencia vascular en adultos en los tres niveles de atención [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS; 2017 [fecha de consulta: 28 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/456GER.pdf>
8. Longoria M, Salinas RM, Sosa AL. Clasificación y criterios diagnósticos actuales de las demencias. *Arch Neurocienc*. 2016;21(Supl):7-25.
9. Muñoz-Pérez MJ, Espinoza-Villaseñor D. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Rev Mex Neuroci*. 2016;17(6):85-96.
10. Molero Bastante M, Pedraza Cantero AD, García López MV, Pomares Martínez MD, Gómez Gómez M, Moraleda Torres L. Relación entre fragilidad y fractura de cadera en el anciano. *Metas Enferm*. 2013;16(7):24-9.
11. Lucena A, Bottura A. Mapeamiento cruzado. Una alternativa para el análisis de datos en enfermería. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(1):82-8.
12. De Perosanz M. La asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias: Un recurso para enfermos y familias [Trabajo fin de Grado]. Valladolid, España: Universidad de Valladolid; 2015.
13. Ocaña Moreno A. Abordaje del riesgo vascular en la consulta de Enfermería en atención primaria [Internet]. Portales Médicos; 2012 [fecha de consulta: 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4472/1/Abordaje-del-riesgo-vascular-en-la-consulta-de-Enfermeria-en-atencion-primaria.html>
14. Soto-Añari M, Flores-Valdivia G, Fernandez-Guinea S. Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva en adultos mayores. *Rev Neurol*. 2013;56(2):79-85.
15. Sturman MT, de Leon CF, Bienias JL, Morris MC, Wilson RS, Evans DA. Body mass index and cognitive in a biracial community population. *Neurology*. 2008;70:360-7.
16. Luchsinger JA, Cheng D, Tang MX, Schupf N, Mayeux R. Central obesity in the elderly in relation to late-onset Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2001;26(2):101-5.
17. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [Internet]. España: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011 [fecha de consulta: 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
18. La demencia y el control urinario e intestinal [Internet]. Australia: An Australian Government Initiative; 2016. [fecha de consulta:]. Disponible en: https://www.continence.org.au/data/files/CALD/Spanish/2016/07_Dementia_Control_-_Spanish.pdf
19. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *J Psychosom Res*. 2004;56:497-502.
20. McCrae CS. Late-life comorbid insomnia: diagnosis and treatment. *Am J Manag Care*. 2009;15:514-23.
21. Frota NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza OV, Dias-Tosta E, da Silva AB, Herrera et al.; Group Recommendations in Alzheimer's Disease and Vascular Dementia of the Brazilian Academy of Neurology. Criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease. Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dement Neuropsychol*. 2011;5(3):146-52.
22. Dozzi S. Illiteracy and dementia. *Dement Neuropsychol*. 2010;4:153-7.
23. Velázquez N, Villarreal M. Demencia: el peldaño más vulnerable. En: Acevedo J, Bruno F, Pérez M. La problemática de los grupos vulnerables. Visiones de la realidad. Coahuila, México: Universidad Autónoma de Coahuila; 2016. pp. 69-73.
24. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado de personas con riesgo vascular en tratamiento con hipolipemiantes y/o antihipertensivos. España: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social; 2012.
25. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF 3rd. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. 2013;202(5):329-35.
26. Farfán Díaz F, Malavés Sanz N, Romero Gómez B, Carrillo Prieto E, Ponce Moreno B. Cuidando al cuidador del paciente con demencia: intervención educativa de la enfermera especialista en Geriátrica y Gerontología. *Biblias Lascaas*. 2014;10(2).
27. Da Costa Lindolpho M, Brum AK, Chaves SP, Peçanha da Cruz TJ, Silva de Andrade F. Programa para cuidadores de idosos com demência: um relato de experiência. *Enferm. Glob*. 2011;10(22):pp. 1-8.
28. Díez M. Demencias en el proceso de final de vida: percepción desde el punto de vista de los familiares y los enfermeros de Atención Primaria de las mejoras que aporta al paciente en su calidad de vida la realización de una Planificación de Voluntades anticipadas centrándose en la valoración del dolor y el sufrimiento. [Trabajo final de Grado]. Barcelona, España: Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat; 2018.
29. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 5 ed. España: Elsevier Mosby; 2008.
30. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5 ed. España: Elsevier Mosby; 2014.

31. Escalada-Hernández P, Lazkanotegui-Matxiarena U, Olondriz-Urrutia M, Alameda-Blanco M, Flores del Redal-López C, Dendarrieta-Bardot M. Diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados en pacientes institucionalizados con demencia. *RIASE* [Internet]. 2015 [fecha de consulta: 2 de noviembre de 2018];1(1):21-38. Disponible en: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/44/54
32. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definicoes e classificacao 2018-2020. Nueva York, EE.UU.: NANDA-I; 2018.
33. Güler E, Eser İ, Khorshid L, Yücel S. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. *Nursing Outlook*. 2012;60(1):21-8.
34. Melkas S, Oksala NK, Jokinen H, Pohjasvaara T, Vataja R, Oksala A, et al. Post-stroke dementia predicts poor survival in long-term follow-up: influence of prestroke cognitive decline and previous stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80(8):865-70.
35. Sevilla Gómez C, Fernández García C. Demencias: Clasificación etiológica y diferenciación cognitiva [Internet]. [fecha de consulta: 12 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-log/20_demencia.pdf.
36. Guay FJ, González VM, Hernández P, Andrés V, Cabrero EM, Cáceres R, et al. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2016 [fecha de consulta: 12 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3389/Guía_valoración_reglamentaria_alzheimer.pdf?sequence=1
37. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Nursing specialty knowledge as expressed by standardized nursing languages. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(2):69-79.
38. Ubis-Díez E, Olivera-Pueyo J. Trastornos del sueño en pacientes con demencia valorados en una consulta de geriatría. *Psicogeriatría*. 2012;4(1):21-9.
39. Deschaintre Y, Richard F, Leys D, Pasquier F. Treatment of vascular risk factors is associated with slower decline in Alzheimer disease. *Neurology*. 2009;73(9):874-80.
40. Sans S, Fitzgerald A, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(5):476-85.
41. Delgado L, Maroño Y, Fernández I, García A. Diagnóstico y tratamiento en medicina hospitalaria: Enfoque práctico. Libro do Peto [Internet]. Ailalelo; 2011 [fecha de consulta: 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.librodopeto.com/11-neuropsiquiatria/deterioro-cognitivo/pdf/>
42. Molina M. El rol de la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico y en el seguimiento de las demencias. *Rev Med Clin*. 2016;27(3):319-31.
43. Cabrera J. Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*. 2014;15(2):75-88.
44. Burnette AT, Heck H. Advance directives, dementia and Alzheimer's disease. *Health Care Law Mon*. 2012;2012(11):2-7.
45. Harrison K, King M, Jones L, Vickestaff V, Sampson EL. Advance care planning in dementia: Do family carers know the treatment preferences of people with early dementia? *PLoS One*. 2016;11(7):e0159056.
46. Márquez A. Reflexión sobre la relevancia de la actuación de enfermería en el abordaje terapéutico integral del paciente con demencias. *Hygia de enfermería* [Internet]. 2009 [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2018];(71):13-7. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia71.pdf#page=13>
47. Dossier de intervención del terapeuta ocupacional en la atención a personas con deterioro cognitivo en Navarra [Internet]. España: Grupo de Trabajo del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra; 2013 [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2018];10(18):29. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/revision.pdf>
48. Lluesma M. Calidad de vida en pacientes con demencia no institucionalizados. Una perspectiva enfermera [Tesis doctoral]. Valencia, España: Universidad CEU Cardenal Herrera; 2017.
49. Santillán V. Aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente adulto mayor con demencia vascular [Trabajo de Grado en Internet]. Ecuador: Universidad técnica de Babahoyo; 2018. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/4426/1/E-UTB-FCS-ENF-000040.pdf>



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTRUCTIVO PARA AUTORES

La Revista Mexicana de Enfermería es una publicación científica arbitrada con sistema doble ciego de revisión por pares abre sus espacios a los académicos y a todo miembro de la comunidad de la salud que manifieste interés por utilizar este foro para publicar sus trabajos científicos cumpliendo con las políticas editoriales establecidas.

Nuestro objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de Enfermería.

Que permita contribuir principalmente a un cuerpo de conocimiento propio de la profesión que impacte en el cuidado de calidad para las personas que lo necesiten. Así como en el posicionamiento profesional y social de la enfermería mexicana.

Se publica tres veces al año y recibe manuscritos originales que de ser aceptados por el Comité Editorial, no podrán ser publicados parcial o totalmente en otra parte, sin el consentimiento de la Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ. Todos los trabajos enviados deberán de apegarse a los formatos que se describen abajo, y serán sujetos a revisión por expertos y por el Comité de Árbitros para dictaminar su aceptación.

ISSN: 2339-7284 (versión impresa)

POLÍTICAS PARA PUBLICACIÓN

- La Revista Mexicana de Enfermería abre sus espacios a la publicación a los académicos y a todo miembro de la comunidad de la salud que tenga el interés de socializar sus trabajos científicos.
- Los manuscritos propuestos para su publicación deben ser inéditos y originales
- Los autores conservan la propiedad intelectual del contenido.
- De acuerdo a la confidencialidad de los datos del autor responsable sólo se dispondrá del correo electrónico como medio de contacto.
- Las ideas u opiniones así como la procedencia y elementos de las citas y referencias contenidas en los artículos publicados, son responsabilidad exclusiva de los autores, incluido cualquier cambio sugerido por el comité de árbitros. Publicaciones Permanyer y la Revista Mexicana de Enfermería, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.
- La recepción de un manuscrito no implica la obligación de publicarlo.
- De ser aceptados el manuscrito el autor responsable debe tener en consideración un tiempo para ser publicado de acuerdo a la política de conformación de cada número de la revista el cual se informará a través de un oficio.
- En caso de desistir la publicación por parte de los autores aun cuando ya esté en proceso de publicación el autor responsable, tienen la libertad de retirar el manuscrito mediante la comunicación formal por escrito con la editora responsable de la revista.
- Los manuscritos deben ser enviados al Editor a la siguiente dirección electrónica: <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> o a la dirección Av. Vasco de Quiroga No. 15, Col. Belisario Domínguez Sección XVI Tlalpan CP 14080, Ciudad de México, Tel. 54-87-09-00 Ext. 2210
- Los manuscritos pueden ser enviados en idioma español o inglés, sin embargo deberán ser previamente revisados por un corrector de estilo, para tal efecto se sugiere los siguientes sitios: www.papertrue.com; paper_editing y paperrater.com por otro lado los manuscritos en español deberán contener el resumen en inglés y en letra cursiva.

POLÍTICA DE REVISIÓN POR PARES

Garantizando que la revisión y evaluación de los manuscritos sea de calidad, el proceso se realiza con apego a la ética y confidencialidad del anonimato, los cuales son arbitrados por revisores pares expertos quienes evalúan y recomiendan el estatus del manuscrito de forma independiente y doble ciego.

El dictamen cuenta con alguna de las tres opciones de recomendación:

- **Aceptado:** es decir que no requiere modificaciones y es aceptado para la publicación
- **Aceptado con modificaciones:** se refiere a que el manuscrito es aceptado para publicación sin embargo contiene observaciones susceptible a modificar o bien se requiere la aclaración de dudas por parte del autor

- **No publicable:** es decir que el manuscrito contiene observaciones mayores que requiere ser revisado nuevamente por lo que no es aceptado.

POLÍTICAS DE DIFUSIÓN

Para la reproducción, distribución y comunicación pública (incluida la puesta a disposición por medio de la red Internet) de su trabajo. El autor o autores garantizarán la autoría original de su trabajo y garantizarán al editor el uso pacífico de los derechos que cederán. Para la incorporación de textos u otros materiales ajenos, los autores deberán respetar los límites del derecho de cita o, en caso contrario, obtener el permiso previo de los titulares de los derechos. El autor o autores autorizarán la incorporación de su trabajo a una base de datos electrónica para facilitar su acceso y consulta.

FINANCIAMIENTO

La revista es financiada por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y la suscripción y publicación son gratuitas.

Los manuscritos recibidos deben situarse en alguna de las siguientes secciones:

Editorial: La publicación en esta sección es a través de una invitación a un especialista sobre un tema de su dominio y expertez el cual sea novedoso y de interés. Este puede ser de salud, cultural, político y económico que impacte en la atención a la salud.

Artículos originales. Reporta detalladamente estudios de investigación original cualitativas o cuantitativas en el área de ciencias de la salud. Debe tener el formato IMRyD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión) así como un Resumen Estructurado de formato OMRyC (Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones). El resumen estructurado debe mostrar congruencia entre Objetivos y Conclusiones, y se deben presentar sólo los Métodos y Resultados que apoyan la conclusión o conclusiones del estudio.

Artículos de revisión (sistemizado, narrativa). Teniendo por objetivo la presentación de artículos de revisión sobre temas relevantes a la Enfermería y áreas afines en el ámbito asistencial, docente, administrativa y de investigación.

Artículos de buenas prácticas en la atención en salud. Reportes científicos que contribuyen a dar forma a una base de conocimiento de la enfermería en sus diversos escenarios sobre un fenómeno determinado es decir la descripción en profundidad de la condición de una persona y/o su respuesta a los cuidados.

Pueden considerarse las experiencias de casos clínicos con EBE, proceso de atención de enfermería, planes de cuidados, propuestas de mejora para la calidad de la atención, en procesos administrativos así como en educativos que contribuyan de manera clara y significativa el desarrollo de la enfermería y de la atención a la salud.

Artículos de perspectiva. Son revisiones de conceptos fundamentales o de ideas prevalentes en un área de conocimiento que se escriben en forma de ensayo. Son la visión individual crítica de un solo o unos pocos conceptos relacionados entre sí, pero pueden ser de nociones amplias. Al revisar un concepto, los autores podrían considerar:

- Sus orígenes históricos y su evolución en el tiempo.
- Estado actual de la teoría y la investigación en un área así como sus ausencias.
- Su transferencia a otras áreas, y cómo ha sido recibida.
- Mitos, interpretaciones erróneas, significado y uso de distorsiones ideológicas.
- Sus implicaciones en políticas con evidencias de su impacto en ellas.
- La existencia de mejores ideas que han sido ignoradas.
- Las ideas que apoyan un concepto (si es que las hay).
- Las ideas que son aceptadas pese a que carecen de apoyo generado por investigaciones.

El rincón del estudiante. Espacio académico de publicación de manuscritos científicos cortos sobre temas relevantes de enfermería para estudiantes de pregrado o posgrado de enfermería y áreas afines que contenga la siguiente información. Serán enviados a la Revista por un asesor de investigación o docente, quien se responsabilizará de la calidad del manuscrito en la presentación, secuencia y estructura, el documento deberá contar con máximo 3 autores. El documento debe apegarse a las instrucciones a los autores.

Cultura, historia y Enfermería. Esta sección invita a la comunidad a escribir artículos de revisión históricos como biografías, sucesos o eventos que relacionen el arte o la historia con la enfermería.

Cartas al editor. Las cartas al editor son comunicaciones cortas con el objetivo de estimular la discusión de los artículos publicados en la Revista Mexicana de Enfermería, por lo que se invita a la comunidad a escribir críticas constructivas no mayor de dos cuartillas y en un tiempo no mayor de dos meses de publicación el artículo o editorial en cuestión.

Para cualquier aclaración o duda, favor de comunicarse con la editora, al correo: revistaenfermeriaincmnsz@yahoo.com.mx

Los trabajos deberán ser subidos en su versión electrónica en la siguiente dirección <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> así como se deberá firmar el formato que establece que el manuscrito no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado si-

multáneamente a otra revista, que no existe conflicto de intereses y en caso de ser aceptada, ceden los derechos de autor a la Revista Mexicana de Enfermería.

No se aceptarán artículos para su revisión si no están preparados de acuerdo a las instrucciones para los autores.

Se extenderá acuse de recibo electrónico al autor a través de la plataforma de la revista sobre la recepción de su manuscrito y en un tiempo no mayor a 45 días a partir de la fecha en que se recibe el original se le comunicará el dictamen del Comité de árbitros. Todo material aceptado para publicación será propiedad de la revista por lo que la reproducción total o parcial deberá ser autorizada por la Revista Mexicana de Enfermería.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Apartado	Características	Número de palabras
Encabezado	Título, nombre completo de autores, adscripción de autores sin grados académicos, datos del autor correspondiente con dirección teléfono y correo electrónico.	Título máximo 20 palabras
Resumen	Resumen en español y su traducción en inglés. Deberá ser estructurado con secciones Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones en los Artículos de Investigación, y de formato libre para los demás tipos de artículos	Máximo de 250 palabras.
Palabras clave	Son términos compuestos por una o más palabras. Es la forma en cómo el autor describe la temática de su artículo y que más adelante serán utilizados como descriptores en los buscadores para investigación.	Máximo cinco palabras clave.
Manuscrito	Los Artículos de Investigación se deben estructurar con las cuatro secciones del formato IMRyD (Introducción con Objetivo(s), Métodos, Resultados, y Discusión con Conclusión(es)). Los otros tipos de artículos son de formato libre.	Máximo 3000 palabras Considerándose aparte figuras, cuadros y referencias.
Tablas, gráficas y/o imágenes	Deberán ser las estrictamente necesarias, debe contar con la fuente o referencias.	Máximo seis en total.
Referencias	Las referencias bibliográficas se presentarán de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas) que se encuentran en la página de Internet: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf Las referencias deberán ser de los últimos 10 años a la fecha.	Máximo 50 para artículos originales y de revisión. Para la sección del rincón del estudiante máximo 30 referencias.

En los artículos que no sean de investigación, las secciones y sus títulos estarán criterio del autor.

Particularidades de la sección del rincón del estudiante

El manuscrito candidato a publicación deberá ser enviado con una copia del nombramiento que acredite a los autores como estudiantes de pregrado o posgrado de algún programa nivel universitario así como una copia de del nombramiento del personal docente o asesor de investigación responsable.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Si desea suscribirse gratuitamente a la **Revista Mexicana de Enfermería** favor de acceder al siguiente link, o bien puede escanear el código QR con la cámara de su Smartphone o Tableta para para completar el registro:



<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfx175dmjmosdhTlctliUpllGyY9-w1hKnwnSykXxiT7Xbbg/viewform>

Primer Programa Educativo para la Donaciòn Altruista de Sangre en el INCMNSZ

"Mitos y Realidades de la Donaciòn de Sangre"

Peñalozza RamÌrez Paula, Tirado Cárdenas Nelly, Navarrete Galicia Alejandra,
 Peñalozza Terán Irene, Meza Rosales Maribel.

INTRODUCCIÒN

A lo largo de los años han existido mitos sobre la Donaciòn de Sangre y aunque la sociedad cada vez es mäs consciente sobre la importancia y necesidad de permitir la extracciòn de sangre de forma altruista, todavÌa existen temores y creencias que obstaculizan la cultura de la donaciòn.

Es por ello que la Subdirecciòn de EnfermerÌa "MarÌa Dolores RodrÌguez RamÌrez" en conjunto con el Personal de EnfermerÌa del Servicio de Medicina Transfusional, implementan estrategias que permitan aumentar la mayor captaciòn de donantes altruistas mediante la promociòn, con el fin de eliminar mitos sobre la donaciòn de sangre, asÌ como brindar informaciòn acerca del proceso de donaciòn y requisitos necesarios.

OBJETIVO

Fomentar la Cultura de Donaciòn Altruista de Sangre, mediante la sensibilizaciòn y motivaciòn a la poblaciòn en general del INCMNSZ, a travÈs de platicas informativas que eliminen mitos y falsas creencias que imposibilitan la donaciòn altruista, con el fin incrementar la mayor captaciòn de donaciones altruistas.

CONTENIDO



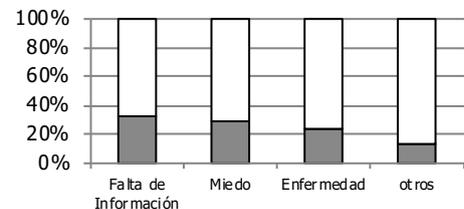
CONSULTA BIBLIOGRAFICA

Organizaciòn Mundial de la Salud. Dia Mundial del Donante de Sangre 2016: La sangre nos conecta a todos. Disponible en <http://www.who.int/campaigns/world-blood-donor-day/2016/event/es/>. Recuperado el 5 de marzo de 2019.

Organizaciòn Mundial de la Salud. Disponibilidad y seguridad de la sangre a nivel mundial. Junio de 2017. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/es/>. Recuperado el 5 de marzo de 2019

CONCLUSIONES

Principales Factores



La poblaciòn en general, incluyendo a pacientes, familiares y trabajadores del INCMNSZ, no cuenta con informaciòn necesaria y verÌdica de la Donaciòn de Sangre. De acuerdo a los resultados obtenidos, se identifica que el principal Factor influyente en la "No Donaciòn Altruista de Sangre" es la falta de informaciòn acerca del proceso de Donaciòn de Sangre.

Lema institucional: **"Donar Sangre, es Donar Amor"**

Temas: **Impacto de la Donaciòn y Promociòn de la Donaciòn.**



Platicas informativas



Equipo de trabajo



Platicas informativas



Platicas informativas