

# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA



PERMANYER MÉXICO  
www.permanyer.com

AÑO 9  
NÚMERO 1  
Enero de 2021  
ISSN: 2339-7284

## EN ESTE NÚMERO:

- P.5**  
Enfermería en tiempos de pandemia por SARS-CoV-2: fortaleciendo la legitimación profesional
- P.8**  
Efecto del garbanzo en el nivel de prolactina. Un estudio en ratas lactantes
- P.13**  
La consejería de enfermería en el perioperatorio y los beneficios para el restablecimiento del paciente a su vida cotidiana
- P.19**  
Modificación en los estilos de vida y mejoría en la evolución de la diabetes *mellitus* en una población, posterior a una intervención educativa de enfermería
- P.25**  
Valoración de enfermería en mujeres con ansiedad y depresión posparto que acuden a la clínica de vacunación
- P.31**  
La intervención educativa de enfermería por medio de la visita domiciliaria para el autocuidado de las personas con prediabetes desde un contexto familiar
- P.37**  
Visiones del mundo de enfermería: de la teoría al autoconocimiento



Red Mexicana  
de Editores de Revistas  
Científicas de Enfermería



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

---

## Comité editorial

### Editora en jefe

María de los Ángeles Cano García

### 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

Diana Cecilia Tapia Pancardo  
Eduardo González Flores  
Emma Myrna Barquera Núñez  
Francisco Jair S. González Robles  
Guadalupe Citlaha Hernández  
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  
Patricia Domínguez Sánchez  
Rafael Antonio Estévez Ramos

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  
Noé Sánchez Cisneros  
Víctor Hugo Toral Rizo  
Saúl May Uitz

Jesús Soto Torres  
Margarita Cárdenas Jiménez  
Zahira Esperanza Ángel Ángel  
Verónica Bautista Eugenio  
Tirso Durán Badillo  
Rosa María Estrada Oros  
Julio Alfredo García Puga  
Mónica Guadalupe Martínez Lizcano  
Luisa Quezada García  
Ma. Guadalupe Quezada Valadez  
Hermes Eduardo Ramos Arispe  
Alma Rosa Chávez Ríos  
Enrique Sánchez Valdivieso  
Sergio Torres Vázquez  
Pedro García García  
Antonio Vicente Yam Sosa

---



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

## Comité Internacional de árbitros

**Júlia Esteve Reig**

*Asesora del censo de Administración de Bonoom Healthcare  
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*

**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. El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista. 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](http://www.permanyer.com)

### Permanyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España  
[permanyer@permanyer.com](mailto:permanyer@permanyer.com)

### Permanyer México

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



[www.permanyer.com](http://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.: 6252AX201

La *Revista Mexicana de Enfermería* es *open access* con licencia *Creative Commons*.

© 2021 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Esta es una publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

---

## Índice

---

### EDITORIAL

#### **Enfermería en tiempos de pandemia por COVID-19: fortaleciendo la legitimación profesional**

Silvino Arroyo-Lucas .....5

### ARTÍCULOS ORIGINALES

#### **Efecto del garbanzo en el nivel de prolactina. Un estudio en ratas lactantes**

Cyndell C. Martínez-de la Torre, Christopher E. Mondragón-Ibarra, Blanca A. Sosa-Delgado, Diana K. Soto-Badillo, Paulina D. Zapata-Esquivel, Silvia P. González-Flores y Andrés Quintanar-Stephano ....8

#### **La consejería de enfermería en el perioperatorio y los beneficios para el restablecimiento del paciente a su vida cotidiana**

Laura Solís-Flores, Iberia Apaez-Olguín, Alma D. Ortiz e Inocencia Ovalle-Narváez..... 13

#### **Modificación en los estilos de vida y mejoría en la evolución de la diabetes mellitus en una población, posterior a una intervención educativa de enfermería**

Ma. Susana González-Velázquez, Dolly M. Blanco-Borjas, Belinda de la Peña-León y Silvia Crespo-Knopfler .... 19

#### **Valoración de enfermería en mujeres con ansiedad y depresión posparto que acuden a la clínica de vacunación**

Karina A. Medina-Reyes, Aida M. Sánchez-Vélez, Jennifer J. Piña-Cabral, Brenda V. Medina-Huerta, Irving A. Palomino-Castillo y Silvia P. González-Flores ..... 25

### BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

#### **La intervención educativa de enfermería por medio de la visita domiciliaria para el autocuidado de las personas con prediabetes desde un contexto familiar**

Libni Montes de Oca-Domínguez, Lucila Cárdenas-Becerril y Beatriz E. Martínez-Talavera ..... 31

### RINCÓN DEL ESTUDIANTE

#### **Visiones del mundo de enfermería: de la teoría al autoconocimiento**

Jorge L. Herrera-Herrera, Ana L. Escobar-Tobón y Tirso Durán-Badillo..... 37

**Instrucciones para autores** ..... 40



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

---

## Index

---

### EDITORIAL

#### **Nursing in times of a COVID-19 pandemic: strengthening the professional legitimation**

Silvino Arroyo-Lucas .....5

### ORIGINAL ARTICLES

#### **Effect of the chickpea on the prolactin level. A study in lactating rats**

Cyndell C. Martínez-de la Torre, Christopher E. Mondragón-Ibarra, Blanca A. Sosa-Delgado, Diana K. Soto-Badillo, Paulina D. Zapata-Esquivel, Silvia P. González-Flores and Andrés Quintanar-Stephano .....8

#### **Perioperative nursing counseling and the benefits to restoring the patient to daily life**

Laura Solís-Flores, Iberia Apaez-Olguín, Alma D. Ortiz and Inocencia Ovalle-Narváez ..... 13

#### **Modification in lifestyles and improvement in the evolution of diabetes mellitus in a population, following an educational nursing intervention**

Ma. Susana González-Velázquez, Dolly M. Blanco-Borjas, Belinda de la Peña-León and Silvia Crespo-Knopfler ..... 19

#### **Nursing assessment in women with anxiety and postpartum depression attending the vaccination clinic**

Karina A. Medina-Reyes, Aida M. Sánchez-Vélez, Jennifer J. Piña-Cabral, Brenda V. Medina-Huerta, Irving A. Palomino-Castillo and Silvia P. González-Flores ..... 25

### GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

#### **Nursing educational intervention through home visits for self-care of people with prediabetes from a family context**

Libni Montes de Oca-Domínguez, Lucila Cárdenas-Becerril and Beatriz E. Martínez-Talavera..... 31

### STUDENT CORNER

#### **Nursing world views: from theory to self-knowledge**

Jorge L. Herrera-Herrera, Ana L. Escobar-Tobón and Tirso Durán-Badillo ..... 37

**Instructions to authors** ..... 40



## Enfermería en tiempos de pandemia por COVID-19: fortaleciendo la legitimación profesional

### *Nursing in times of a COVID-19 pandemic: strengthening the professional legitimation*

Silvino Arroyo-Lucas\*

Departamento de Educación Continua en Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

La pandemia por COVID-19, en las primeras experiencias, desde el panorama extranjero, nos mostró una realidad que permitía (en su momento) comprender la pertinencia de la preparación oportuna. Se dijo en los medios de comunicación mexicanos «que más que preguntarnos cómo llegaría la pandemia a nuestro país, la interrogante que realmente teníamos que resolver era la de identificar cuándo lo haría». Al reflexionar sobre nuestras primeras experiencias en la atención sanitaria por enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo severo, por coronavirus 2), recientemente llegada a México, como personal de la salud nos dimos cuenta de que la llegada de la enfermedad era inminente y, por tanto, teníamos que estar preparados.

En algunas de las instituciones de salud estábamos preparados, debido a que contábamos con capital humano e insumos, pero la COVID-19 llegó más pronto de lo que se esperaba y en nuestras instituciones, al vivir la realidad de una enfermedad altamente contagiosa, incluso contando con todos los protocolos de seguridad necesarios para el personal de salud y para la atención del paciente, la incertidumbre y el miedo nos rebasaron en ese momento. Dentro de la organización institucional se presentaron cambios continuos y en algunos casos contradictorios en relación con temas epidemiológicos. Sin embargo, los procesos se fueron redefiniendo día a día.

Nuestra institución vivió una metamorfosis a hospital COVID-19, fue difícil ver la movilización para dar de alta a nuestros propios pacientes, adaptar y abrir nuevas áreas a unidades de terapia intensiva y así atender a la población.

Como institución, y en particular en la Subdirección de Enfermería María Dolores Rodríguez Ramírez, aun cuando contábamos con un protocolo de organización de contingencia, bastó solo con tener los primeros pacientes confirmados para darnos cuenta de que hacía faltaba implementar algunos aspectos que no habíamos considerado, debido al número de ingresos y necesidad de cambios del equipo de protección personal para dar la atención. Por ejemplo, en relación con los insumos, en un inicio aun con la disponibilidad se tuvieron que racionalizar las batas, *googles* y mascarillas N95, se contaba con material en resguardo. En un primer momento, esta situación afectó al estado de ánimo y la tolerancia del personal, se removieron los sentimientos, manifestándose el enojo, la angustia y el miedo a ser contagiado.

Otra situación inesperada y que afectó la organización fue el momento en que la Secretaría de Gobernación emitió un acuerdo el 24 de marzo del 2020, por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el SARS-CoV2 (COVID-19) y en donde se estableció que el personal de enfermería con criterios de complicación ante la enfermedad debía retirarse a sus casas hasta el término de la contingencia. En el caso de nuestra institución, a comienzos de nuestra lucha contra el coronavirus se retiró alrededor de la cuarta parte de la plantilla total de enfermería, y aun cuando fue necesaria esta estrategia en términos de dar seguridad a nuestros colegas, por otro lado fue lamentable, porque sentimos que no lograríamos superar el reto de la atención con muy poco personal.

---

#### Correspondencia:

\*Silvino Arroyo-Lucas

E-mail: silvino.arroyol@incmnsz.mx

---

Fecha de recepción: 13-01-2021

Fecha de aceptación: 14-01-2021



Esta situación propició que de manera inmediata se gestionara por parte de la Dirección General y la Subdirección de Enfermería la contratación de personal de nuevo ingreso. Así, en la complejidad, con sentimientos encontrados entre el deber ser y la necesidad, se inició un proceso de selección, reclutamiento e inducción de personal de enfermería. El sentimiento se generó porque por un lado no se podía cubrir al cien por ciento el perfil de contratación por falta de recursos humanos en enfermería que por años se había cuidado, debido a que una parte del sector salud se encontraba en el mismo proceso de contratación; tampoco se tenían las condiciones para empoderar de manera profunda en todos los temas de inducción en aula y en servicio, porque entendíamos la importancia de que el nuevo personal ingresara a las áreas lo más pronto posible. Lo que hay que destacar y que nunca se perdió fue la educación continua en busca de generar aprendizaje significativo que permitiera una práctica eficiente sobre el uso de equipo de protección personal y la seguridad que se le debe brindar a la población hospitalizada.

En esta contingencia el mes de abril fue el momento de mayor crisis para el equipo de enfermería, en ese mes se encontraron en un mismo espacio las necesidades de recursos humanos, la premura por habilitar áreas, el miedo, la muerte, la falta de competencias cognitivas y procedimentales sobre el cuidado del paciente en estado crítico (en temas de alta especialidad), llegando a resumir todo ello en lo que se podría mencionar como «el momento de mayor incertidumbre». En esos momentos, la mortalidad de pacientes, el desgaste mental y físico, la frustración, el llanto y los errores tuvieron su máxima expresión.

En esta experiencia, el presente documento, que se redactó a finales del mes de abril de 2020 y 9 meses después se encuentra vigente, en un primer momento y que no cambia a la fecha de lo que pretende esbozar, son los matices que expresan la «realidad de ese momento», lo que dictaba el corazón, con un sentimiento a flor de piel, en donde se entrecruzaban la responsabilidad como autoridad y la necesidad de compartir la experiencia de lo vivido. En aquel entonces, aun en la complejidad, los sentimientos no limitaron el sentido de pertenencia, orgullo hacia la profesión y a la institución. Como buenos mexicanos y con la fuerza inspiradora de liderazgo profesional, el sentido de pertenencia conocida como la mística institucional heredada del maestro Salvador Zubirán, fundador y líder, quien expresó en palabras inspiradoras de nunca aceptar la derrota. Y fue así como emprendimos el vuelo hacia arriba, cada vez más resilientes, más tolerantes y estratégicos.

Hoy seguimos aquí, con un plan de reconversión que se desprende en su filosofía del plan estratégico de nuestra subdirección, que guía las acciones, con una institución de pie, con profesionales de enfermería que se sumaron

a las filas de esta batalla contra el SARS-CoV2 (COVID-19). Hemos aprendido de los errores, pero también hemos fortalecido la motivación y exhortación al trabajo en unidad y colaboración, porque tenemos claro que la suma de nuestro talento, las convicciones que nos dan identidad y los valores que le dan vida y alma a la organización, se traducen en la fortaleza que como equipo de trabajo nos mantendrá unidos en momentos turbulentos.

Hasta el momento, la COVID-19 no nos ha vencido y esperamos que no lo haga. El futuro aún es incierto y el cansancio de nuestro personal de enfermería al frente de la atención se hace cada día más evidente, en medio de una sociedad que agredió a quienes los protegen, una institución educativa que retiró de las filas a colegas en formación (pasantes de enfermería) cuando más se necesitaban. Un sector de la sociedad que decide no quedarse en casa, las redes sociales en su momento difundiendo frecuentemente información falsa, detractores que incitaban a no actuar en beneficio de la población y la saturación que se fue sintiendo los servicios de salud. Hoy solo se ve una esperanza en la vacunación.

En este transitar, y sin pretender herir ningún sentimiento, porque el esfuerzo y dedicación ha sido en equipo, destacaré como referentes de liderazgo, que guían y proyectan la atención de calidad y de efectividad para nuestra organización, el compromiso de nuestro Director General del Instituto, el Dr. David Kershenobich Stalnikowitz y la Subdirectora de Enfermería Lic. en Enf. Marina Martínez Becerril, ambos con amplia capacidad de gestión y dignos herederos de la mística institucional que introyectó el maestro Salvador Zubirán.

Porque como se ha mencionado, desde la Subdirección de Enfermería se trabaja bajo una planeación estratégica, que permite anticiparse ante eventualidades porque aún en la falta de personal de enfermería y el ingreso de nuevo capital humano, se impulsó de manera prioritaria la educación continua, con una mirada prospectiva, que en primera instancia garantizará la seguridad del trabajador y aumenta la construcción de competencias cognitivas y procedimentales en tópicos como: colocación y retiro del equipo de protección personal, cuidados de enfermería en la rotación al paciente a decúbito prono, monitoreo hemodinámico invasivo y no invasivo, preparación y dilución de infusiones intravenosas, cuidados de la ventilación mecánica, registro electrónico vinculado al proceso de atención de enfermería, manejo de accesos vasculares, gestión de brigadas de salud mental y comunicación asertiva entre el equipo de salud, entre otros temas.

Hoy más que nunca estamos convencidos de que tenemos que ganar esta lucha contra la COVID-19. Nunca hemos pensado en el fracaso, las estrategias han funcionado, el cuidado del personal en su seguridad nos permite mantenernos sin muertes en enfermería atribuibles a esta en-

fermedad. Necesitamos contribuir en mantener la vida y la salud de la sociedad que confía en profesionales de enfermería con vocación, tenemos el ejemplo de grandes líderes que ante la adversidad salieron adelante. Si queremos seguir manteniendo el liderazgo debemos ganarnos el respeto y reconocimiento de lo que decimos ser.

Si queremos aportar a nuestra disciplina, esta es una oportunidad más para evidenciar lo que somos: profesionales de salud que respondemos ante las necesidades de la población. Nos queda claro que solo en equipo daremos respuesta a esta necesidad social y que como profe-

sionales demostramos que estamos trabajando sobre nuestra propia seguridad y legitimidad.

Como parte de un mismo equipo, siempre hemos reconocido y manifestamos nuestro agradecimiento al personal de enfermería que se encuentra en la asistencia directa al paciente enfermo con COVID-19, así como a aquellos que se encuentran haciendo posible que fluyan los procesos de atención, como son las enfermeras en la gestión, la educación y la investigación. Porque tenemos claro que solo unidos lograremos salir adelante en esta pandemia de COVID-19.





## Efecto del garbanzo en el nivel de prolactina. Un estudio en ratas lactantes

### *Effect of the chickpea on the prolactin level. A study in lactating rats*

Cyndell C. Martínez-de la Torre<sup>1</sup>, Christopher E. Mondragón-Ibarra<sup>1</sup>, Blanca A. Sosa-Delgado<sup>1</sup>, Diana K. Soto-Badillo<sup>1</sup>, Paulina D. Zapata-Esquivel<sup>1\*</sup>, Silvia P. González-Flores<sup>1</sup> y Andrés Quintanar-Stephano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería, Centro de Ciencias de la Salud; <sup>2</sup>Centro de Ciencias Básicas. Universidad Autónoma de Aguascalientes, Ags., México

#### Resumen

**Antecedentes:** La causa más común de abandono de la lactancia materna es la hipogalactia o disgalactia posparto. El garbanzo se emplea en la medicina alternativa mexicana como tratamiento de la disgalactia posparto. **Objetivo:** Evaluar el efecto del garbanzo sobre el volumen y el nivel de prolactina en la secreción de leche de ratas lactantes. **Metodología:** Se comparó el volumen y el nivel de prolactina de leche de ratas lactantes después de ingerir agua de garbanzo cada 24 horas durante 13 días vs. ratas lactantes controles que recibieron solución salina cada 24 horas. **Resultados:** No hubo diferencia intergrupos significativa en volumen y en nivel de prolactina. **Conclusión:** El garbanzo no tuvo efecto sobre el volumen y el nivel de prolactina *post mortem* en ratas lactantes que ingirieron agua de garbanzo durante 13 días. Esto se atribuye a la capacidad metabólica de las bacterias entéricas. Recomendamos tener cuidado con la ingesta de fitoestrógenos hasta su investigación en humanos.

**Palabras clave:** Garbanzo. Secreción láctea. Prolactina. Fitoestrógeno.

#### Abstract

**Background:** The most common cause of breastfeeding abandonment is postpartum hypogalactia or dysgalactia. The chickpea is used in Mexican alternative medicine as a treatment for postpartum dysgalactia. **Objective:** To assess the effect of chickpeas on volume and prolactin level in the secretion of milk from lactating rats. **Methodology:** We compared the volume and prolactin level of milk from nursing rats after ingesting chickpea water every 24 hours for 13 days vs. control nursing rats receiving saline solution every 24 hours. **Results:** There was no significant intergroup difference in volume and prolactin level. **Conclusion:** Chickpea had no effect on post mortem volume and prolactin level in lactating rats fed with chickpea water for 13 days. This is attributed to the metabolic capacity of enteric bacteria. We recommend caution with phytoestrogen intake until investigation in humans.

**Key words:** Chickpea. Lactating rats. Prolactin. Phytoestrogen.

### Introducción

La lactancia materna (LM) es una de las estrategias más costo-efectivas para prevenir la morbimortalidad infantil. Evita hasta un 22% de muertes neonatales, reduce la morbilidad hospitalaria por enfermedades diarreicas hasta en un 53% y por infecciones de las vías respiratorias hasta en un 27%<sup>1</sup>.

Menos de la mitad de los recién nacidos en el mundo son puestos al pecho dentro de la primera hora de vida; el porcentaje varía desde el 40% en África central hasta el 60% en el este y sur de África. En los países de mayores ingresos no se dispone de datos oficiales al respecto<sup>2</sup>; en México cada año nacen 2.4 millones de niños y niñas, de los cuales solo uno de cada siete goza de los beneficios de la lactancia<sup>3</sup>.

#### Correspondencia:

\*Paulina D. Zapata-Esquivel  
E-mail: espau4@gmail.com

Fecha de recepción: 27-01-2020

Fecha de aceptación: 27-05-2020

Diversos estudios identifican que la causa más habitual de la no LM es la hipogalactia, siendo esta una apreciación subjetiva de insuficiente cantidad de leche o de que el bebé pasa hambre y no está diagnosticada por un profesional<sup>4-7</sup>. La disgalactia posparto es un problema clínico frecuente en las mujeres lactantes, además es labor del personal de enfermería fomentar el uso de esta práctica y evitar su abandono, por lo que la búsqueda de fitoestrógenos seguros y eficaces es una estrategia prometedora para el tratamiento de la disgalactia<sup>8</sup>.

Se tienen referencias antiguas del conocimiento de hierbas y cociones de alimentos especiales llamados «lactogogos» que supuestamente aumentan la producción de leche; desde la época de los faraones en Egipto se conocían y usaban mezclas de estas plantas con efectos lactogénicos<sup>6</sup>. Los lactogogos son plantas medicinales con propiedades para aumentar la producción láctea<sup>9</sup> que se han usado comúnmente para aumentar la decaída en la tasa de producción de leche, frecuentemente debido a los efectos de enfermedad y hospitalización materna o infantil o por separación regular a causa del trabajo o escuela. Un área muy común donde se utilizan es en la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde el objetivo ha sido estimular el inicio de la activación secretora o aumentar la disminuida secreción de leche en las madres<sup>10</sup>.

En prácticas empíricas que realizan las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales de un Hospital público del Estado de Aguascalientes se ha observado que se recomienda a las madres de los recién nacidos hospitalizados ingerir garbanzo recién cocido y beber el caldo tres veces al día durante quince días para mejorar la producción láctea, por ser catalogado el garbanzo como fitoestrógeno.

Para estudios experimentales se realizó el presente estudio en ratas de laboratorio Wistar (debido a que en nuestro país aún no existen pruebas en animales de laboratorio que fundamenten la seguridad de estudiar en el humano), a las cuales se estimuló con agua de garbanzo (grupo experimental) y con agua estéril (grupo control), para determinar el efecto del garbanzo en los niveles de prolactina (PRL) en suero y en la secreción láctea. En la presente investigación se pretenden demostrar cambios en los niveles de PRL y cantidades de secreción láctea relacionados con el consumo de garbanzo en ratas lactantes. La importancia de nuestro trabajo para la profesión de enfermería es aumentar los índices de inicio y duración de la LM.

## Metodología

Estudio cuantitativo, experimental, prospectivo, longitudinal, en una muestra de 20 ratas hembras preñadas, muestreo por conglomerados. El estudio se llevó a cabo en el Laboratorio de Neuroinmunoendocrinología en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, en un periodo de 15 días.

## Instrumento

Se utilizó el *Rat prolactin PRL ELISA Kit*, ensayo inmunométrico de enzimas en fase sólida para medir los niveles de PRL en sangre.

## Procedimientos

Se seleccionó la muestra de ratas preñadas por conglomerados, posteriormente se etiquetaron para su identificación, separándose en dos grupos (experimental y control) de diez ratas cada uno. Se tomaron mediciones del peso inicial para comparaciones posteriores, registro en bitácora de trabajo.

Al parir, se ajustó el total de crías nacidas para que cada rata tuviera 10 crías y fuera una muestra equitativa.

Para la preparación del garbanzo, se sometió el garbanzo seco a un proceso de molienda hasta conseguir una consistencia polvorosa, tomando la dosis requerida (40.9 g de garbanzo molido, los cuales contienen 45 mg de isoflavonas), se agregó agua estéril (200 ml) y se sometió a un proceso de ebullición durante 10 minutos; se centrifugó a 3,000 rpm durante diez minutos a 5 °C de temperatura y el sobrenadante obtenido (40 ml) se dividió en porciones de 4 ml, que se administraron a las ratas del grupo experimental utilizando una sonda orogástrica especial.

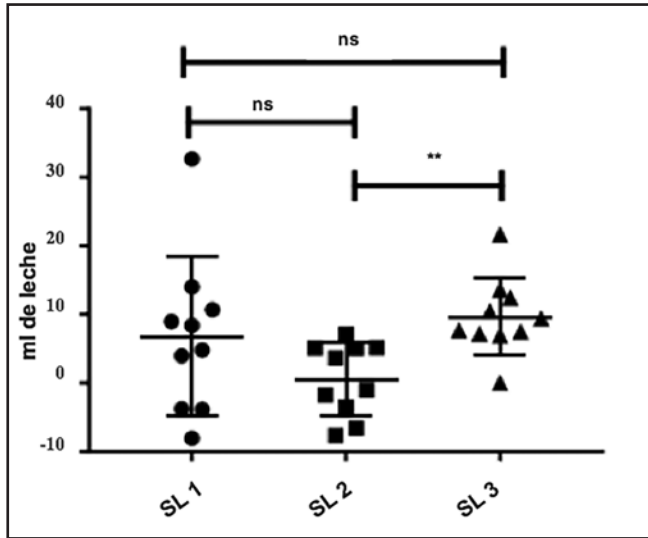
La administración del garbanzo (grupo experimental) y de la solución fisiológica (grupo control) se realizó cada 24 horas durante 13 días, con el fin de someterlas al mismo tipo de estrés e ingestión de líquido. El proceso comenzó el día de nacimiento de las crías hasta el día 13 de amamantamiento.

Se obtuvieron tres mediciones de peso con el método pesaje, succión, pesaje. La primera fue a los 4 días de estimulación con el garbanzo y agua estéril, la segunda a los 7 días y la tercera a los 11 días, en donde se separaba a las madres de las crías por 10 horas, se pesaba antes de juntarla con sus crías y después de lactar pasado un periodo de una hora. A estas mediciones se les suma la cantidad promedio en una hora de líquido y alimento ingerido y se le resta el volumen urinario y fecal promedio en una hora. Valores obtenidos con base teórica<sup>11</sup>. Posteriormente se administraba el sobrenadante de la preparación del garbanzo.

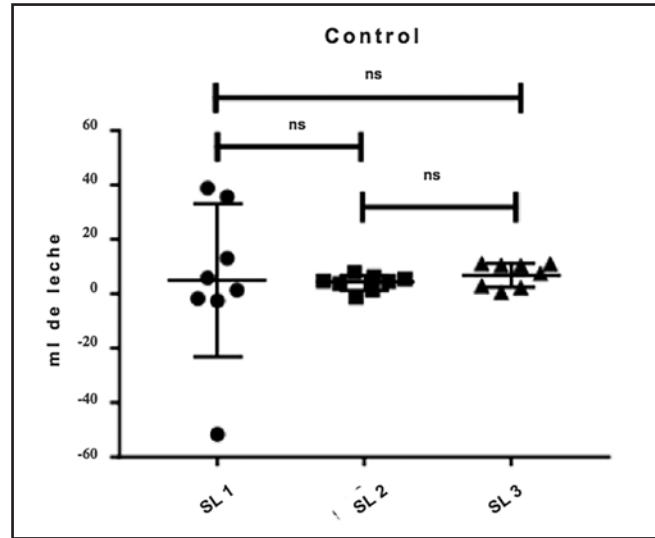
Al día 13 se sacrificaron las ratas lactantes utilizando la técnica de decapitación, se obtuvo la muestra sanguínea, para centrifugarla a 3,000 rpm durante 15 minutos y temperatura de 5 °C; posteriormente el sobrenadante obtenido se pipeteó y almacenó a 4 °C.

Para obtener el nivel de PRL en el plasma se realizó el procedimiento según las instrucciones del *Rat prolactin PRL ELISA Kit*.

Respecto a la preparación del reactivo: calibradores (reconstituya el calibrador maestro de PRL de rata liofi-



**Figura 1.** Diferencias en secreción láctea en roedores experimentales (mayo-julio del 2018). SL1: primera medición de secreción láctea; SL2: segunda medición de secreción láctea; SL3: tercera medición de secreción láctea.



**Figura 2.** Diferencias en secreción láctea en roedores controles (mayo-julio del 2018). SL1: primera medición de secreción láctea; SL2: segunda medición de secreción láctea; SL3: tercera medición de secreción láctea.

lizada con 1 ml de agua inyectable 30 min antes de su uso); concentración final de 80 ng/ml. Realizar una serie de diluciones con calibrador/diluyente de muestra para obtener calibradores con 80, 40, 20, 10 y 5 ng/ml. Tampón de lavado (diluir con 450 ml de agua inyectable hasta un volumen final de 500 ml). Para la determinación de la PRL de rata el suero es la matriz de muestra preferida. El procedimiento requiere una matriz de 25 µl por pozo.

Para el análisis estadístico se utilizó GraphPad Prism® 7. La prueba de normalidad se llevó a cabo mediante la prueba de Shaphiro-Wilk y la de Kolmogrov-Smirnov. Se empleó ANOVA y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para la comparación de mediciones de secreción láctea en cada grupo; ANOVA de dos vías para la comparación de mediciones de secreción láctea en ambos grupos; la prueba t de Student para muestras independientes para comparar la secreción láctea total en ambos grupos; la prueba U de Mann-Whitney para comparación del nivel de PRL en ambos grupos, y la prueba de correlación de Spearman para analizar la relación entre las variables «nivel de PRL en sangre» y «secreción láctea total».

## Resultados

Después de aplicar los test de normalidad Kolmogrov-Smirnov y Shapiro-Wilk se observa una distribución normal de los datos mediciones de secreción láctea y secreción láctea neta, no siendo el mismo caso en los datos de PRL en el grupo control.

En el test de Kruskal-Wallis se obtiene una  $p = 0.0128$ , lo que indica que hay una probabilidad de error de tan solo un 1.28% cuando concluimos que existe diferencia

en las cantidades de secreción láctea del grupo experimental; un análisis posterior mediante la prueba de Dunn explica la diferencia significativa con una  $p = 0.0096$  entre la secreción láctea 3 y la secreción láctea 2 (Fig. 1).

En el test ANOVA se obtiene una  $p = 0.9375$ , lo que indica que no existe diferencia estadísticamente significativa en las cantidades de secreción láctea del grupo control (Fig. 2).

Según test de ANOVA de dos vías, SL2 vs. SL1  $p = 0.6899$ , SL3 vs. SL1  $p = 0.8797$ , y SL3 vs. SL2  $p = 0.2891$ : no se observan diferencias en las cantidades de secreción láctea de los dos grupos (Fig. 3).

Según la prueba U de Mann-Whitney ( $p = 0.5148$ ) no existe diferencia estadísticamente significativa en la concentración de PRL en suero de ambos grupos (Fig. 4).

Según la prueba t de Student para muestras independientes ( $p = 0.9169$ ) no existe diferencia en las cantidades de secreción láctea total de ambos grupos (Fig. 5).

## Discusión

La prueba de Kruskal-Wallis ( $p = 0.0128$ ) y una posterior prueba de Dunn en el grupo experimental demostraron que entre la medición dos y la medición tres hay una diferencia en el volumen de secreción láctea, con una tendencia al aumento, lo que explica que al día 7 de estimulación con la ingesta de garbanzo la secreción láctea es mayor, con aproximadamente 8 ml de diferencia. Dicho fenómeno no se observa en el grupo control, debido a que no se observan diferencias en las tres mediciones, los volúmenes producidos se mantuvieron en todo el periodo. Pero al comparar ambos grupos no existen diferencias significativas en cuanto a la cantidad de leche producida, lo que explica que el garbanzo no tiene efecto en la secreción

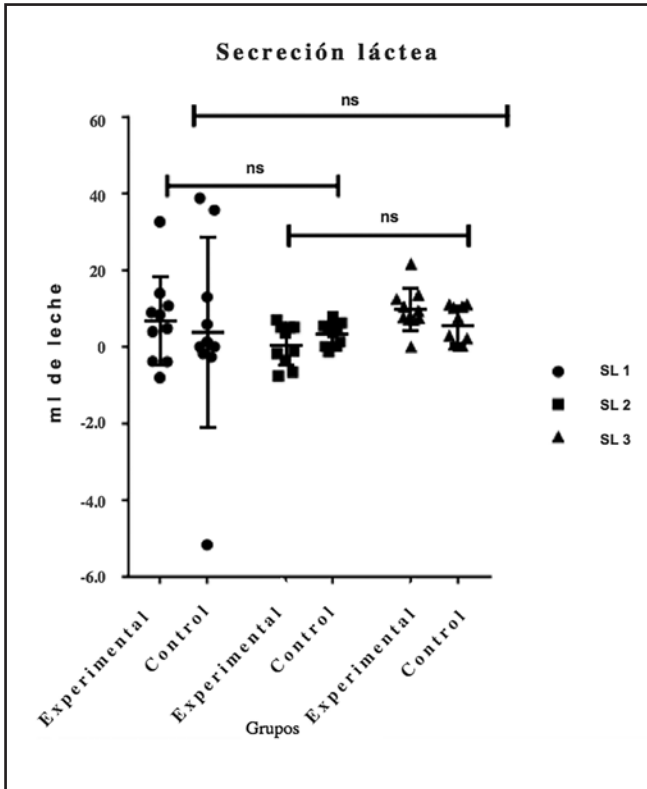


Figura 3. Diferencias en secreción láctea entre grupos (mayo-julio del 2018).

láctea. Se le atribuye a la acción enzimática de las bacterias intestinales<sup>13</sup> que se lleva a cabo en el metabolismo del garbanzo ingerido. Por lo cual se difiere de Tsugami de Yusaku, quien realiza una mezcla de fitoestrógenos como se encuentran en las legumbres y en concentraciones similares, él estimula directamente a las células epiteliales mamarias, y al ser administrados aumentan la producción láctea, debido a los efectos promocionales e inhibitorios que tienen los fitoestrógenos sobre la STAT5 activada (pSTAT5)<sup>14</sup>. Yan Lin utiliza la quercetina, que es un tipo de fitoestrógeno y enuncia que podría promover eficientemente el desarrollo de las glándulas mamarias y el rendimiento de la lactancia en ratones con deficiencia de leche durante el periodo de lactancia<sup>8</sup>. Se difiere con la mencionada autora en cuanto a la mejora del rendimiento de la lactancia, ya que también utiliza el método pesaje, succión, pesaje, así como la administración vía oral del fitoestrógeno, pero tiene efecto contrario al encontrado y se relaciona con la diferencia del tipo de fitoestrógeno.

En cuanto a los resultados de concentración de PRL en suero, se observó una menor concentración en el grupo experimental, pero al comparar con el grupo control no demuestra diferencia significativa. Por lo que se enuncia, el garbanzo no tiene efecto en la concentración de PRL en sangre. A diferencia de Yan Lin, que menciona aumento en la PRL con la administración de quercetina, Tsugami de Yusaku utiliza seis tipos de fitoestrógeno, entre ellos la

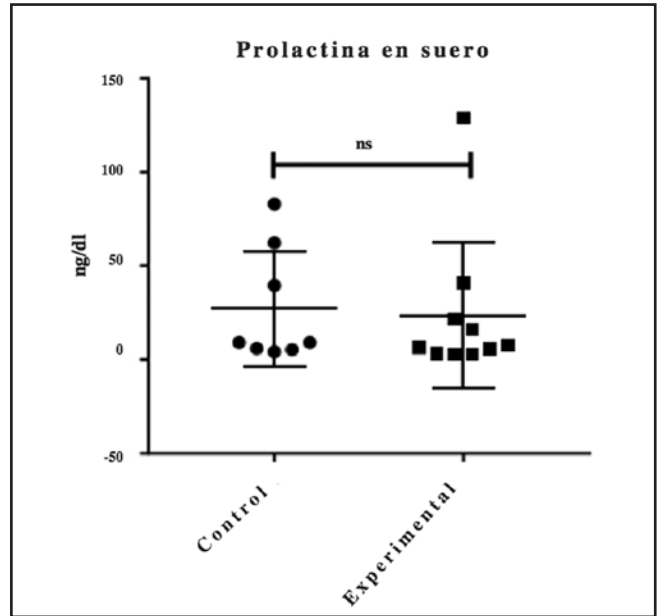


Figura 4. Diferencias en prolactina en suero entre grupos (mayo-julio del 2018).

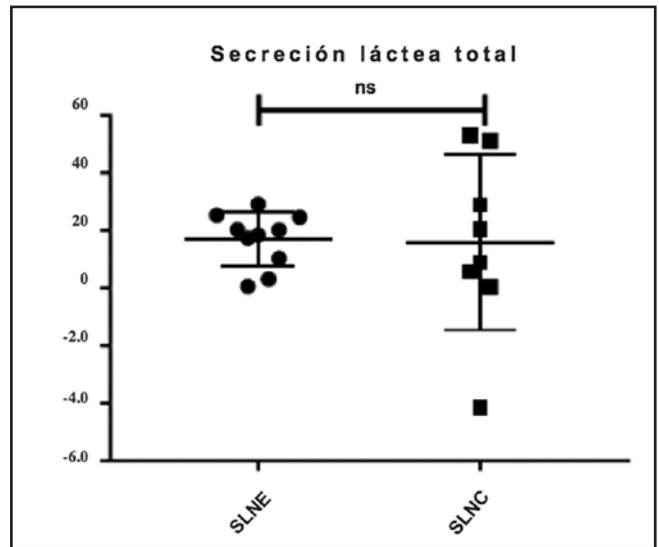


Figura 5. Diferencias en secreción láctea total entre grupos (mayo-julio del 2018). SLNE: secreción láctea neta experimental; SLNC: secreción láctea neta control.

biochanina A, la cual se encuentra con mayor concentración en el garbanzo, obtiene resultados de inmunotinción de concentración baja<sup>12</sup>, coincidiendo con los resultados obtenidos sin comparar con el grupo control.

Se tiene una correlación moderada y alta de la variable secreción láctea con la variable nivel de PRL, en los grupos experimental y control, lo que apoya la teoría que enuncia que a mayor concentración de PRL mayor es la secreción láctea.

La aportación de este trabajo hacia la profesión de enfermería es concienciar a las madres y familias de que tomen una decisión correctamente informada durante la etapa de LM tomando en cuenta la suma importancia de

esta dentro de la vida de sus hijos, facilitar a las madres que deciden amamantar el apoyo y ayuda del personal de enfermería en el inicio y mantenimiento de la lactancia.

## Conclusión

El garbanzo no tiene efecto en la secreción láctea mediante la estimulación del nivel de PRL en ratas lactantes, los resultados mostraron que el garbanzo disminuye la concentración de PRL en suero y este a su vez afecta en la cantidad de secreción láctea de la rata, pero no son significativos en comparación con el grupo control. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula: la ingesta de garbanzo no modifica la secreción láctea mediante la estimulación del nivel de PRL en ratas lactantes. El funcionamiento de otras legumbres que contienen fitoestrógenos en cuanto a la mejora de la producción láctea se le atribuye a que las isoflavonas son diferentes en su concentración, pero el modo de preparación y consumo, la capacidad metabólica de las bacterias entéricas y el estado de salud también influyen. Además, los efectos de las legumbres, en especial del garbanzo, son diferentes en animales y humanos, Tsugami de Yusaku menciona que la biochanina A altera los componentes de la leche en ratas, pero en humanos no tiene ningún efecto<sup>12</sup>. El garbanzo contiene factores antinutricionales (inhibidores de proteasas y tripsina), al disminuir la digestibilidad de las proteínas y causar hipertrofia pancreática<sup>13</sup>, los cuales son eliminados por medio de la exposición a ebullición, pero estos no afectan al humano; por lo tanto, resulta interesante estudiar sus efectos en humanos y comprobar si realmente funcionan las prácticas que desde tiempos antiguos se han realizado en temas de LM. Debido a cuestiones éticas del país se realizó el presente estudio en ratas de laboratorio, posteriormente se pretende llevar a cabo en mujeres lactantes, para estudiar el comportamiento de distintas variables como los componentes de la leche materna, el crecimiento del recién nacido y las cantidades de producción de leche. Como profesionales de enfermería, pretendemos buscar estrategias costo-efectivas naturales que ayuden a evitar el abandono de la LM, brindando a las madres alternativas para aumentar su producción láctea y que a su vez consigan la seguridad para llevar a cabo una LM exclusiva.

## Financiamiento

Los siguientes recursos: 20 ratas Wistar, 4 kg de garbanzo, el *Rat prolactin PRL ELISA Kit*, pipetas, tubos de ensayo, cánulas, gas, báscula, embudo, éter, perforadora, jaulas centrífuga, mechero de Bunsen, olla, cucharas, refrigeradores para almacén de muestras, alimento para las ratas, algodón, acerrin y guillotina de ratas, fueron proporcionados por la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Los siguientes recursos: 4 kg de garbanzo, impresiones de tarjetas de identificación, bitácoras, guantes, hojas blancas, plumas, marcadores, computadora, jeringas, batas, cubrebocas, taxi, autobús y molienda de garbanzo, fueron proporcionados por los autores.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

- Sánchez Hernández JO. Conocimientos y habilidades del médico familiar sobre la consejería en lactancia materna en la unidad de medicina familiar número 10 de la Delegación Aguascalientes [tesis para obtener el grado de especialidad en Internet]. [Aguascalientes, Ags.]: Universidad Autónoma de Aguascalientes, Centro de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina; 2016. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/494/408479.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. OMS/UNICEF; 2016 [fecha de acceso: 14 de agosto de 2017]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es/)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [Internet]; México: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; 2012 [fecha de acceso: 14 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>
- Vayas Abascal R, Carrera Romero L. Hipogalactia: causas y orientación de manejo. *Med Gen y Fam (digital)*. 2012;1(3):143-7.
- Quezada-Salazar CA, Delgado Becerra A, Arroyo Cabrales LM, Díaz García MA. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2008;65(1):19-25.
- Fidalgo Álvarez D, López Pacios M, Jiménez Rodríguez M, Gonzáles Martínez A, Costales Álvarez M, Blanco Franco R, et al. Factores relacionados con la lactancia materna. *Pediatría de Atención Primaria*. 2002;IV(16).
- Mateu Ciscar C, Vila Candel R, Bellbis Vázquez E, Planells López E, Martínez Ballester A, Gómez Sánchez MJ, et al. Duración de la lactancia materna a los 3 meses postparto. *Enfermería Integral*. 2016;113:64-70.
- Lin M, Wang N, Yao B, Zhong Y, Lin Y, You T. Quercetin improves postpartum hypogalactia in milk-deficient mice via stimulating prolactin production in pituitary gland. *Phytotherapy Research*. 2018;32(8).
- Hernández Benítez MD, Rivera Herrera EG, Betancourt Jimbo CR. Una maternidad diferente: lactancia y fitoterapia. *Nure Investigación*. 2013;67:1-7.
- Llaves Roberto Gomes, Lamounier JA, Borges SL, Oliveira Vieira G. Uso de galactogogos en la práctica clínica para el manejo de la lactancia materna. *RMMG - Revista Médica de Minas Gerais*.
- Valores fisiológicos de los roedores de experimentación [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2015 [fecha de consulta: 20 de enero de 2019]. Disponible en: [http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/investigacion/bioterio/t\\_valores\\_fisiologicos.pdf](http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/investigacion/bioterio/t_valores_fisiologicos.pdf)
- Tsugami Y, Matsunaga K, Suzuki T, Nishimura T, Kobayashi K. Isoflavones and their metabolites influence the milk component synthesis ability of mammary epithelial cells through prolactin/STAT5 signaling. *Mol Nutr Food Res*. 2017;61(10).
- González Cruz L, Filardo Kerstupp S, Juarez Goiz JMS, Gúemes Vera N, Bernardino Nacanor A. Características nutricionales del garbanzo [Internet]. México, Guanajuato: Instituto Tecnológico de Celaya, Departamento de Ingeniería Bioquímica; 2012. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Leopoldo\\_Gonzalez-Cruz/publication/266910692\\_Características\\_nutricionales\\_del\\_garbanzo/links/54e35a770cf2de71a71e72d3/Características-nutricionales-del-garbanzo.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Leopoldo_Gonzalez-Cruz/publication/266910692_Características_nutricionales_del_garbanzo/links/54e35a770cf2de71a71e72d3/Características-nutricionales-del-garbanzo.pdf)





## La consejería de enfermería en el perioperatorio y los beneficios para el restablecimiento del paciente a su vida cotidiana

### *Perioperative nursing counseling and the benefits to restoring the patient to daily life*

Laura Solís-Flores<sup>1\*</sup>, Iberia Apaez-Olguín<sup>2</sup>, Alma D. Ortiz<sup>2</sup> e Inocencia Ovalle-Narváez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Gestión de Educación, Capacitación e Investigación en Enfermería; <sup>2</sup>Enfermería Torre quirúrgica; <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

#### Resumen

**Introducción:** La consejería en enfermería (CE) ha demostrado beneficios en el seguimiento de los cuidados de pacientes. La CE genera un vínculo estrecho de comunicación entre el profesional de enfermería con el paciente y su familia, lo que fortalece el éxito en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. **Objetivo:** Evidenciar los beneficios de la CE en pacientes programados para cirugías de colecistectomía y plastia de pared durante el perioperatorio. **Métodos:** Estudio cuasiexperimental, comparativo, longitudinal. Muestra de 400 pacientes, que se integraron en los grupos control y estudio. Se realizó una valoración de enfermería que consistió en: una historia clínica que incluyó el test de Morisky-Green para identificar la adherencia al tratamiento, escala de Goldberg de depresión-ansiedad y una encuesta de satisfacción de Soliva-Domínguez mediante una llamada telefónica. Se usó el paquete estadístico SPSS® v.22. Para el análisis de los datos se aplicaron pruebas de Chi cuadrada para comparar los resultados en los grupos con y sin consejería. **Resultados:** Con la CE en el perioperatorio incrementó cerca de un 30% la adherencia al tratamiento en pacientes postoperados, disminuyó su ansiedad hasta un 32% y aumentó ligeramente la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, en el grupo control (sin CE) surgió el efecto contrario. **Conclusiones:** Es necesario establecer un programa efectivo de CE en el perioperatorio que incluya desde la notificación quirúrgica al paciente en la consulta externa hasta su recuperación en casa, que permita llevar un seguimiento integral y personalizado para la recuperación y restablecimiento del paciente a su vida cotidiana.

**Palabras clave:** Educación para la salud. Enfermería. Cuidados perioperatorios. Adherencia al tratamiento. Consejería.

#### Abstract

**Introduction:** The NC (nursing counseling) has shown benefits in monitoring patient care. The NC generates a close link between the nurse and the patient and his/her family which strengthens success in adherence to treatment and the quality of life of patients. **Objective:** Evidence the benefits of NC in patients scheduled for cholecystectomy and wall plasty surgeries during perioperative surgery. **Methods:** Quasi-experimental, comparative, longitudinal study. 400 patients were integrated into the control and study groups, a nursing assessment was performed consisting of: a medical history that included the Morisky-Green test (to identify adherence to treatment), the Goldberg's depression-anxiety scale and a Soliva-Domínguez satisfaction survey through a phone call. The SPSS® v.22 statistical package was used for the analysis of the data. **Results:** There was a positive effect when comparing the groups of patients who received NC in terms of decreasing patients with anxiety (although the strategy needs to be improved), increased adherence to treatment and satisfaction with the service they received. **Conclusions:** It is necessary to implement educational intervention strategies such as the NC for the orientation of patients during the perioperative period and to seek their improvement for the achievement of fewer patients with anxiety, adhered and satisfied with the service.

**Key words:** Health education. Nursing. Perioperative care. Adherence to treatment. Counseling.

#### Correspondencia:

\*Laura Solís-Flores

E-mail: investigalaura4@yahoo.com

Fecha de recepción: 19-11-2019

Fecha de aceptación: 27-05-2020

## Introducción

Actualmente la consejería forma parte de las actividades tanto de promoción como de intervención en salud, cuyo objetivo principal es la entrega de información, la cual se lleva a cabo por medio de la conformación de equipos multidisciplinarios<sup>1</sup>. Dentro de sus desafíos está el de incorporar los aspectos culturales del paciente, lo que se denomina «cuidado médico cultural», es decir, que el cuidado y tratamiento sea sensible a la cultura de cada paciente<sup>1</sup>.

La consejería de enfermería (CE) como estrategia de promoción y educación para la salud es utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para dirigir los cuidados en la alimentación del lactante y el niño. Dentro de las Normas Oficiales Mexicanas en los apartados de disposiciones generales se considera la consejería en la NOM 005 para planificación familiar, en el grupo etario de 10 a 19 años en la NOM 047 y en la 039 para el control de infecciones de transmisión sexual. En el 2008, el Hospital General de México inició las investigaciones sobre consejerías personalizadas de enfermería dirigidas a pacientes con diferentes enfermedades, sin embargo su implementación fue a partir de los resultados de dicha investigación, en el año 2009.

La implementación de la consejería también fue tomada como una estrategia de educación para la salud: «Se entiende a la educación para la salud con enfoque integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo»<sup>2</sup>.

En su glosario de términos de promoción de la salud la OMS incluye el concepto de alfabetización en salud, el cual se define como «las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de educación para la salud con enfoque integral que le permita promover y mantener una buena salud»<sup>2</sup>. Sin embargo, toda estrategia educativa antes de su implementación debe medirse, con el fin de contribuir realmente en la mejora de las condiciones de salud de los usuarios, mediante una asesoría activa y personalizada<sup>3</sup>. La estrategia mayormente utilizada es la información dirigida a los involucrados con la finalidad de contribuir al mejor manejo de la ansiedad perioperatoria, para que los pacientes y sus familiares puedan aceptar, manejar y sobreponerse a la enfermedad<sup>4-8</sup>.

Las consejerías se estudian para la identificación de necesidades educativas. ¿Qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿quiénes? y ¿con qué? son cuestiones que deben ser resueltas para impactar en la salud y mejorar las condiciones de promoción y educación de los usuarios.

Las cirugías realizadas con mayor frecuencia en la población en estudio en el año 2011 fueron 1,175 colecistectomías laparoscópicas y 1,126 plastias de hernias abdominales. Se ha observado que los pacientes que se someterán a una cirugía manifiestan ansiedad y dudas en relación con los procedimientos perioperatorios, por lo tanto fue necesario identificar la utilidad de un plan de educación para la salud basado en CE dirigido a los pacientes y familiares responsables; para fortalecer los conocimientos, la contención emocional y un trato digno, con el objetivo de identificar el efecto de este plan de intervención educativa en la atención de los pacientes durante el perioperatorio.

Con los resultados se esperó generar mayores beneficios en la salud y atención de los pacientes desde su programación para cirugía, mejorar la preparación preoperatoria, dar seguimiento al autocuidado durante la hospitalización y mejorar el cuidado integral de la persona en el postoperatorio haciendo uso de la CE de manera continuada.

## Métodos

### Diseño

El estudio tuvo un diseño cuasiexperimental, comparativo y longitudinal. Criterios de inclusión: pacientes adultos, mayores de 18 años, programados para cirugías de colecistectomía abierta y plastia de pared abierta, con un cuidador primario durante la consejería, que no contaron con diagnóstico sobre ansiedad, orientados y conscientes para hablar o entender indicaciones. Criterios de eliminación: pacientes con una puntuación que indicó probable depresión mediante la escala de Goldberg y aquellos que decidieron no participar en cualquier momento del estudio.

### Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

- Escala o cribado de Goldberg<sup>9,10</sup>. Mide ansiedad y depresión. Está conformado por nueve ítems; para la evaluación de resultados se establece que con 4 de 9 puntos existe la presencia de ansiedad.
- Test de Morisky-Green. Es un instrumento validado<sup>11,12</sup> que mide la adherencia al tratamiento y consta de cuatro ítems: 1) ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?; 2) ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?; 3) Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?, y 4) Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Se considera cumplimiento o no en cada una de ellas.
- Cuestionario de Soliva-Domínguez<sup>13</sup>, que mide la satisfacción de los pacientes postoperado. Consta de 35



preguntas, pero se ajustó a 20 reactivos (lo ajustaron a 20 debido a que contiene preguntas para cirugía ambulatoria y los pacientes en estudio fueron de cirugía programada). La puntuación del instrumento va de 0 a 100; el punto de corte indica que de 0 a 70 puntos el resultado es la insatisfacción en la atención, en tanto que de 71 a 100 indica la satisfacción con el servicio. Su fiabilidad (alfa de Cronbach) es de 0.76.

### ***Estructura del plan de intervención***

Respecto a la elaboración de materiales didácticos y formatos de registro de datos:

Se elaboró un instrumento de enfermería, que incluye los pasos del proceso de atención adaptados a las etapas de intervención quirúrgica, contiene la escala de adherencia al tratamiento, una escala análoga del dolor (EVA) y la escala de cribado de Goldberg para la identificación de la ansiedad<sup>9</sup>. Se empleó el test de Morisky-Green para conocer la adherencia al tratamiento<sup>11,12</sup>.

Se elaboraron trípticos y material didáctico que se proporcionó a pacientes y familiares. Y se preparó una bitácora de seguimiento en donde se registraron las fases del proceso de la investigación.

### ***Evaluación de la intervención educativa, basada en consejería de enfermería***

Previo a la intervención, todos los participantes otorgaron su consentimiento informado, autorizado por el Comité de Ética de la Dirección de Investigación (Reg. DI/12/307/04/018). Se entregó carta de consentimiento informado, explicando a los pacientes cuál y cómo sería su participación.

Se integraron cuatro grupos: dos grupos de 100 pacientes programados para colecistectomía y dos grupos de 100 pacientes programados para plastia de pared (uno de los dos grupos, por procedimiento quirúrgico, se estableció como grupo control). Se asignaron dos enfermeras para cada grupo (una enfermera para casos y otra enfermera para controles), quienes contaban con sus materiales específicos.

Se estableció una tabla para el control de la integración de los grupos. Los grupos estudio (colecistectomía y plastia de pared) recibieron el plan educativo de CE, con las siguientes cuestiones de educación para la salud en el momento de programación para la cirugía: en qué consistía el procedimiento quirúrgico, identificación de factores de riesgo, materiales necesarios para su hospitalización, condiciones de salud, preparación física y emocional, identificación de ansiedad, dolor, adherencia terapéutica y satisfacción con el servicio.

En el área de hospitalización se revisaron temas como importancia de las condiciones para ingreso a quirófano.

En el postoperatorio se vigiló la presencia de dolor (EVA), sangrado, signos y síntomas de alarma, ansiedad, cuidados en casa y adherencia al tratamiento.

Al final de la intervención, se aplicó el test de Morisky-Green y la escala de Goldberg. A los ocho días, en la retirada de los puntos, se resolvieron dudas y se dieron pláticas de cuidados, actividad física y alimentación.

Dentro del consentimiento informado, los participantes autorizaron las llamadas por teléfono y pudieron hablar por teléfono para resolver sus dudas cada que les fue necesario. A los 30 días se aplicó nuevamente la encuesta de satisfacción por vía telefónica.

Los grupos control recibieron tratamiento de forma habitual y solamente se les aplicaron los instrumentos de recogida de datos para su seguimiento.

Los datos se integraron al paquete estadístico SPSS® v.22, en el que se solicitaron medidas de tendencia central y pruebas de Chi cuadrada para la comparación de los resultados en los grupos control y estudio.

### **Resultados**

La distribución de frecuencias en cuanto al estado civil, religión y escolaridad tuvieron un comportamiento homogéneo, sin embargo los grupos fueron diferentes con relación al sexo y edad ( $p \leq 0.05$ ) (Tabla 1).

La ansiedad estuvo presente en menos pacientes que recibieron acompañamiento con CE. Así mismo, los pacientes que recibieron CE lograron mejor adherencia al tratamiento durante el perioperatorio (Tabla 2).

La tabla 3 muestra el mayor porcentaje de satisfacción en los grupos de estudio, donde se proporcionó CE. Sin embargo, la diferencia del porcentaje de pacientes satisfechos de los grupos control no tuvo diferencia significativa ( $p \geq 0.05$ ).

### **Discusión**

El personal de enfermería tiene como herramienta básica de la valoración la comunicación efectiva con los pacientes, busca en gran medida la aplicación de esta no solo con el paciente, además es indispensable que establezca un vínculo de confianza con los familiares durante sus intervenciones en el perioperatorio<sup>14-16</sup>. Al proporcionar CE se supera al poner en práctica las habilidades de comunicación relacionada directamente con la calidad de los servicios de salud<sup>17</sup>.

Valenzuela-Millán, et al. aseguraron que el origen de la ansiedad parece relacionarse a factores como la falta de información adecuada y oportuna al paciente<sup>4</sup>. Además observamos las complicaciones con cirugías previas y/o miedo a la anestesia. Coincidimos con Bages, que afirma que la visita prequirúrgica de enfermería es una herra-

**Tabla 1.** Datos descriptivos de la población en estudio\*

Variables		Plastia de pared		Colecistectomía	
		Estudio (con CE)	Control (sin CE)	Estudio (con CE)	Control (sin CE)
Sexo	Hombre	56	65	24	11
	Mujer	44	35	76	89
Edad en años	18-29	8	16	25	11
	30-47	39	25	46	37
	48-65	32	40	26	37
	66 a más	21	19	3	15
Estado civil	Soltero	19	30	27	21
	Casado	52	43	39	44
	Unión libre	14	8	15	11
	Divorciado, viudo o separado	15	17	12	21
	Madre o padre soltero	0	2	7	3
Religión	Sin religión	2	5	2	2
	Católica	83	77	85	87
	Cristiana	6	8	6	6
	Testigo de Jehová	1	2	1	0
	Otras	8	8	6	5
Escolaridad	Sin estudios	7	7	6	5
	Básico	58	63	59	72
	Medio superior	26	20	29	21
	Superior	9	10	6	2

La distribución de frecuencias en el estado civil, religión y escolaridad de la población tuvo un comportamiento homogéneo, sin embargo los grupos fueron diferentes en relación al sexo y edad ( $p \leq 0.05$ ).

\*Fuente: encuestas aplicadas en 2014-2015.  
CE: consejería de enfermería.

**Tabla 2.** Distribución de resultados en los grupos con y sin consejería de enfermería

Dimensiones		Colecistectomía Evaluación		Plastia de pared Evaluación	
		Antes consejería	Después consejería	Antes consejería	Después consejería
Ansiedad*	Con consejería	7%	3%	46%	14%
	Sin consejería	8%	5%	1%	4%
Adherencia al tratamiento <sup>†</sup>	Con consejería	69	89	31	59
	Sin consejería	74	87	69	19

\*Resultado de la escala o cribado de Goldberg<sup>9</sup> para identificar ansiedad y depresión. La disminución de ansiedad postoperatoria resultó estadísticamente significativa mediante la prueba de Chi cuadrada ( $p \leq 0.006$ ).

<sup>†</sup>Resultado obtenido mediante el test de Morisky-Green<sup>12</sup>. El aumento de apego al tratamiento en el postoperatorio comparado al preoperatorio fue estadísticamente significativo en los grupos que recibieron consejería, mediante prueba de Chi cuadrada ( $p \leq 0.000$ ).

**Tabla 3.** Satisfacción por la atención en el proceso perioperatorio

	Población	Satisfacción	No satisfacción
Colecistectomía	Grupo estudio	42%	8%
	Grupo control	31%	18%
Plastia de pared	Grupo estudio	37%	12%
	Grupo control	20%	29%

Fuente: datos obtenidos en 2019 mediante la encuesta de satisfacción de Soliva-Domínguez, et al., 2003<sup>13</sup>.

mienta eficaz para disminuir la ansiedad previa a la intervención y que hay que luchar para crear consultas de enfermería para que los pacientes puedan beneficiarse de sus efectos ansiolíticos<sup>18</sup>. Así mismo, Doñate reportó que la información previa que recibe el paciente disminuye el nivel de ansiedad y que el 85.2% de los pacientes previo a su procedimiento quirúrgico la sufren<sup>8</sup>. Rojas, et al. también recomiendan la educación para prevenir situaciones de estrés, temor y ansiedad<sup>19,20</sup>. Las acciones de cuidado en el contexto perioperatorio se consideran un espacio social de comunicación<sup>5,14,15</sup> en el que se genera confianza y disminuye la ansiedad, aunque Díez no recomienda la visita preoperatoria con finalidad ansiolítica<sup>21</sup>. Podemos decir que influyó el hecho de que solo intervino con su equipo en el preoperatorio inmediato. En este caso es recomendable el abordaje del paciente no solo en el preoperatorio inmediato, es muy importante acompañar a las personas desde su programación de cirugía y generarles seguridad y confianza hasta el egreso hospitalario.

Retomando a Vargas<sup>11</sup>, con la CE la adherencia farmacológica se ve influenciada por un plan personalizado que considera distintos factores durante el tratamiento quirúrgico.

La comunicación influye en una mejor satisfacción con el servicio<sup>5,19,22</sup>. Este estudio incluyó educación para la preparación de la cirugía, debido a que la información preoperatoria mejora la percepción de la satisfacción<sup>23</sup>.

Afirmamos, al igual que Valle, et al., que «la educación para la salud es uno de los pilares de la satisfacción con los servicios de salud»<sup>24</sup>. Coincidimos con lo importante que resulta dar información oportuna y completa de acuerdo con la necesidad de los usuarios, así como generar al final del internamiento un plan de alta de enfermería que incluya una valoración previa al egreso del paciente<sup>25</sup>.

El plan de alta fue generado durante el seguimiento de los pacientes, desde su programación de cirugía de acuerdo con las valoraciones continuas y basadas en los antecedentes de estilos de vida, que incluyen tipo de alimentación, creatividad y esfuerzo laboral en cada uno de ellos.

## Conclusiones

Podemos afirmar que el plan de intervención educativa basada en CE tiene un efecto positivo en la atención de los usuarios, debido a que logra disminuir en algunos de ellos la ansiedad, fortalece la comunicación y con ello la preparación para el acto quirúrgico, fortalece la adherencia al tratamiento y el plan de cuidados postoperatorios, lo que se refleja en el incremento de pacientes satisfechos con el servicio.

## Financiamiento

El Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga Datos ha proporcionado financiación económica para la realización de la investigación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

- Schade YN, Beyebach M, Torres CP. Consejería familiar: de la teoría a la aplicación práctica en la atención primaria. *Cuad Trab Soc.* 2009;(5):74-92.
- Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2017.
- Castro SE. Consejería personalizada de enfermería y nutrición para conservar la función renal en pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2019;27(1):33-43.
- Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, Lopez A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm.* 2013;22(1-2):60-4.

5. Valenzuela MJ, Barrera SJR, Ornelas JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cir Cir Méx.* 2010;78(2):151-6.
6. Bogusaite L, Razlevica I, Lukosiene L, Macas A. Evaluación de las necesidades de información preoperatoria en anestesiología pediátrica. *Med Sci Monit.* 2018;24:8773-80.
7. Gordillo LF, Arana MF, Mestas HL. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam.* 2011;4(3):228-33.
8. Doñate MM, Litago CA, Monge SY, Martínez SR. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enferm Glob.* 2015;37:170-80.
9. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J.* 1988;97:897-9.
10. Carbonell MM, Pérez DR, Riquelme MA. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Univ Psychol.* 2016;15(1):177-92.
11. Vargas NF. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. *Rev Osteoporos Metab Miner.* 2014;6(1):5-7.
12. Rodríguez CM, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez CA, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. *Aten Prim.* 2018;40(8):413-8.
13. Soliva-Domínguez R, Amaro-Arias E, Portuondo-Avalos I. Satisfacción de los operados con un programa municipal de cirugía ambulatoria mayor. *Cir Cir.* 2003;71(2):116-28.
14. Bumaschny E, Raffa CI, Reichman P. Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico. En: Galindo F, Abed G, Andreani ÓC, Ferro DL, Rainone JE, Brandi CD, et al., editores. *Enciclopedia Cirugía Digestiva.* Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva; 2013.
15. Rincón DA, Escobar B. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. *Rev Colomb Anestesiol.* 2014;43(1):32-50.
16. Salazar MAM. Interacciones del cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria. *Rev Cub Enf.* 2012;28(4):495-508.
17. Luna-García MN, Mugenburg MC, Rodríguez Vigil, Sánchez-Trampe BI. Percepción de la comunicación en la relación enfermera-paciente durante el cuidado hospitalario. *Rev Mex Enf.* 2017;5:114-20.
18. Bages FC, Lleixa FM, Español PMM, Imbenon CC, Munté PG, Vázquez MN. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enf Glob.* 2015;1(39):29-40.
19. Rojas MJ, Azevedo D. Estrategias de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos en intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patrício de Alcalá, Cumana, Venezuela. *Rev Multi Cons Inv Uni Chi.* 2013;25(3):273-8.
20. Hernández AI, López AJ, Guzmán JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. *Act Med Grup Ang.* 2016;14(1):6-11.
21. Díez-Álvarez E, Arrespide A, Mar J, Álvarez U, Belaustegui A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enf Clin.* 2011;22(1):18-26.
22. Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Rev Bras Anestesiol.* 2014;65(1):7-13.
23. Guillén Perales J, Guillén Solvas JF (dir). Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución posoperatoria [tesis doctoral en Internet]. [Granada]: Universidad de Granada, Departamento de Medicina preventiva y Salud Pública; 2014. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/34013>
24. Valle V, López F, Manera C, Zazo L. Estudio del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria en un periodo de seis meses. *Cir May Amb.* 2011;16(4):164-7.
25. Arroyo-Lucas, Vásques-Cruz R, Chávez-Contreras RM, Martínez-Becerril M, Najera-Ortiz MP. Plan de alta de enfermería, modelo de una institución de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. *Rev Mex Enf.* 2017;5:15-1.



# Modificación en los estilos de vida y mejoría en la evolución de la diabetes *mellitus* en una población, posterior a una intervención educativa de enfermería

## *Modification in lifestyles and improvement in the evolution of diabetes mellitus in a population, following an educational nursing intervention*

Ma. Susana González-Velázquez\*, Dolly M. Blanco-Borjas, Belinda de la Peña-León y Silvia Crespo-Knopfler

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Carrera de Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la relación entre una intervención educativa por el personal de enfermería y la evolución de personas con diabetes. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo y correlacional, conformado por una muestra de 44 personas. En la intervención educativa se utilizaron recursos didácticos. Las sesiones educativas fueron en el domicilio de las personas. **Resultados:** Se trata de una población cuya edad osciló entre los 41 y 88 años; por sexo, el 45% mujeres y el 56% hombres. Los valores de la toma de glucemia disminuyeron en comparación con los valores iniciales, lo cual fue estadísticamente significativo ( $p < 0.01$ ). En el peso de las personas se observó una disminución la cual resulta estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ); se observó una disminución del índice de masa corporal (IMC) de los participantes estadísticamente significativa ( $p > 0.01$ ). Las comparaciones se realizaron mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas. **Conclusión:** Una adecuada planeación de la intervención educativa permite que las personas amplíen sus conocimientos sobre su enfermedad, logrando un mejor autocuidado y estilo de vida. La relación entre la intervención educativa y la evolución de las personas con diabetes fue positiva.

**Palabras clave:** Enfermería. Diabetes *mellitus*. Educación para la salud.

### Abstract

**Objective:** To analyze the relationship between an educational intervention by the nurse and the evolution of people with diabetes. **Methodology:** It is a descriptive and correlational study, with a sample of 44 people. Teaching resources were used in the educational intervention. The educational sessions were at people's homes. **Results:** This is a population whose age ranged between the ages of 41 and 88; by sex, 45% women and 56% men. Blood glucose intake values decreased compared to baselines, which was < statistically significant ( $p < 0.01$ ). A statistically significant decrease in body mass index ( $p > 0.01$ ) was observed in people's weight. Comparisons were made using student's t-test for related samples. **Conclusion:** Proper planning of educational intervention allows people to expand their knowledge of their disease, achieving better self-care and lifestyle, thus preventing or delaying complications of this disease. The relationship between the educational intervention provided and the evolution of people with diabetes was positive.

**Key words:** Nursing. Diabetes *mellitus*. Health education.

### Correspondencia:

\*Ma. Susana González-Velázquez

E-mail: susanagove@msn.com

Fecha de recepción: 05-05-2020

Fecha de aceptación: 28-08-2020

Cómo citar este artículo: González-Velázquez MS, et al. Modificación en los estilos de vida y mejoría en la evolución de la diabetes *mellitus* en una población, posterior a una intervención educativa de enfermería. Rev Mex Enf. 2021;9:19-24.

2339-7284 / © 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diabetes como una de las cuatro principales enfermedades crónicas no transmisibles y de incidencia creciente en las últimas décadas. Según el último informe global sobre diabetes de la OMS, 1,500,000 personas murieron de diabetes en 2012<sup>1</sup>. La diabetes y sus complicaciones conllevan importantes pérdidas económicas para las personas que la padecen y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales, por los costos médicos directos y la pérdida de trabajo y sueldos<sup>1</sup>. Esta enfermedad, como el resto de las enfermedades crónicas, está vinculada a factores conductuales, nutricionales, de influencia medioambiental y genética<sup>2</sup>.

En México se reportaron 105,754 muertes por diabetes para el 2016, se calcula que actualmente existen más de 8.6 millones de adultos diagnosticados con diabetes *mellitus* (DM) según datos de la Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, siendo las entidades con los porcentajes más altos: Campeche, Tamaulipas, Hidalgo, Ciudad de México y Nuevo León, y por sexo las mujeres representan el 11.4% y los hombres el 9.1%<sup>3</sup>.

Ante este panorama, la reflexión y análisis de las características de las intervenciones educativas actuales, la forma de su implementación y su efectividad se vuelven esenciales para el personal de enfermería, que dentro de su diversas funciones ofrece promoción de la salud a la población. La temática de la intervención no es en sí la intervención misma, sino que en ella intervienen aspectos pedagógicos, metodológicos, teóricos y filosóficos, que educativamente y *a posteriori* son importantes en el desarrollo de procesos controlados de intervención<sup>4</sup>, en este caso en personas con DM tipo 2.

El conocimiento relacionado con la nutrición es uno de los factores que pueden influir en la adopción de una dieta saludable<sup>5</sup>, por ello la educación a pacientes con diabetes es un pilar fundamental en la prevención de complicaciones y una oportunidad de transitar hacia la atención primaria de la salud.

La alimentación equilibrada, junto con una correcta hidratación y el ejercicio físico son considerados pilares fundamentales para mantener la salud<sup>6</sup>. En la actualidad se están produciendo cambios en el estilo de vida de la población que favorecen el aumento de obesidad, DM tipo 2, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares<sup>7</sup>. Para los pacientes con DM tipo 2 se recomienda la reducción de la ingesta calórica mediante el mantenimiento de un patrón de alimentación saludable<sup>8,9</sup>. Sin embargo, la adherencia a las recomendaciones nutricionales generalmente es ignorada por estos pacientes<sup>10</sup>.

La educación para la salud se puede entender como «un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas»<sup>11</sup>. Esto requiere de profesionales capacitados no solo a nivel biologicista; el componente social también es importante y el personal de enfermería cuenta con las competencias necesarias, es decir, saber brindar atención al individuo y familia, conocer a la comunidad en que se trabaja para hacer una correcta detección de necesidades de salud de esta y saber trabajar en equipo para llevar en práctica una óptima educación para la salud. Se utilizan diversos métodos educativos que permiten trabajar con individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones con el fin de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, como lo son las técnicas de: expresión, de información, de análisis y de desarrollo de habilidades<sup>12</sup>.

Es importante señalar que existen diferencias entre intervención educativa e intervención pedagógica, ya que si bien no significan exactamente lo mismo están íntimamente relacionadas.

Por una parte la intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. En esta existe un educando y un educador, se realiza una acción para lograr algo, se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, y puede estar dirigida a tres áreas principales de atención:

- En problemas de salud crónicos, procesos agudos, de duración media o problemas como la dependencia, la violencia o el maltrato.
- En estilos de vida.
- En transiciones vitales.

Los modelos educativos utilizados en una intervención en salud deberán ser aquellos basados en estrategias de aprendizaje significativo, donde la persona aprende desde sus experiencias, vivencias y conocimientos reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo. Este tipo de aprendizaje tiene como características: a) que parte de las experiencias del individuo, b) que requiere de su participación y del uso de técnicas que la faciliten y c) que aborda áreas del conocimiento cognitivo, afectivo y de habilidades<sup>13</sup>.

Es por ello que al realizar una intervención educativa esta debe tener orden, llevarse a cabo con fundamento en el conocimiento de la educación, explicitar los referentes teóricos metodológicos de los que parte, delimitar los modelos que orienten las acciones de las intervenciones, transformar el desarrollo espontáneo de destrezas en procesos controlados de intervención y en el caso de la edu-



cación para la salud recordar que la educación es un fin y es un medio.

La orientación que tome la intervención dependerá, entre otros aspectos, de los conceptos de educación como se mencionó con anterioridad, así como de la concepción de salud de los que parta; deben tomarse en cuenta los marcos teóricos y filosóficos empleados como referencia, los cuales pueden ser complementarios. En cualquier caso y como requisito previo a la intervención, es fundamental reflexionar y consensar los objetivos que se pretende alcanzar con las personas y los grupos implicados, así como asegurar que estos son negociados y que los modelos de aprendizaje son congruentes con las diferentes estrategias planificadas en el proceso de la educación para la salud.

Por otro lado, la intervención pedagógica es la acción intencional que se desarrolla en la tarea educativa en orden a realizar con, por y para el educando los fines y medios que se justifican con fundamento en el conocimiento de la educación y del funcionamiento del sistema educativo<sup>4</sup>.

En Ciudad de México hay una gran concentración de personas que padecen DM que no solo requieren atención institucionalizada sino un seguimiento educativo y de retroalimentación domiciliaria con el objetivo de modificar conductas y adoptar estilos de vida saludables; además representa la oportunidad de reducir la saturación de la atención en clínicas y hospitales. En este sentido la Universidad, vía la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, la cual está ubicada en Ciudad de México y en el Estado de México cumple un papel social disciplinario que brinda atención en colonias aledañas a sus instalaciones. Como parte de su planeación educativa, cuenta con siete clínicas universitarias de atención a la salud (CUAS), las cuales brindan atención de enfermería, medicina, psicológica y odontológica a población abierta. En particular en la Clínica Universitaria Zaragoza ubicada en el oriente de Ciudad de México, pasantes de la carrera de enfermería realizaron su servicio social en el presente proyecto, siendo una de sus funciones principales la visita domiciliaria a pacientes que padecen diabetes a lo largo de dos años. El material que se utilizó en la atención se basa en materiales didácticos como el manual para la salud sobre DM, trípticos sobre el plato y la jarra del buen comer, infografías y sesiones educativas.

Al ser enfermería el primer nexo de unión entre la población y el sistema de salud, es de suma importancia hacer disponible los conocimientos y el fortalecimiento de actitudes activas con relación a la enfermedad dirigida a la persona con diabetes y su familia, por medio de prácticas educativas de salud, las cuales han sido relacionadas con la prevención de las complicaciones por medio del automanejo de la enfermedad, lo que posibilita a la persona convivir mejor con su condición<sup>14</sup>.

Por lo anterior es importante resaltar que los resultados obtenidos por el profesional de enfermería en la intervención educativa dirigidas a adultos mayores con diabetes permite esperar una mejoría en la su evolución, y así contribuir a la modificación de las complicaciones crónicas y con ello promover estilos de vida más saludables tanto para las personas como para la familia. Del mismo modo, visibiliza las acciones del profesional de enfermería en el ámbito comunitario, ante la cronicidad, y ponen en foco de atención a la necesidad de contar con más enfermeras competentes en la atención primaria de la salud.

Por lo tanto, el objetivo del presente es analizar la relación entre una intervención educativa por el personal de enfermería y la evolución de pacientes diabéticos.

## Metodología

El presente estudio se trata de un estudio descriptivo y correlacional. Se desarrolló en el periodo de agosto de 2018 a marzo de 2019, conformado por una muestra por conveniencia de 44 adultos provenientes de la CUAS Zaragoza y teniendo como criterios de inclusión haber sido diagnosticado de DM tipo 2 más de 3 años antes y tener más de 40 años.

En la recolección de los datos se utilizó una cédula elaborada exprofeso para el estudio y como resultado de la diferente literatura que se revisó. En esta cédula se incluyeron datos como: edad, sexo, diagnóstico médico, tiempo de evolución, tipo de cuidados que llevaban con relación a la dieta, estilo de vida, pies, calzado, peso, talla y antecedentes de toma de glucosa.

Para la planeación de la intervención educativa se llevó a cabo un seminario de manera semanal con la participación de los pasantes de enfermería. En el seminario se revisaron aspectos teóricos sobre cómo elaborar un programa de salud, así como los temas relacionados con este; como resultado de las sesiones se concluyó el programa de educación a la salud programándose teórico-práctico. El objetivo del programa fue capacitar a las personas con diagnóstico de DM tipo 2 y con esto lograr que cada vez exista un mayor número de personas de la población conscientes de los cuidados, estilos de vida y hábitos saludables llevados a cabo en su vida diaria para evitar el progreso súbito de las complicaciones propias de sus enfermedades.

Las sesiones educativas fueron programadas en el domicilio de las personas y tuvieron una duración aproximada de 30 a 40 minutos por cada sesión, se realizaron entre 4 y 5 sesiones. A los pacientes se les realizó un seguimiento semanal por parte de los pasantes, para cada uno de ellos se llevó una bitácora en donde se anotaban los temas revisados en cada sesión teniendo como referencia los materiales didácticos que se elaboraron para la intervención y se registraron los avances que alcanzaba cada



paciente en cada una de las sesiones relacionados con el peso, la glucemia capilar y el índice de masa corporal (IMC), así como qué tanto avanzaban en conocer e identificar la enfermedad, sus complicaciones y el impacto en su vida cotidiana.

Para la intervención de la variable que se exploraron los conocimientos que tenían las personas sobre la DM tipo 2, se diseñó un breve cuestionario en donde se les hicieron 15 preguntas. Se le asignó un puntaje a cada pregunta y así determinar qué tipo de conocimiento tenían los pacientes. Si se obtenía menor a 31 puntos se consideró un conocimiento deficiente, un conocimiento regular se consideraba entre 32 a 62 puntos, un conocimiento bueno entre 63 a 79 puntos y por último estaba el conocimiento excelente, el cual era de 80 puntos.

En las sesiones educativas se utilizaron los siguientes recursos didácticos:

- El manual *Cómo vivir bien con DM tipo 2*, el cual se elaboró de una manera didáctica utilizando dibujos coloridos y un lenguaje sencillo, para lo cual se contó con el apoyo de una diseñadora gráfica. Este manual se elaboró dentro del proyecto *Atención de Enfermería en comunidad a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles* financiado por una instancia externa y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El manual fue publicado por la FES Zaragoza.
- Otros recursos utilizados fueron rotafolios y trípticos haciendo énfasis en el plato del buen comer y la jarra del buen beber.

Uno de los aspectos importantes fue el control de la glucemia capilar de las personas con diabetes, por lo cual se les llevó un control de esta mediante monitoreo con el glucómetro. Para verificar los resultados del control por la glucemia se les realizó dos estudios de laboratorio, los cuales fueron realizados en la CUAS por pasantes de la carrera de químico farmacobiólogo, la cual también se imparte en la FES Zaragoza; los estudios no tuvieron costo para las personas. La primera muestra fue previa a las sesiones educativas y la otra muestra fue posterior a la intervención, lo que permitió hacer una comparación de los valores previos y tras las sesiones.

En el aspecto ético el proyecto al ser evaluado por una institución externa y ser financiado se apega a los principios éticos y normativamente a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título II, Capítulo I, Artículos 13, 14 y 16 de nuestro país, así como en los principios éticos contemplados en la Declaración de Helsinki y de la Conferencia Mundial de la armonización para las buenas prácticas.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 22, se utilizó estadística descriptiva para describir características de la muestra y las variables de estudio. La

prueba de t de Student permite analizar la diferencia entre dos poblaciones.

## Resultados

Se trata de una población cuya edad osciló entre los 41 años y 88 años, 20 (45%) mujeres y 24 (56%) hombres. En relación con la escolaridad, 8 (18%) solo sabía leer y escribir, 20 (45%) tenían primaria completa, 10 (23%) contaban con secundaria, 4 (9%) con bachillerato y 2 (4%) con estudios técnicos. Por ocupación, 18 (41%) eran amas de casa, 6 (13.7%) empleados, 6 (13.7%) se dedicaban al comercio, 5 (11%) eran jubilados/pensionados, 7 (16%) se dedicaban al transporte y hubo 2 (4.5%) que estaban desempleados. Con relación al tiempo de evolución, se encontró 20 (45%) con más de 10 años, 10 (23%) 9-8 años, 4 (9%) 7 años y 10 (23%) 5-6 años.

En relación con los valores de la toma de glucemia se observaron cambios: estos disminuyeron en comparación a los valores iniciales de forma estadísticamente significativa, con una media inicial de 165 mg/dl y una media posterior de 143 mg/dl ( $p < 0.01$ , prueba t de Student para datos apareados).

Con relación al peso de los pacientes, se observó una disminución del peso, la cual resulta estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ), con media inicial de 70.55 kg y media final de 67.90 kg (prueba t de Student para datos apareados).

Se observó una disminución del IMC de los participantes. La diferencia entre el IMC inicial y el IMC posterior a la intervención fue estadísticamente significativa ( $p > 0.01$ ), con media inicial de 29.26 y media actual de 28<sup>17</sup> (prueba t de Student para datos apareados).

En relación con los conocimientos previos a la intervención se encontró que antes de la intervención 1 (2%) consideraba que tenía muy buenos conocimientos de la enfermedad, 7 (16%) buenos, 30 (68%) regulares y 6 (14%) consideraron que tenían malos conocimientos. Posterior a la intervención educativa se observaron los siguientes resultados: 15 (34%) consideraron muy buenos sus conocimientos de la enfermedad, 12 (27%) buenos, 17 (39%) regulares y ningún paciente manifestó que sus conocimientos fuera malos (Tabla 1).

Los resultados anteriores nos demuestran que con una adecuada planeación de la intervención de enfermería en cuanto a realizar una valoración de las necesidades en salud de las personas, determinación de los contenidos, elaboración y validación del material didáctico, así como la planeación de las sesiones educativas, mediante la visita domiciliaria y con el apoyo de recursos didácticos que sean fáciles y entendibles, las personas con diabetes ampliarán sus conocimientos sobre la enfermedad, logrando un mejor autocuidado, una adecuada alimentación, el control de la glucosa y un mejor estilo de vida, y

**Tabla 1.** Conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad antes y después de la intervención

Conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	n	%	n	%
Muy bueno	1	2	15	34
Bueno	7	16	12	27
Regular	30	68	17	39
Malo	6	14	0	0
Total	44	100	44	100

así prevendrán o retardarán las complicaciones que tiene esta enfermedad.

## Discusión

La implementación de un programa estructurado de cuidado de las enfermedades crónicas que aumente los esfuerzos para la realización de estrategias educativas con abordajes proactivos y la participación de los pacientes en todas las fases de planificación, desarrollo y realización de las actividades educativas, puede ser la base para intervenciones preventivas y para la promoción de la salud<sup>14</sup>.

En el estudio que realizaron Ávila, et al.<sup>15</sup> se encontró un nivel muy bajo de escolaridad en la muestra del estudio (40%) y en cuanto a la ocupación de la población se identificó que predominan las labores del hogar (75%), lo que coincidió con nuestro estudio, en donde el 45% tiene la primaria completa y el 41% se dedica al hogar.

Es importante tener en cuenta que los estilos de vida, particularmente en las personas con diagnóstico de DM tipo 2, se constituye en una variable reveladora de un apego exitoso al tratamiento farmacológico y no farmacológico; entre ellos se menciona la dieta, el ejercicio y el control de peso, siendo aquí la importancia de la intervención de enfermería para la modificación del estilo de vida mediante la educación en salud de las personas y el logro de una práctica de autocuidado, la cual se constituye como la más efectiva estrategia de prevención en las complicaciones de la enfermedad y, por ende, en el deterioro de las personas.

En el estudio de Justo y Orlandi<sup>16</sup> se encontró que el patrón de obesidad observado no corresponde con grados excesivamente mórbidos de obesidad. Cuando se consideran sobrepesos y obesos los pacientes con un IMC superior a 27 m<sup>2</sup> de superficie corporal, la media fue de 31.3 ± 4.2, lo cual no coincide con nuestro estudio, ya que la media actual fue 28.<sup>17</sup>

En otro estudio realizado por Manrique, et al.<sup>17</sup> se encontró que la educación para la salud ha demostrado aumentar los conocimientos sobre la enfermedad y promo-

ver un cambio positivo en la actitud de los pacientes, lo cual coincide con nuestro estudio, en donde después de la intervención educativa el 34% de la población manifestó tener muy buenos conocimientos sobre la enfermedad, lo que ayuda al autocuidado de los pacientes, así como con el estudio de Casanova, et al.<sup>2</sup>, ya que en este también se encontró que la estrategia educativa realizada a los prestadores permitió el incremento de los conocimientos sobre el Programa de Educación en Diabetes y los modelos y teorías de promoción de salud.

La educación para la salud tiene como objetivo modificar el estilo de vida de los ciudadanos que tan graves consecuencias está produciendo en la población. Las intervenciones de enfermería sobre el apoyo educativo en personas con diferentes patologías crónicas dan una visión de la importancia que representa esta actividad para obtener cambios positivos, por lo que la educación en diabetes es hoy en día el aspecto más importante dentro del tratamiento integral de esta enfermedad y así contribuir a llevar a cabo una mejor gestión de la enfermedad.

## Limitaciones

Una limitación de este estudio fue la reducción del tamaño de la muestra con relación al cálculo inicial, esto debido a que una parte de la población tenía otros diagnósticos como hipertensión arterial e insuficiencia renal, por lo que se tuvieron que excluir del estudio.

Otra limitación que se tuvo fue durante las sesiones educativas, ya que varias de ellas se tuvieron que reprogramar por diferentes motivos que manifestaron las personas.

## Conclusiones

Las intervenciones educativas de manera permanente por parte del profesional de enfermería resaltan la importancia de brindar atención a personas con DT2, ya que se consideran como una herramienta que permite desarrollar capacidades de autocuidado en estas.

En sistemas de salud enfocados hacia la atención primaria de la salud y la cobertura universal en salud, fortalecer la enfermería en el ámbito comunitario permea en la posibilidad de llegar al objetivo principal de la salud para todos y todas.

La intervención educativa proporcionada permitió que la evolución de las personas con diabetes fuera positiva, ya que los valores de la glucemia disminuyeron en comparación a los valores iniciales, se logró una disminución del peso y una disminución del IMC de los participantes, siendo todos los resultados estadísticamente significativos. Lo anterior refuerza la importancia de la participación de enfermería en las enfermedades cronicodegenerativas en el primer nivel de atención, ya que permite un abordaje y correcto control de estas enfermedades y sus factores de riesgo y, por ende, mejores estilos de vida en las personas.

### Agradecimientos

A los pasantes de enfermería de la FES Zaragoza UNAM que participaron en el proyecto realizando su Servicio Social.

### Financiamiento

Fundación Gonzalo Río Arronte y la UNAM al proyecto Atención de Enfermería en Comunidad a Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles clave 43226-2936-9-XI-15 y la UNAM del que se deriva este artículo.

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### Bibliografía

1. Global Report on Diabetes [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2016. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf;jsessionid=42D20B705EF863B847324A86D8638F94?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=42D20B705EF863B847324A86D8638F94?sequence=1)
2. Casanova M, Bayarre HD, Navarro DA, Sanabria G, Trasancos M. Efectividad de una estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 2017;43(3):1-17.
3. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018.
4. Touriñán LJM. Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: la mirada pedagógica. *Extra-Série.* 2011;(0):283-307.
5. Spronk I, Kullen C, Burdon C, O'Connor H. Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. *Br J Nutr.* 2014;111(19):1713-26.
6. De Torres ML, López-Pardo M, Domínguez A, De Torres C. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2008;28(3):9-19.
7. Moreno CM, Lora P. Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2017;37(4):189-93.
8. Federación Mexicana de Diabetes. Defunciones por diabetes en México [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2016. Disponible en: <http://fm-diabetes.org/defunciones-diabetes-mexico-2/>
9. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care.* 2014;37(Suppl 1):S120-S143.
10. Vijan S, Stuart NS, Fitzgerald JT, Ronis DL, Hayward RA, Slater S, et al. Barriers to following dietary recommendations in type 2 diabetes. *Diabet Med.* 2005;22(1):32-8.
11. Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de los amércas. Ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior [Internet]. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2lP97lU>
12. Pérez MJ, Echaurren M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de educación para la Salud. Navarra: ONA Industria Gráfica/Instituto de Salud Pública; 2006. pp. 23-33.
13. Hernández-Rojas G. Miradas constructivistas en psicología de la educación. México: Paidós educador; 2006.
14. Alves Pereira A, da Silva Campos Costa NM, Lima Sousa AL, Veiga Jardim PC, de Oliveira Zanini CR. Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(3).
15. Ávila H, Meza S, Frías B, Sánchez E, Vega C, Hernández MA. Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Cultura de los Cuidados.* 2006;10(20):141-6.
16. Justo I, Orlandi N. Diabetes y obesidad. Estudio en un área de salud. *Rev Cubana Med Integr.* 2005;21(5-6):1-6.
17. Manrique AM, Calero N, Fernández MS. Efectividad de la educación sanitaria en la prevención de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2. *Parainfo Digital.* 2017;27. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/pdf/251.pdf>



# Valoración de enfermería en mujeres con ansiedad y depresión posparto que acuden a la clínica de vacunación

## *Nursing assessment in women with anxiety and postpartum depression attending the vaccination clinic*

Karina A. Medina-Reyes\*, Aida M. Sánchez-Vélez, Jennifer J. Piña-Cabral, Brenda V. Medina-Huerta, Irving A. Palomino-Castillo y Silvia P. González-Flores

Departamento de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, Ags., México

### Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación que existe entre ansiedad y depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de vacunación en un centro de salud urbano. **Metodología:** Estudio cuantitativo correlacional, diseño descriptivo, transversal y prospectivo. Muestra no probabilística por conveniencia de 74 mujeres en un centro de salud urbano en el periodo de septiembre a diciembre del año 2019, utilizando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Se aplicó estadística descriptiva y correlación de Pearson en la estadística inferencial. **Resultados:** La edad promedio de las mujeres estudiadas fue de 25. El 35.3% presentó síntomas depresivos, el 50% tuvo un nivel de ansiedad/estado alto y en cuanto a la ansiedad/rasgo el 59.5% un nivel nulo o bajo. Se obtuvo una correlación entre ansiedad/estado y depresión posparto de  $r: 0.472$  ( $p = 0.000$ ), además de una correlación entre ansiedad/rasgo y depresión posparto  $r: 0.608$  ( $p = 0.000$ ). **Discusión:** Se encontró una relación significativa entre ansiedad y depresión posparto, así como la asociación con otros factores como un embarazo no deseado, no brindar lactancia materna y el tener un bebé prematuro. **Conclusión:** Los factores asociados encontrados podrían ser tomados en cuenta por el profesional de enfermería al momento de realizar su valoración y de esta forma colaborar en la prevención y tratamiento de las madres afectadas y así evitar complicaciones en la diada madre-hijo.

**Palabras clave:** Ansiedad. Depresión. Posparto.

### Abstract

**Objective:** To determine the relationship between anxiety and postnatal depression regarding women assisting vaccination services in urban health centers. **Methodology:** This is a correlational and quantitative study; it is descriptive design based and transversally prospective. A non-probabilistic sample by the convenience of 74 women in an urban health center within the period of September-December-2019 was obtained. Edinburgh's Postnatal Depression Scale (EDPS) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) instrument were used. Descriptive statistics and Pearson's correlation, also known as the product moment correlation coefficient, were performed. **Results:** The average age of studied women was of 25 years old; 35.3% presented depressive symptoms, and 50% had a high anxiety/state level; regarding the anxiety/trait heading, 59.5% had a low or null level. A correlation between anxiety/state and postnatal depression of  $r: 0.472$  ( $p = 0.000$ ) was obtained, as well as an anxiety/trait and postnatal depression correlation of  $r: 0.608$  ( $p = 0.000$ ). **Discussion:** A significant relationship was found between anxiety and postpartum depression, as well as the association with other factors such as an unwanted pregnancy, not providing breastfeeding and having a premature baby. **Conclusion:** The found associated factors could be taken into account by the nursing professional at the time of their assessment and, in this way, collaborate in the prevention or treatment of the affected mothers and avoid complications in the mother-child dyad.

**Key words:** Anxiety. Depression. Postpartum.

### Correspondencia:

\*Karina A. Medina-Reyes

E-mail: karinaamedinar@gmail.com

Fecha de recepción: 23-05-2020

Fecha de aceptación: 24-09-2020

Cómo citar este artículo: Medina-Reyes KA, et al. Valoración de enfermería en mujeres con ansiedad y depresión posparto que acuden a la clínica de vacunación. Rev Mex Enf. 2021;9:25-30.

2339-7284 / © 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permaner. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de un 10% de la población mundial está afectada por la depresión y ansiedad, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal<sup>1</sup>.

Se estima que la prevalencia mundial de la depresión posparto es del 13% en países con ingresos altos, mientras que en países con ingresos bajos y medios es del 20%<sup>2</sup>.

El Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) da a conocer la magnitud de este padecimiento en México. Al analizar datos de 7,187 mujeres adultas recabados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la investigación del INSP mostró que la depresión entre mujeres con al menos un hijo menor de 5 años tiene una prevalencia en México del 19.9% (equivalente a 2 millones de mujeres), es decir, 1 de cada 5 mujeres presenta un cuadro depresivo que, de no ser detectado y atendido, podría prolongarse y agravarse<sup>3</sup>.

Por otro lado, en el mundo cerca de 260 millones de personas sufren trastornos de ansiedad<sup>4</sup>. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México establece que los trastornos de ansiedad se presentan en un 14.3%. Los estudios realizados en países desarrollados estiman una prevalencia del 10-15% de los trastornos mentales en las mujeres durante el periodo perinatal (que se refiere al periodo de embarazo y hasta un año después del parto). La condición más frecuente diagnosticada durante el periodo perinatal es la depresión seguida de trastornos de ansiedad. Los síntomas de depresión posparto persisten durante al menos un año en aproximadamente el 30% de las mujeres<sup>5</sup>.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5 (DSM-5) define al trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto al episodio más reciente de depresión mayor si el inicio de los síntomas del estado de ánimo ocurre durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto<sup>6</sup>; es decir, el estado de ánimo durante el embarazo o en las primeras semanas posteriores al parto son datos clínicos que nos hablarían de depresión en la mujer gestante.

La ansiedad es un estado emocional displacentero acompañado de cambios somáticos y psíquicos, que genera un grado evidente de disfuncionalidad en la persona<sup>7</sup>. La ansiedad/ estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión, aprensión e hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La ansiedad/rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir

las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su A/E<sup>8</sup>.

Entre los síntomas de la depresión posparto, junto al deterioro anímico, que se presenta la mayor parte del día, suelen encontrarse ideas de culpa, insuficiencia («no sirvo para ser mamá»), angustia, labilidad emotiva, tendencia al llanto, fatiga y, muy a menudo, alteraciones del sueño. En casos más graves puede mostrar indiferencia por el hijo y, más rara vez, rechazo. Por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y 12 semanas después del parto<sup>9</sup>.

En cuanto a la ansiedad, es una condición que se manifiesta por sensaciones somáticas como aumento de la tensión muscular, mareos, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitations, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias gastrointestinales, aumento de la frecuencia y urgencia urinaria y diarrea.

Los síntomas psíquicos incluyen manifestaciones en los ámbitos cognoscitivos, conductuales y afectivos, como intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseos de huir, temor a perder la razón, el control y sensación de muerte inminente<sup>7</sup>.

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y el parto presentan modificaciones, al igual que el estado anímico. Los estrógenos y la progesterona afectan de manera directa al sistema nervioso, estimulando o inhibiendo los centros del hipotálamo e hipófisis. Estas modificaciones tienen repercusión en el estado de ánimo, pudiendo llegar a provocar depresión. Se sabe que los estrógenos tienen un carácter (indirectamente) antidepresivo. Esto es originado porque los estrógenos estimulan la producción de noradrenalina y separan el triptófano de la albúmina de los alimentos, a partir de la cual el cuerpo sintetiza serotonina, los compuestos que consiguen aumentar la cantidad de neurotransmisores libres en las zonas de sinapsis logrando un efecto antidepresivo. La causa con mayor peso en la etiología de depresión posparto parecen ser los cambios hormonales debido a la relación entre las variaciones en estos niveles de hormonas en periodos clave de desequilibrio como el periodo premenstrual, posparto y climaterio<sup>10</sup>.

Cuando la madre sufre alteraciones psíquicas y emocionales como la depresión posparto, ocurren variaciones en las distintas modalidades en los intercambios entre la madre y su hijo preverbal, que impactan notablemente en los aspectos comunicacionales del niño y también en su desarrollo cognitivo, social y emocional<sup>11</sup>.

Es la complicación más común de la maternidad a nivel mundial y se ha observado un incremento de casos, convirtiéndose en una patología de importancia para la OMS<sup>12</sup>.



En el caso de la depresión posparto, los sentimientos de tristeza y ansiedad pueden ser extremos e incluso pueden afectar la capacidad de una mujer de cuidarse a sí misma o a su familia, es por eso que el objetivo de este estudio fue determinar la relación que existe entre ansiedad y depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de vacunación en un centro de salud urbano; y así compartir conocimientos derivados de la recolección de información que permitan la concienciación del personal de enfermería a indagar más sobre el estado de salud mental de la madre y reconocer los factores asociados para realizar una valoración oportuna y poder ofrecer la atención requerida para una salud mental sana.

## Metodología

Estudio de enfoque cuantitativo, correlacional de tipo descriptivo, transversal y prospectivo. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia ( $n = 74$ ) en un centro de salud urbano de Aguascalientes, en el periodo de septiembre a diciembre del 2019. Previo a la recolección se obtuvo la autorización de la institución participativa y el consentimiento informado de las participantes. Se consideraron mujeres en etapa posparto de 4 a 48 semanas, la edad para participar fue indistinta y las mujeres menores de edad tuvieron autorización del tutor. Se excluyeron las mujeres con depresión diagnosticada o que contaran con tratamiento antidepressivo, mujeres que no desearan participar en la investigación o mujeres menores de edad sin consentimiento informado autorizado por tutor. Los criterios de eliminación fueron instrumentos incompletos y personas que retiraron su consentimiento.

Se utilizó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky. Cuenta con un total de 10 ítems, tiene un alfa de Cronbach de 0.86 y un tiempo de llenado estimado de cinco minutos. Puntuaciones mayores de 12 en el total indican depresión probable, y entre 10 y 12 riesgo de depresión<sup>13</sup>.

Se utilizó también el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene. Este instrumento evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Tiene un alfa de Cronbach de 0.93 y está conformado por 40 ítems. La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en este momento, la otra mitad a la subescala Rasgo, que identifican cómo se siente la persona habitualmente. El tiempo aproximado de llenado es de 15 minutos; el paciente contesta los ítems con una escala de Likert en donde 0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante y 3 = mucho. Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante la suma de las respuestas y determinadas las características (sexo y edad) del sujeto, se buscará en la tabla de baremos las dos

columnas (Estado y Rasgo) correspondientes a esa edad y sexo; en cada una de estas columnas se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto y, a la misma altura, horizontalmente, se encontrará la puntuación percentil en la primera columna. A partir de la puntuación percentil se estima el nivel de A/E y A/R, que se consideran nulas o bajas de 20 a 37, moderadas de 38 a 44 y altas de 45 a 80<sup>8</sup>.

Las variables de estudio de supervisión fueron ansiedad y depresión posparto. Las variables de asociación fueron edad (años), paridad (número de hijos), resolución del embarazo (parto o cesárea), estado civil (casada, soltera, unión libre, divorciada o viuda), ocupación (empresaria, ama de casa, estudiante, trabajadora, profesionista, independiente o sin actividad), escolaridad (preescolar, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, maestría o carrera trunca), semanas posparto, nivel socioeconómico (bajo, medio bajo, medio alto y alto), inicio de vida sexual (años), asistencia a control prenatal (sí o no), embarazo planeado (sí o no), relación emocional de pareja (buena, regular o mala, según la percepción de la madre), pensamiento de interrupción del embarazo (sí o no), lactancia materna (sí o no), edad gestacional del hijo al nacer (prematureo < 34 semanas de edad gestacional, pretérmino tardío 34 a < 37 semanas, a término temprano 37-38 semanas, a término completo 39-40 semanas, a término tardío 41 0/7-41 6/7 semanas, postérmino 42 semanas y más), sexo del hijo (femenino o masculino) y peso al nacer (peso muy bajo < 1,500 gramos, bajo peso < 2,500 y >1,500 gramos, peso normal 2,500 a 3,999 gramos, macrosómico > 4,000 gramos).

Para el análisis y prueba de hipótesis se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25, e incluyó  $\chi^2$  para variables cualitativas nominales y ordinales,  $\chi^2$  de Pearson para correlación de variables cuantitativas y cualitativas, y correlaciones bivariadas (correlación de Pearson) para variables continuas.

## Resultados

La población participante en este estudio fue de 74 mujeres en periodo posparto de 4 a 48 semanas que acudieron a un centro de salud urbano. Una cuarta parte de la muestra estudiada correspondieron a mujeres en la etapa de la adolescencia; la edad promedio de las mujeres estudiadas fue de 25 años, siendo el 23% población adolescente de 15 a 19 años y el 77% mujeres adultas de 20 a 44 años. El estado civil predominante fue la unión libre, con el 50%; la ocupación más común fue ser ama de casa, con un 74.3%.

Con base en las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, el 35.1% de la población presentó síntomas depresivos. El 50% de la población tuvo un nivel de A/E alta, el 47.3% nula o baja y el 2.7% restante moderada. En cuanto a la A/R, el 59.5% de la

**Tabla 1.** Resultado entre depresión posparto y nivel de ansiedad/estado (n = 74)

		Nivel ansiedad/estado			
		Nula o baja = 20-37	Moderada = 38-44	Alta = 45-80	
Resultado depresión posparto	Sin riesgo = 0-9	Recuento	29	0	19
		Porcentaje	60.40%	0.00%	39.60%
	Riesgo de depresión = 10-12	Recuento	5	1	10
		Porcentaje	31.30%	6.30%	62.50%
	Probable depresión = 13-30	Recuento	1	1	8
		Porcentaje	10.00%	10.00%	80.00%

 $\chi^2(4, n = 74) = 0.012, p < 0.05$ 
**Tabla 2.** Resultado entre depresión posparto y nivel de ansiedad/rasgo (n = 74)

		Nivel ansiedad/rasgo			
		Nula o baja = 20-37	Moderada = 38-44	Alta = 45-80	
Depresión posparto	Sin riesgo = 0-9	Recuento	38	3	7
		Porcentaje	79.20%	6.30%	14.60%
	Riesgo de depresión = 10-12	Recuento	6	2	8
		Porcentaje	37.50%	12.50%	50.00%
	Probable depresión = 13-30	Recuento	1	0	9
		Porcentaje	10.00%	0.00%	90.00%

 $\chi^2(4, n = 74) = 0.000, p < 0.05$ 

población tuvo un nivel nula o baja, el 32.4% alta y el 6.8% restante moderada de acuerdo con la puntuación obtenida en el STAI.

Se determinó la relación que existe entre ansiedad y depresión posparto, obteniendo una correlación significativa entre A/E y depresión posparto ( $r: 0.472; p = 0.000$ ), por lo tanto, estas dos variables se asocian moderadamente; además hay una correlación entre A/R y depresión posparto ( $r: 0.608; p = 0.000$ ), lo que nos indica una buena asociación entre ambas variables, confirmando la presencia de ansiedad y depresión posparto en un porcentaje importante de las mujeres estudiadas.

Las mujeres que presentaron riesgo de depresión y probable depresión se asocian con un alto nivel de A/E (Tabla 1) y con un alto nivel de A/R (Tabla 2).

Así mismo, se obtuvieron los factores asociados con la depresión posparto en la muestra estudiada, como el haber tenido cesárea, la soltería, ser ama de casa, tener una escolaridad de secundaria y bachillerato, un nivel socioeconómico medio, tener un embarazo no planeado, una relación emocional de pareja regular, el no brindar lactancia materna y tener un bebé prematuro, datos que sin

duda alguna son factores estresores que conllevan un desequilibrio en la salud mental.

Los factores asociados a A/E fueron ser ama de casa, tener una escolaridad de bachillerato, nivel socioeconómico medio, relación emocional de pareja regular, no brindar lactancia materna y tener un bebé prematuro.

En cuanto a la A/R, las características que se asociaron fueron vivir en unión libre, ser ama de casa, escolaridad de secundaria y nivel socioeconómico medio.

## Discusión

El análisis estadístico usado en este estudio permitió probar la asociación significativa entre ansiedad y depresión posparto con una probabilidad de error de 0.000. Existe una moderada correlación entre A/E y depresión posparto ( $r: 0.472$ ) y una buena correlación entre A/R y depresión posparto ( $r: 0.608$ ). El 35.3% de la población presentó síntomas depresivos. El 50% presentó un nivel de A/E alta, y el 32.4% A/R alta, siendo más propensas las mujeres de 20 a 44 años a los síntomas depresivos y de ansiedad.



Estos resultados son de gran relevancia, pues se identificó la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en mujeres en un periodo clave como es el periodo posparto.

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Giakoumaki, et al. (2009): «El 14.5% de las madres tuvieron síntomas de depresión posparto. Los síntomas de ansiedad/estado se manifestaron en el 22.9% de la muestra y los síntomas de ansiedad/rasgo se exhibieron en el 24.6%. Hubo comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresión»<sup>14</sup>.

La depresión posparto se asoció con la resolución del embarazo por cesárea, ya que el parto es el método natural, la cesárea requiere un mayor tiempo de recuperación y puede presentarse más limitación en las actividades que la madre realiza, por lo que puede contribuir a la aparición de síntomas depresivos. Así mismo, existe una asociación entre depresión posparto y el estado civil de soltería, podría ser porque la madre puede sentirse sola, desprotegida, sin el apoyo de una pareja estable y con la responsabilidad totalmente en sus manos de criar al nuevo ser.

La depresión posparto, la A/E y la A/R se asocian con un nivel de escolaridad de secundaria y bachillerato, probablemente esto sea a causa del desconocimiento sobre aspectos de la maternidad, lo que puede causar miedo, frustración y algunos de los síntomas que se tomaron en cuenta en el presente estudio, por lo que diferimos con Rincón y Ramírez (2014), quienes encontraron que la depresión posparto alcanzaba un 21.4% en mujeres con formación universitaria<sup>15</sup>.

La depresión posparto también se asocia con un embarazo no planeado, ya que se presentan cambios inesperados y repentinos; con el embarazo la vida de la mujer cambia totalmente, y tiene que afrontar nuevas situaciones y responsabilidades, lo que se convierte en algo más difícil cuando es algo que no se deseó.

Respecto a Agbaje, et al. (2019), guarda relación en los resultados, donde el 34.6% de las mujeres se identificaban como posiblemente deprimidas y el 33.3% con síntomas de ansiedad. La asistencia a los servicios de atención posnatal se asoció significativamente con ansiedad-depresión en las mujeres en periodo posparto estudiadas en el suroeste de Nigeria<sup>16</sup>, en lo que se difiere, ya que en este estudio se asoció la asistencia a control prenatal. En la presente investigación la A/E se relacionó con la edad de la madre y se asoció a factores como ser ama de casa, un nivel socioeconómico medio, una relación emocional de pareja regular, el no brindar lactancia materna y el tener un bebé prematuro.

El no brindar lactancia materna se asoció con depresión y A/E. Como se sabe, la lactancia materna fortalece el vínculo en el binomio madre-hijo, además se han detectado algunos beneficios psiconeuroinmunológicos: redu-

ce la actividad inflamatoria al atenuar la elevación de cortisol, hormona adrenocorticotrópica, adrenalina y noradrenalina, y disminuye la reactividad materna al estrés. El cese brusco o su corta duración se ha asociado a una mayor probabilidad de ocurrencia de depresión posparto<sup>17</sup>.

Otro factor asociado a la depresión posparto y A/E es el tener un bebé prematuro (32 a 37 semanas de gestación). Entre los factores personales destaca la preocupación por la vida y la salud del recién nacido, la insatisfacción con el desarrollo del embarazo y la pérdida de la función maternal, que se identifica como la mayor fuente de estrés para las madres. Estas mujeres reconocen no estar preparadas para afrontar el nacimiento prematuro, lo que representa una situación de *shock* que dificulta el establecimiento de los roles maternos y de apego<sup>18</sup>.

Por todo lo anterior, se coincide con Marmi (2016), quien comenta que el rol de las enfermeras para prevenir, detectar y tratar la depresión posparto es esencial e imprescindible. La base para una buena actuación enfermera es valorar a la mujer, el bebé y la familia en conjunto y fomentar la interacción positiva entre ellos<sup>19</sup>.

## Conclusión

Así pues, la correlación entre ansiedad y depresión posparto fue significativa en las mujeres estudiadas, también se correlacionaron con otros aspectos importantes en la vida de las mujeres, lo que nos sugiere que estos aspectos probablemente influyen en la presencia de la sintomatología depresiva y de ansiedad; por lo tanto, estos factores podrían ser tomados en cuenta por el profesional de enfermería al momento de realizar su valoración y, de esta forma, colaborar en la prevención y tratamiento de las madres afectadas y así evitar complicaciones en la díada madre-hijo.

Especialmente en México, hay una falta de publicación de estudios que se refieran a la ansiedad y depresión posparto, en los que, además, se estudien los factores que puedan predisponer la aparición de estos síntomas en la madre. Es importante que el personal profesional de enfermería que atiende a la mujer durante el periodo de embarazo y posparto brinde promoción a la salud mental, y por medio de esta enseñe a la madre y familiares a identificar los factores de riesgo que podrían llevarla a sufrir depresión y/o ansiedad, brindar apoyo emocional/social, así como canalizar con el personal de psicología en caso de detectarse alguna situación de riesgo.

Se sugiere la realización de una investigación longitudinal, con un mayor número de sujetos de estudio para observar el comportamiento de los datos.

Se recomienda la realización de una detección temprana y oportuna de los síntomas de ansiedad y depresión

posparto, para incluir educación y promoción a la salud mental en las consultas posparto, así como realizar planes de cuidado enfocados en la salud mental materna.

## Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales .** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2 de junio de 2018 [fecha de consulta: 10 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/home/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
2. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [fecha de consulta: 10 de octubre de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/mmh\\_jan08\\_meeting\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf)
3. Castro F. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública Méx.* 2015;57(2):144-54.
4. Día Mundial de la Salud Mental 2017 - La salud mental en el lugar de trabajo [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [fecha de consulta: 13 de octubre de 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)
5. Maternal, child and adolescent mental health. Challenges and strategic directions for the Eastern Mediterranean Region [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 [fecha de consulta: 11 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa1214.pdf>
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). American Psychiatric Association; 2018.
7. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Gobierno de México, Secretaría de Salud; 2010. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)
8. Buéla-Casal G, Guilén-Riquelme A, Seisdedos Cubero N. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. TEA ediciones; 2015.
9. Jadresic E. Depresión posparto en el contexto del Hospital General. *Rev Med Clin Condes.* 2017;28(6):874-80.
10. De Paz Lozano J. Depresión posparto [trabajo de fin de grado en Internet]. [Pozuelo de Alarcón, Madrid]: Universidad Francisco de Vitoria; 2015. Disponible en: [http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1104/TFG1415\\_JULIA\\_DE\\_PAZ.pdf?sequence=1](http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1104/TFG1415_JULIA_DE_PAZ.pdf?sequence=1)
11. Paolantonio MP, Faas A, Mainoloff L. La mutualidad perlocutiva en la comunicación preverbal en niños con madres con depresión postparto. *INTERDISCIPLINARIA.* 2016;33(2):267-82.
12. Rossío F. Riesgo de depresión posparto según la Escala de Edimburgo [Internet]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2018. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_11010.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11010.pdf)
13. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6.
14. Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Skouroliakou M, Liosis G. The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009;30:21-8.
15. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev Salud Pública.* 2014;16(4):534-46.
16. Olaoluwa S, Agbaje JIA, Umoke PIC, Iwuagwu TE, Iweama CN, Nnaji ELO, et al. Depressive and anxiety symptoms and associated factors among postnatal women in Enugu-North Senatorial District, SouthEast Nigeria: a cross-sectional study. *Arch Public Health.* 2019;77:1.
17. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2012;38(4).
18. Puig Calsina S, Obregón Gutiérrez N, Calle del Fresno S, Escalé Besa M, Cantó Codina L, Goberna Tricas J. Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros: estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2018;19(1):21-7.
19. Marmi Camps M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión posparto. *Musas.* 2017;2:57-85.



## La intervención educativa de enfermería por medio de la visita domiciliaria para el autocuidado de las personas con prediabetes desde un contexto familiar

### *Nursing educational intervention through home visits for self-care of people with prediabetes from a family context*

Libni Montes de Oca-Domínguez\*, Lucila Cárdenas-Becerril y Beatriz E. Martínez-Talavera

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca de Lerdo, Edo. Mex. México

#### Resumen

**Introducción:** Dentro de la historia natural de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se ha señalado un estado metabólico previo que no corresponde a diabetes, pero que tampoco se ubica dentro de la normalidad, es decir, se trata de un estado intermedio que se ha redefinido como prediabetes. **Objetivo:** Aplicar un programa de educación de enfermería a pacientes con prediabetes para promover el autocuidado y prevenir el riesgo de desarrollar DM2. **Metodología:** Estudio cualitativo con la metodología investigación-acción y enfoque constructivista. Se llevó a cabo en una etapa diagnóstica con 50 personas y de estas mismas se determinó una muestra de 10 personas para la etapa de intervención por medio de la aplicación de un programa educativo mediante visitas domiciliarias. **Resultados:** Se detectó en la población en estudio sobrepeso, obesidad, sedentarismo y alimentación inadecuada. **Conclusiones:** La intervención educativa dentro del entorno social y familiar de la persona con prediabetes es una metodología eficiente para prevenir y orientar sobre el problema de la diabetes. Las personas otorgan un valor muy importante al aspecto familiar y convivencia social, por lo que esta intervención enalteció la educación a la persona desde su contexto social y en particular familiar, lo que contribuyó al logro de metas establecidas sobre el mejoramiento en los estilos de vida y, por lo tanto, en la salud.

**Palabras clave:** Enfermería. Educación. Autocuidado. Prediabetes. Diabetes mellitus. Prevención.

#### Abstract

**Introduction:** Within the natural history of diabetes mellitus disease, a previous metabolic state has been pointed out that doesn't correspond to diabetes but isn't within normality either, that is, it is an intermediate state that has been redefined as prediabetes. **Objective:** Apply a nursing education program to patients with prediabetes to promote self-care and prevent them from developing diabetes mellitus. **Methodology:** Type of qualitative study with investigation-action methodology and with a focus on social constructivism. This study was carried out through a diagnostic stage with 50 people and from these a sample of 10 people was determined for the intervention stage (home visits), that consisted of the application of an educational program. **Results:** Overweight, obesity, sedentary lifestyle and inadequate diet were detected in the study population. **Conclusions:** The educational intervention within the social and family environment of the person with prediabetes is an efficient methodology to prevent and guide about the problem of Diabetes. People give a very important value to the family aspect and social coexistence, so this intervention enhanced the education of the person from their social context and in particular family, which contributed to the achievement of established goals on the improvement in lifestyles and therefore in health.

**Key words:** Nursing. Education. Self-care. Prediabetes. Diabetes mellitus. Prevention.

#### Correspondencia:

\*Libni Montes de Oca-Domínguez

E-mail: libni-beat1@hotmail.com

Fecha de recepción: 20-06-2020

Fecha de aceptación: 24-09-2020

## Introducción

La alta prevalencia de la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) registrada en diferentes regiones del mundo y su alto impacto como causa de muerte prematura y deterioro de la calidad de vida explican su importancia<sup>1</sup>. Ahora bien, la prediabetes se considera como un estado de alto riesgo para desarrollar diabetes. Aproximadamente entre el 5 y el 10% de las personas con prediabetes, de no realizar modificaciones para tratarla, desarrollarán diabetes. Lo que significa que 7 de cada 10 personas con prediabetes desarrollarán diabetes<sup>2</sup> por cada año de evolución<sup>3</sup>. La prediabetes se caracteriza por elevación en la concentración de glucosa en sangre, más allá de los niveles normales, sin alcanzar los valores diagnósticos de diabetes<sup>4</sup>, esto es: un nivel de glucosa en sangre en ayunas de entre 100 y 125 mg/dl (5.6 a 7.0 mmol/l)<sup>5</sup>.

En este punto, es preciso mencionar que la prevención, la detección oportuna y el control metabólico, así como la prevención de las complicaciones crónicas, la hospitalización y la muerte prematura producto de la DM2<sup>6</sup> son propósitos y metas básicas para los profesionales y los servicios de salud en un primer nivel de atención, principalmente, así como brindar información y educación sobre el manejo de la enfermedad en los pacientes y sus familias<sup>7</sup>. Adicionalmente, en el control interviene el seguimiento de las prácticas de autocuidado, como la adopción de estilos de vida saludable, el apego al tratamiento farmacológico y el monitoreo de los valores de la glucosa, entre otros parámetros físicos y biológicos relacionados con el manejo de la enfermedad<sup>8</sup>. Es importante considerar el estilo de vida; Perea (2004) lo define como «el conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud»<sup>9</sup>, estos últimos, en diversas ocasiones, son el resultado del déficit de autocuidado. Para entrar en contexto, la enfermera Dorothea Orem fue quien puso de manifiesto la importancia e influencia que tiene el fomento del autocuidado en relación con el mantenimiento de la salud en su teoría Déficit del autocuidado, la cual se retomó para estructurar este estudio, ya que orienta al personal de enfermería para trabajar tres aspectos básicos con respecto a las necesidades que tienen los pacientes, de acuerdo con Backes, et al. (2010): «el primero, cuidar de uno mismo, que es el proceso de autocuidado que se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud, limitaciones de autocuidado, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma, y el aprendizaje del autocuidado, como una función humana»<sup>10</sup>. Además, autores como Benavent, Ferrer y Francisco (2000) plantean que la teoría de Orem Déficit de autocuidado es una de las más estudiadas y validadas en la práctica de enfermería, por la amplia visión de la asistencia de

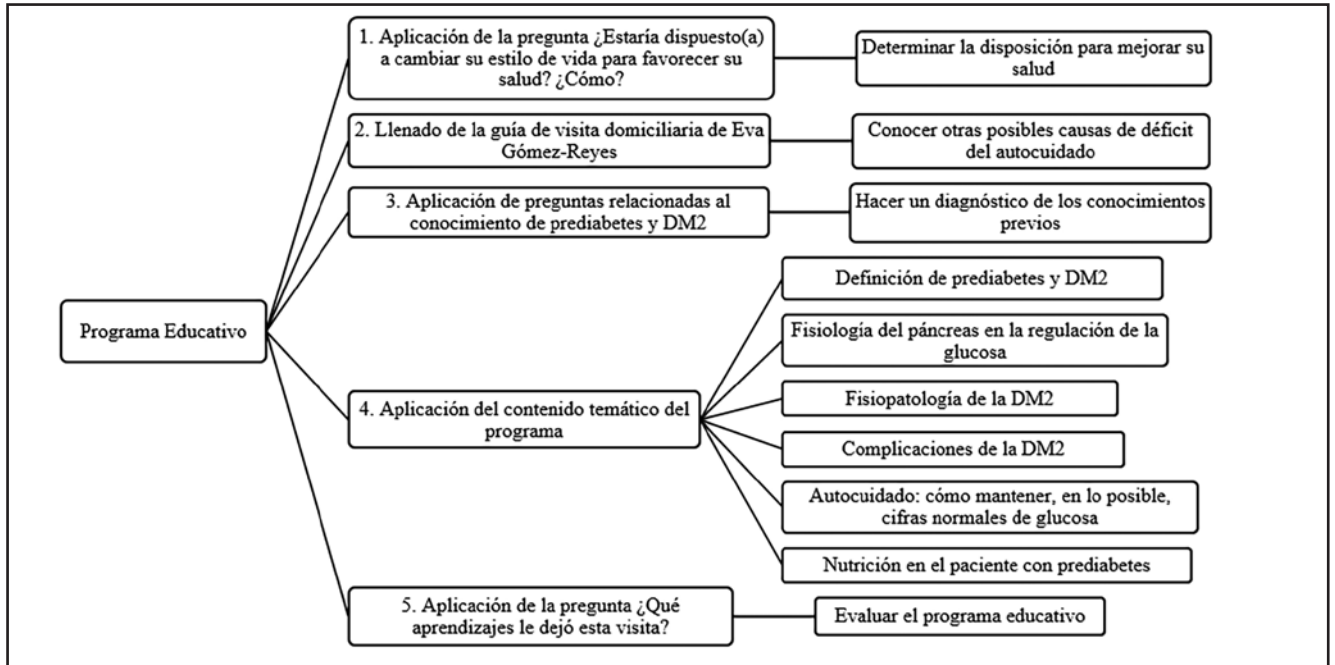
salud en los diferentes contextos en los que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado<sup>11</sup>. Y en un estudio realizado por Carvalho, et al. (2014)<sup>12</sup> encontraron que la visita domiciliaria del personal de enfermería es una herramienta primordial de seguimiento y acompañamiento para la adherencia al autocuidado. Razón por la cual el programa educativo se aplicó bajo la estrategia de las visitas domiciliarias.

Finalmente, este estudio es una contribución a la profesión de enfermería, para defender y ratificar la importancia del fomento del autocuidado y de la participación familiar en el éxito de la prevención de ciertas enfermedades, como la DM2; y que no se debe prescindir del compromiso ético y humanístico que se tiene con el paciente, para acompañarlo en la comprensión y aceptación de los cambios que se deben tomar para mejorar su salud.

## Material y métodos

Se llevó a cabo una investigación cualitativa empleando la metodología de investigación-acción y con enfoque constructivista. Se efectuó por medio de una etapa diagnóstica con 50 personas que asistían a una institución de salud de primer nivel de atención en el Estado de México, elegidos por muestreo no probabilístico, de acuerdo con los siguientes criterios: diagnóstico de prediabetes, edad de 30 a 60 años, sexo indistinto, alfabetos, que aceptaran participar en la investigación firmando el consentimiento informado. A estos pacientes se les realizó somatometría y se aplicó un cuestionario exprofeso, con 14 ítems, para conocer los siguientes aspectos: antecedentes heredo-familiares, factores educativos, socioeconómicos y laborales, sedentarismo, hábitos alimenticios y disposición para mejorar su salud y calidad de vida. De estas mismas personas se determinó una muestra de 10, seleccionadas bajo los siguientes criterios: disponibilidad y autorización de los participantes para recibir la intervención en su domicilio y que vivieran cerca de la institución de salud. La etapa de intervención (visitas domiciliarias) consistió en la aplicación de un programa educativo, Intervención educativa de enfermería para la prevención de diabetes *mellitus* en el paciente con prediabetes (Fig. 1), basado en la guía de visita domiciliaria de Eva Gómez Reyes<sup>13</sup>. La etapa de evaluación ocurrió de manera posterior a la impartición del programa, transcribiendo las grabaciones de las entrevistas en las visitas domiciliarias.

El aspecto bioético que rigió esta investigación fue la Ley General de Salud, en materia de investigación<sup>14</sup>, tipificándose como una investigación sin riesgo; además, se respetó la privacidad de los datos de cada participante de acuerdo con la Declaración de Helsinki<sup>15</sup> y la firma del consentimiento informado.



**Figura 1.** Organización y contenido del programa educativo Intervención Educativa de Enfermería para la prevención de Diabetes Mellitus en el paciente con Prediabetes, marzo de 2019.

En la fase analítica, mediante la recolección de los datos obtenidos del instrumento de investigación, fue posible identificar aspectos que tenían una estrecha relación con la teoría y que suponen un claro déficit del autocuidado de los pacientes. Todos estos datos que se obtuvieron fueron vaciados en el programa Microsoft Excel, después se tabuló y agrupó la información, acción que permitió obtener el promedio y la moda de algunos datos estadísticos como la prevalencia de obesidad y sobrepeso, entre otros.

## Resultados

### *Etapa diagnóstica*

La población estudiada presentó un promedio de edad de 46 años para mujeres y de 42 años para hombres. Del total de la población, el mayor porcentaje de personas con prediabetes fue del 64%, que correspondió a mujeres. En cuanto a la ocupación, el 40% es obrero, el 30% se dedica al hogar, el 22% es profesionista y solo el 8% se dedica al campo. Y con referencia al factor laboral, el 64% trabaja más de 8 horas, el 28% 8 horas y el 8% menos de 8 horas. Se atribuyen estos datos a la falta de tiempo para realizar ejercicio y el factor educativo como mediador de la comprensión de enfermedades, así como la prevención y consecuencias de estas por parte de los pacientes. Con respecto al estado nutricional, valorado por el índice de masa corporal: el 56% tienen sobrepeso y el 32% diferentes grados de obesidad. El 66% afirmó tener uno o dos fami-

liares directos con DM2. El 90% no realiza ejercicio. Por otro lado, en relación con las características de su alimentación, ellos refirieron que: comen lo que pueden sin un horario establecido, el 70% consume harinas refinadas, el 58% come pocas frutas y verduras, el 52% consume más carnes rojas que blancas y el 62% considera que durante la cena consume más alimentos que en el resto del día.

De acuerdo con la fase diagnóstica en la visita domiciliaria, se encontraron dos hallazgos importantes: 1) Los pacientes no acuden con regularidad para llevar un control en el momento de estar sanos, y 2) la mayoría de los pacientes solo acuden a las unidades de primer nivel de atención por trámites administrativos. Esto nos permite entrever que hace falta mucho para lograr crear una cultura de salud mexicana que involucre la concienciación de los ciudadanos sobre los hallazgos e importancia que tiene la prevención y los beneficios propios que esta ofrece. La visita domiciliaria puede ser el vehículo que lleve a los pacientes a comprender que ellos forman parte del escenario y del equipo que hace posible lograr el equilibrio en la salud de ellos y de sus familias, acudiendo a chequeos médicos continuos. El periodo de tiempo correspondió del 18 de marzo al 20 de mayo de 2019 (10 semanas), lo que permitió realizar únicamente una visita por cada paciente y su familia. A partir de las respuestas, testimonios y/o comentarios de pacientes y sus familiares se construyeron tres categorías de análisis para presentar los resultados: disposición para mejorar la salud, conocimiento sobre prediabetes y DM2, y aprendizajes adquiridos sobre la DM2.



## Disposición para mejorar la salud

Los pacientes manifestaron su interés por mejorar su salud, y sus respuestas se clasificaron en tres subcategorías: ejercicio, alimentación, y acompañamiento y apoyo de la familia.

- Ejercicio: «... Pues haciendo ejercicio, eso es lo que me hace falta, en mi fábrica estoy 12 horas parada, llego cansada a mi casa, pero puedo dormirme un poco más tarde para salir a correr» (p7).
- Alimentación: «... Pues comiendo menos cosas con azúcar, ya dejaré mi cafecito y los panes de dulce que me gustaban mucho...» (p4); «¡Ah caray! Pues creo que es "la Coca", está muy sabrosa, pero yo no quiero tener eso de la diabetes...» (p5).
- Acompañamiento y apoyo de la familia: «Hablar con mi esposo y mis hijos para que me ayuden también a bajar de peso, salir y comer mejor» (p12).

## Conocimiento sobre prediabetes y diabetes mellitus tipo 2

La mayoría de los pacientes desconocía qué significaba tener prediabetes y lo que implica la DM2, sin embargo, algunos argumentos fueron:

- Prediabetes: «...no lo sé, pienso que es lo mismo que tener diabetes, nunca había escuchado el término» (p9).
- Diabetes: «Solo sé que es por estar gordos, tomar refresco y ahora sí que no hacer ejercicio en la juventud» (p1). «...Nuestros padres nos lo heredan, eso ya es de familia» (p8).

Como lo demuestran los argumentos, los participantes no supieron definir los términos de prediabetes o DM2. Sin embargo, el convivir con sus familiares y conocidos que la padecen les permitió identificar las causas. No obstante, fueron capaces de reconocer sus complicaciones y las experiencias sociales y familiares:

- «...mi vecina se fue quedando flaquita, ya estaba grande... pero luego de que se cayó ya no quedó bien de su herida en la pierna y años después se la quitaron, yo no quiero eso para mí, ni para mis hijos, señorita» (p7).
- «...y mi mamá, que en paz descansa, sufrió mucho, ya no le servían los riñones, yo por eso quiero estar bien, seguir todo lo que usted y los doctores me digan» (p6).

## Aprendizajes adquiridos sobre la diabetes mellitus tipo 2 (etapa de evaluación)

Dentro de los aprendizajes detallados más relevantes del programa se asocian: el conocimiento de la DM2 y de

la prediabetes y la importancia del autocuidado y la alimentación. En primera instancia, los participantes expresaron comprender la temática de la DM2 y la prediabetes:

- «... pero lo más importante es que ahora sé lo que pasa con la diabetes...» (p2).
- «Estoy más informada sobre la prediabetes y voy a cuidarme» (p10).

Reconociendo con ello el compromiso hacia la mejora de los hábitos alimenticios y actividad física, lo que se traduce como el principio básico para el autocuidado:

- «... aprendí la importancia de cuidarme, lo que debo comer, lo que debo empezar a hacer y es un compromiso» (p4).
- «Aprendí qué es lo que debo comer y también para que lo coma mi familia y que debo hacer ejercicio...» (p2).

El hecho de que el programa solo haya involucrado una visita domiciliaria por paciente limitó un seguimiento de los cambios de actitud, glucemia y peso. A pesar de ello, un paciente en consultas subsecuentes en la unidad de medicina familiar refirió que:

- «He bajado 4 kilos, ya no consumo refresco, usted me había detectado más o menos 120 de glucosa por el laboratorio (14/01/19), y cuando me hice otros estudios, hace como una semana (aproximadamente el 25/05/19) tuve como 97. ¡Ya bajé, muchas gracias!».

## Consideraciones

El vínculo que tuvo el programa educativo con el modelo de Dorothea Orem fue, en primer lugar, el identificar las causas de déficit de autocuidado, la planeación de una intervención educativa basada en la premisa de que el beneficio de esta parte de la concienciación del paciente sobre su propia salud-enfermedad, conocer las limitaciones del autocuidado (falta de conocimientos u otros) y evaluar los aprendizajes adquiridos.

En todos los casos presentados los pacientes reconocieron a la familia (si bien de distinto modo) como la parte central del proceso de autocuidado, como factor de riesgo, como apoyo para cumplir los objetivos de su tratamiento y como una experiencia afín de la enfermedad que desean evitar. Y eso es, precisamente, lo que ofrece la visita domiciliaria, «conocer el hogar, el entorno y la situación familiar; detectar necesidades, recursos y redes; evaluar a la familia como unidad de cuidado; mejorar la definición de los problemas de salud y diferenciar los diagnósticos de las personas. Esto permite visualizar a las personas, no como una patología, sino como seres humanos que tienen un problema de salud»<sup>16</sup>, esta es una bondad de la visita domiciliaria. De ahí la importancia y el éxito que tiene abordar a la familia y no solo a la persona que padece prediabetes.

Y esta acción debe partir del compromiso y la calidad de atención que brinda el profesional, como agente de autocuidado, para que la visita cumpla con su objetivo. Dorothea Orem usa «la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica»<sup>10</sup>. El personal de enfermería debe adoptar el ministerio de ser un agente de autocuidado, teniendo en cuenta que «el cuidado de la persona con necesidades es su principal prioridad, involucrándose no solo con el paciente, sino además con la familia y comunidad, asociando tiempo, energía y sentimientos, según Murofuse, et al. (2005)<sup>17</sup>. Si bien se ha puesto de manifiesto que tanto la prediabetes como la DM2 surgen del fortalecimiento de factores modificables que se pueden abordar y evitar, también están presentes aquellos que por herencia genética, largas jornadas laborales, la ocupación, falta de tiempo para realizar ejercicio, no contar con un horario fijo para consumir los alimentos, etc., identificados en este estudio, no pueden ser afrontados pródigamente y el reto en estos pacientes será persuadirlos para que en sus mismos estilos o condiciones de vida realicen pequeños o sencillos cambios que impacten positivamente en su salud y en la prevención de enfermedades.

## Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten deducir que la mejor herramienta para la prevención de la DM2 y el fomento del autocuidado es el acompañamiento, en este caso del personal de enfermería, por medio de la visita domiciliaria, pues esta, según Cruz y Marthe (2010)<sup>18</sup>, representa una oportunidad de implementar intervenciones para promover acciones preventivas, curativas y de promoción de la salud a los individuos y a sus familias en su contexto social, por permitir una mayor aproximación del personal de salud con la realidad y dinámica de las familias; por consiguiente, es una herramienta óptima para orientar, informar, educar y establecer alianzas con las familias para el empoderamiento y promoción de la autonomía en el autocuidado de la salud, tanto individual como colectiva<sup>18</sup>.

Como bien lo describe Dorothea Orem en su teoría Déficit del autocuidado, lo que puede llevar al paciente desde un inicio a controlar y fortalecer su autocuidado, es la toma de conciencia del propio estado de salud, terreno donde participa el agente de autocuidado (enfermería) al enseñar la fisiopatología de la prediabetes y de la DM2 y sus complicaciones; identificar las limitaciones de autocuidado, pues como se vio en este estudio, algunos partieron de la falta de conocimiento y otros de factores presuntamente modificables que no resultan fáciles de afrontar, como la ocupación, horas de trabajo y horarios de comida, donde se puede orientar al paciente a organizar tiempos,

la importancia de comer saludable, de sentir el apoyo de la familia y valorar los aprendizajes.

Se considera que los beneficios de este estudio se vieron reflejados en cada uno de los testimonios descritos en la etapa de evaluación, y del paciente que regresó a la unidad y dio evidencia de los cambios que tuvo. Esto permite comprender que la educación para la salud y las visitas domiciliarias son dos herramientas que permiten que el paciente y su familia se sientan acompañados, conozcan lo que pasa con su cuerpo y cómo pueden cuidarlo para prevenir otras enfermedades. Debido a que todavía existen aspectos que no se pudieron extender, evaluar e involucrar en esta investigación se deja establecido que se requiere de un seguimiento y fortalecimiento del estudio para la mejora continua en la atención y manejo del paciente con prediabetes desde una perspectiva biopsicosocial.

## Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo esta investigación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

- Hernández M, Lazcano E. Salud Pública teoría y práctica. México: Manual Moderno; 2013.
- Prediabetes: Más que solo un factor de riesgo para desarrollar diabetes [Internet]. Federación Mexicana de Diabetes, A.C.; 2018 [fecha de consulta: 5 de enero de 2019]. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/prediabetes-mas-solo-factor-riesgo-desarrollar-diabetes/>
- Paredes-Cuesta DM. Estrategias de Intervención para disminuir el riesgo de prediabetes en el adulto intermedio [tesis en Internet]. [Riobamba, Ecuador]: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2019 [fecha de consulta: 24 de abril de 2020]. Disponible en: <http://dspace.espech.edu.ec/handle/123456789/12510>
- Rosas J, Calles J, editores. Consenso de Prediabetes. Documento de posición de la Asociación Latinoamericana de Diabetes [Internet]. Asociación Latinoamericana de Diabetes; 2016 [fecha de consulta: 19 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://alad-americalatina.org/wp-content/uploads/2016/10/PREDIABETES.pdf>
- Hammer GD, McPhee SJ. Fisiopatología de la enfermedad. Una introducción a la medicina clínica. 7.ª edición. México, Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
- Córdoba VJA, Manuel LG, Hernández ÁM, Aguilar SCA, Barriguete-Meléndez JA, Kuri MP. Plan de Prevención Clínica de las Enfermedades Crónicas: sobrepeso, riesgo car-



- diovascular y diabetes mellitus 2007- 2012 y Sistema de Indicadores de Diabetes en México. *Rev Mex Cardiol*. 2009;20(1):42-5.
7. Guía de práctica clínica. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México, Secretaría de Salud; 2015 [fecha de consulta: 22 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/guia-de-practica-clinica-gpc>
  8. Villalobos A, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas C, Romero-Martínez M, Mendoza-Álvarez LR, Flores-Luna ML. Atención médica y acciones de autocuidado en personas que vive con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud Pública Méx*. 2019;61(6): 876-87.
  9. Guerrero Montoya LR, León Salazar AR. Estilo de vida y salud. *Educere* [Internet]. 2010;14(48):13-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>
  10. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit*. 2017;19(3).
  11. Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad en la atención. *Rev Med Electron*. 2014;36(6).
  12. Carvalho TH, Dos Santos LM, Chávez de Souza PM. 2014. Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(1):23-8.
  13. Gómez-Reyes E. Fundamentos de enfermería. 2.ª edición. México, Ciudad de México: Manual Moderno; 2015.
  14. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1986 [Internet]. México: Gobierno de México, Secretaría de Salud [fecha de consulta: 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
  15. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Asociación Médica Mundial; 2017 [fecha de consulta: 2 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
  16. Cubillos X. Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar. *Medwave*. 2007;7(7):e949.
  17. Seguel PF, Valenzuela SS, Sanhueza AO. El trabajo del profesional de enfermería: Revisión de la literatura. *Cienc Enferm*. 2015;21(2):12.
  18. Solís K, Guevara G. Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos para su mejora. *Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2015 [fecha de consulta: 30 de julio de 2020];29:1-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.v0i29.19671>



## Visiones del mundo de enfermería: de la teoría al autoconocimiento

### *Nursing world views: from theory to self-knowledge*

Jorge L. Herrera-Herrera<sup>1</sup>, Ana L. Escobar-Tobón<sup>2</sup> y Tirso Durán-Badillo<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Enfermería, Doctorado en Enfermería, Universidad de Antioquia, Antioquia, Colombia; <sup>2</sup>Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Antioquia, Colombia;

<sup>3</sup>Unidad Académica Multidisciplinaria, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Matamoros, Tamps., México

#### Resumen

**Objetivo:** Reflexionar de manera crítica sobre las visiones propuestas por Fawcett y Neuman como fuente de autoconocimiento del investigado y el investigador. Para ello, resulta indispensable revisar y discutir cuáles y cómo son las visiones que rigen la manera en la que enfermería ve el mundo, y determinar cuál(es) de estas puede contribuir al alcance de este objetivo. Para ello se revisó la literatura que trata de dar cuenta sobre la conceptualización del cuidado desde enfermería, las tres visiones en enfermería según Fawcett y Newman: 1) particular determinística o de reacción, 2) integrativa-interactiva y 3) de reciprocidad unitaria-transformativa o de simultaneidad. Se concluye que tanto la visión integrativa-interactiva (o de reciprocidad) como la visión unitaria-transformativa (o de simultaneidad) permiten al investigador y a la persona sujeto de investigación un verdadero autoconocimiento.

**Palabras clave:** Teorías de enfermería. Filosofía en enfermería. Enfermería.

#### Abstract

**Objective:** To critically reflect on the views proposed by Fawcett and Neuman as a source of self-knowledge of the researched and the researcher. For this, it is essential to review and discuss what and how are the visions that govern the way in which nursing sees the world and determine which of these can help achieve this objective. For this, the literature that tries to account for the conceptualization of nursing care was reviewed, the three visions in nursing according to Fawcett and Newman: 1) particular deterministic or reaction, 2) integrative-interactive, and 3) of unitary-transformative reciprocity or simultaneity. It is concluded that both the integrative-interactive (or reciprocal) vision and the unitary-transformative (or simultaneity) vision allow the researcher and the person under investigation a true self-knowledge.

**Key words:** Nursing theory. Philosophy nursing. Nursing.

### Introducción

La filosofía de una disciplina tiene que ver con los valores y creencias tanto de sí misma como de sus miembros. Proporciona una visión del mundo que estructura interrogantes ontológicos y epistemológicos, que se relacionan con los valores centrales, suposiciones, conceptos, proposiciones y acciones de la disciplina. La filosofía se ocupa

de los valores que rigen el desarrollo científico y justifican una disciplina, ayudan a definir o a cuestionar las prioridades y objetivos, a descubrir y a evaluar problemas relacionados con estas y a contrastarlas con necesidades sociales y humanistas<sup>1</sup>.

Si se analiza la enfermería a la luz de estas aseveraciones, se reconoce como una disciplina cuyas preguntas, sean ontológicas o epistemológicas, estarán orientadas

#### Correspondencia:

\*Tirso Durán-Badillo

E-mail: tduran@docentes.uat.edu.mx

Fecha de recepción: 27-07-2020

Fecha de aceptación: 18-12-2020

por un núcleo disciplinario denominado cuidado y que constituye el foco de su conocimiento. En este contexto, Fawcett<sup>1</sup> propone una estructura holárquica de dicho conocimiento, que conduce a la identificación de cinco componentes: metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos. Tales componentes forman el conocimiento único de enfermería y la diferencian de otras disciplinas a partir de elementos filosóficos generales que se ilustran en los elementos más empíricos y operacionales<sup>2</sup>.

En la estructuración del conocimiento disciplinario en enfermería se puede reconocer la influencia principal de dos paradigmas: el empírico y el interpretativo<sup>3,4</sup>. Estos representan visiones filosóficas del desarrollo del conocimiento y de la realidad que, mediante suposiciones ontológicas, epistemológicas y metodológicas, comprueban (para el caso del empírico) o generan (para el caso del interpretativo) teorías útiles para explicar, predecir, prescribir y comprender fenómenos de la práctica de enfermería.

Si bien es cierto que estos paradigmas han primado en la disciplina, las necesidades de la sociedad actual, relacionadas con la develación de nuevos fenómenos de interés para la comunidad científica, han exigido un tránsito hacia su reestructuración, el cual se encuentra influenciado por diversas corrientes epistemológicas, como la teoría crítica<sup>5</sup>, cuyos aportes se orientaron a que la disciplina de enfermería pudiera analizar los aspectos del contexto sociocultural en el que se desenvuelve la persona para brindar el cuidado, lo que posibilita la identificación de las inequidades sociales relacionadas con la salud y de esta manera intentar transformar estas situaciones por medio de la aplicación innovadora del conocimiento, que permita hacer frente a los actuales desafíos de salud que se refleja en una mayor equidad.

Es así como la Teoría Crítica dispone de una organización conceptual que permite a Enfermería la búsqueda de soluciones que impacten en la disminución de estas desigualdades mediante un acercamiento y mayor participación de las personas en el cuidado de su salud, donde las teorías sirven de eslabón entre los componentes más abstractos como las filosofías y los indicadores empíricos que medirán los cambios en el cuidado de la salud y los colectivos.

Las filosofías son el segundo componente considerado por Fawcett dentro de la holarquía estructural del conocimiento contemporáneo de enfermería y es definido como aquellas declaraciones que abarcan afirmaciones ontológicas, epistémicas y éticas sobre los fenómenos de interés para una disciplina<sup>1</sup>. Dentro de las filosofías se encuentran las visiones de mundo, definidas como formas abstractas de ver la realidad. Estas visiones, según Durán de Villalobos<sup>2</sup>, conducen a diferentes conceptualizaciones de los conceptos del metaparadigma, a distintas definiciones sobre la naturaleza de las relaciones entre los concep-

tos y a diferentes abordajes para la producción y prueba del conocimiento.

De la misma manera que las visiones como elemento constitutivo de la estructura holárquica del conocimiento, se encuentran las teorías, definidas como conceptos concretos que derivan de un modelo conceptual y que contienen proposiciones que describen la relación entre tales conceptos<sup>1</sup>. Las teorías tienen como función limitar los fenómenos y ofrecer una estructura más específica para su interpretación y surgen o se comprueban mediante las metodologías utilizadas a partir de las visiones mencionadas anteriormente.

Las teorías son útiles para explicar los fenómenos de interés de una disciplina. En enfermería son elemento fundamental del metaparadigma, por lo que, teniendo en cuenta que el núcleo de la disciplina es el cuidado, se considera que las teorías deben ser fuente de autoconocimiento del que investiga y quien es investigado. El autoconocimiento o conocimiento de sí mismo es entendido como el aspecto cognitivo centrado en las creencias que la persona tiene de sí misma en todas sus dimensiones: física o corporal, psicológica, emocional y social, entre otras<sup>6</sup>.

Taylor<sup>7</sup> propone que las teorías no solo son un instrumento de explicación, sino que también sirven para definirnos y pueden ser utilizadas por los sujetos cuyo comportamiento es foco de explicación, como mecanismo de autoconocimiento, que puede dar forma, perturbar o facilitar la práctica.

A partir de ello es importante reflexionar de manera crítica sobre las visiones propuestas por Fawcett y Neuman como fuente de autoconocimiento del investigado y el investigador. Para ello resulta indispensable, revisar y discutir cuáles y cómo son las visiones que rigen la manera en la que enfermería ve el mundo, y determinar cuál(es) de estas pueden contribuir al alcance de dicho objetivo.

Para tales efectos, en este texto se expondrán las tres visiones en enfermería según Fawcett<sup>1</sup> y Newman<sup>8</sup>: 1) particular determinístico de reacción, 2) integrativa-interactiva y 3) de reciprocidad unitaria-transformativa o de simultaneidad. Posteriormente, con la información presentada, se concluirá que tanto la visión integrativa-interactiva (o de reciprocidad) como la visión unitaria-transformativa (o de simultaneidad) permiten al investigador y a la persona sujeto de investigación un verdadero autoconocimiento.

### **Visión particular determinística (o de reacción)**

Esta visión del mundo surge del positivismo, corriente filosófica que concibe la ciencia en un contexto de verificación, plantea que la verdad se demuestra mediante hechos empíricamente verificables<sup>9</sup>. La visión determinística

contiene elementos de la corriente mecanicista que ve la realidad como un modelo mecánico, cuyos fenómenos son regidos por leyes<sup>1</sup>.

Desde esta perspectiva, las personas son vistas como la suma de componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que reaccionan a estímulos externos de manera lineal y causal. Los individuos se consideran seres en reposo que responden de manera reactiva a estímulos ambientales externos que cambian solo para su supervivencia<sup>1,8</sup>. Al ser el sujeto investigado un sujeto pasivo a la espera de la intervención del investigador, este último desarrollará el conocimiento a partir de métodos cuantitativos y diseños objetivos que le permitan la medición, control y observación del contexto identificando causas y efectos de los fenómenos, sin espacio a la interpretación de sucesos subjetivos que pueda ofrecer el entorno.

La investigación desde esta orientación solo puede generar autoconocimiento de una sola vía, cuyo sentido se dirige exclusivamente hacia el investigador, ya que entender el «sujeto» de estudio como un ser pasivo que responde de forma reactiva a un estímulo puede facilitar el aislamiento, la observación y la medición<sup>10</sup> de manera objetiva, al no contemplarlo de manera integral como un ser biológico, psicológico, social, emocional y espiritual, y termina desconociendo otros factores relevantes propios de quien es investigado, como se podrá ilustrar en las siguientes visiones.

No obstante, el conocimiento disciplinario desde este enfoque ha permitido comprender importantes problemas de salud, así como probar el efecto de intervenciones, por tanto, el abordaje de fenómenos disciplinarios bajo esta visión, dependerá de la naturaleza del fenómeno y del nivel de investigación que se pretenda realizar.

### **Visión integrativa-interactiva (o de reciprocidad)**

La visión integrativa-interactiva se origina del pospositivismo, corriente filosófica que otorga relevancia al ser humano, a su contexto y su historicidad, incluye valores, creencias, intereses y experiencias<sup>10</sup>. Esta visión del mundo interpreta la realidad y a seres humanos mediante el organicismo como un sistema integrado y organizado<sup>8,11</sup>, considera que los seres humanos son holísticos y no se reducen a partes discretas. A pesar de que las partes de una persona (que para esta visión ya no es un sujeto pasivo, sino activo) se reconocen, tienen significado solamente dentro del contexto en el que el individuo se encuentra inmerso, de modo que interactúa de manera recíproca con el ambiente<sup>1,8</sup>.

Desde esta perspectiva la investigación permite abordar tanto cualitativos como cuantitativos que, de manera complementaria, pueden generar conocimiento discipli-

nario<sup>10</sup>. Es así como el investigador interactúa con la persona investigada y con su contexto, lo que en últimas permite que haya un proceso de autoconocimiento en ambas vías.

### **Visión unitaria-transformativa (o de simultaneidad)**

La visión unitaria-transformativa combina elementos del organicismo, la simultaneidad, el cambio y lo unitario transformativo, por lo que ve a los seres humanos por patrones comportamentales de manera holística y autoorganizada. De esta manera, se entiende que la persona evoluciona mediante un tránsito por la historia, interactuando de manera rítmica y mutua con el ambiente y favoreciendo el cambio en dirección al aumento de la organización de los patrones de comportamiento<sup>1,8</sup>.

Por lo que el abordaje utilizado en esta visión es eminentemente cualitativo, ya que responde a vacíos del conocimiento relacionados con descripciones de experiencias tal y como son vividas por la persona. En este sentido, lo que se busca es la comprensión e interpretación de los fenómenos por parte del investigador mediante la interacción con el sujeto por medio de metodologías como la fenomenología y la hermenéutica<sup>10</sup>.

Para dar respuesta a la cuestión, se mencionó en líneas anteriores que las teorías son útiles para explicar los fenómenos de interés de una disciplina y que, de acuerdo con Taylor<sup>7</sup>, sirven para definir a la persona que investiga y pueden ser utilizadas por los sujetos cuyo comportamiento es foco de explicación como mecanismo de autoconocimiento. Con base en las visiones de enfermería propuestas por Fawcett<sup>1</sup> y Newman<sup>8</sup>, la visión integrativa-interactiva (o de reciprocidad) y la visión unitaria-transformativa (o de simultaneidad) permiten al investigador y a la persona sujeto de investigación durante el proceso de verificación o construcción de teorías un verdadero autoconocimiento, toda vez que la interacción es un elemento dinamizador que ofrece un escenario para la complementariedad de los enfoques empírico e interpretativo que, sin distinción de mayor o menor importancia, permiten abordar diferentes fenómenos dependiendo de su naturaleza.

### **Conclusión**

Existe relación entre la visión integrativa-interactiva (o de reciprocidad), la visión unitaria-transformativa (o de simultaneidad), las teorías y el autoconocimiento, sin embargo, ello no deslegitima el uso de la visión particular determinística o de reacción, ya que cualquiera de estas visiones provee de herramientas disciplinarias esenciales que contribuyen al desarrollo científico y desde sus postulados es posible configurar una riqueza que

debe ser aprovechada para dar respuestas a las preguntas de la naturaleza del conocimiento de enfermería. Las visiones revisadas no deben ser vistas como condiciones inhabilitantes al momento de estudiar los fenómenos del dominio de enfermería; por el contrario, el análisis del tipo de fenómeno al que se enfrenta el investigador permitirá un tránsito por estas visiones y es en ese escenario en el que está la oportunidad de fortalecer la investigación como elemento transversal en la cualificación de la práctica.

Por último, el presente artículo refleja una reflexión crítica, desde las aseveraciones de Taylor sobre las teorías y su capacidad de generación de autoconocimiento. Así mismo, se analizó esta afirmación a la luz de las visiones del mundo de enfermería propuestas por Fawcett y Newman.

### Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### Bibliografía

1. Fawcett J. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories. 2<sup>nd</sup> ed. F.A. Davis Company; 2005.
2. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*; 2009;2(1):7-18.
3. Monti EJ, Tingen MS. Multiple paradigms of nursing science. *ANS Adv Nurs Sci*. 1999;21(4):64-80.
4. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional: Relación con la teoría crítica. *Rev Cuba Enferm*. 2017;33(3):.
5. Mosqueda-Díaz A, Vélchez-Barboza V, Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. Critical theory and its contribution to the nursing discipline. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(2):356-63.
6. González MT. Algo sobre autoestima: qué es y cómo se expresa. *Aula*. 1999;11:217-32.
7. Taylor C. Comprensión y etnocentrismo. En *la libertad de los modernos*. Amorrortu Editores; 2005.
8. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *ANS Adv Nurs Sci*. 1991;14(1):1-6.
9. Triviño Z, Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería. *Cienc Enferm*. 2005;11(1):17-24.
10. Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc Enferm*. 2011;17(1):37-43.
11. McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. 5<sup>th</sup> ed. Wolters Kluwer; 2018.

---

Para consultar las instrucciones completas, por favor visite la web de la revista:  
[http://publisher.revistadeenfermeria.permayer.com/contingut.php?cid=normas\\_a](http://publisher.revistadeenfermeria.permayer.com/contingut.php?cid=normas_a)



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/1FAIpQLSfx175dmjmosdhTlctiiUpllGyY9-w1hKnwnSykJxxiT7Xbbg/viewform>