

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA



AÑO 11
NÚMERO 1
Enero-Abril 2023
ISSN: 2339-7284
e-ISSN: 2696-8584

EN ESTE NÚMERO:

P.05

La comunicación escrita como un proceso clave para la producción científica disciplinaria

P.06

Aplicación de la estrategia nacional «5 pasos por la salud»: alcance en un grupo de trabajadores de salud en México

P.15

Uniformes clínico o quirúrgico: preferencias de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González

P.21

Uso de internet y calidad de sueño en estudiantes mexicanos de enfermería durante el confinamiento

P.27

Habilidades de cuidado ante enfermedades crónicas no transmisibles

P.32

¿Cuántos y cuáles son los correctos en la administración segura de medicamentos?

P.38

Capacitación sobre sexualidad a padres de personas con discapacidad intelectual



PERMANER MÉXICO
www.permayer.com



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Comité editorial

Editora en jefe

María de los Ángeles Cano García

Editores asociados

José Sifuentes Osornio
Director General del INCMNSZ

David Kershenovich Stalnikowitz
Exdirector del INCMNSZ y fundador de la RME

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

Carlos Augusto Sánchez Morales
Asesor legal

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
Francisco Cadena Santos
Francisco Jair S. González Robles
Guadalupe Citlahua Hernández
Karime Elizabeth Balderas Gutiérrez
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
David Ángel Moctezuma Herrera
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 (INCMNSZ). 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.

**Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL,
donde además podrán consultarse los lineamientos editoriales:**

<https://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com/>



PERMANYER
www.permanyer.com

Permanyer

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

Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo - 11560 Ciudad de México
Tel.: +52 55 2728 5183 - mexico@permanyer.com



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro



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

Edición impresa en México

ISSN: 2339-7284

Ref.: 7428AX221

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

© 2023 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

La comunicación escrita como un proceso clave para la producción científica disciplinaria

Araceli Jiménez-Méndez5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Aplicación de la estrategia nacional «5 pasos por la salud»: alcance en un grupo de trabajadores de salud en México

Edith Castro-Serralde y Antonio González-Chávez6

Uniformes clínico o quirúrgico: preferencias de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Wendy M. Suasto-Gómez, Lasty Balseiro-Almario, María A. Chaparro-Sánchez, Yohyotzin E. Tapia-Juárez, Irma Jiménez-Escobar, Marivel Morales-Landa, Santa N. Jiménez-Vilchis e Itzel Sánchez-Nicolás 15

Uso de internet y calidad de sueño en estudiantes mexicanos de enfermería durante el confinamiento

Axel A. Escuen-Vielma, Beatriz Cortés-Barragán y Natalia Ramírez-Girón 21

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Habilidades de cuidado ante enfermedades crónicas no transmisibles

Dulce E. Castillo-Villegas y Rosa Ma. Ostigüín-Meléndez 27

ARTÍCULO DE PERSPECTIVA

¿Cuántos y cuáles son los correctos en la administración segura de medicamentos?

Nicolás Santiago-González, Verónica Hernández-García, Ricardo Bautista-López, Tania Cano-García, María A. González-Méndez y Arlet A. Ortiz-Cisneros 32

ARTÍCULO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Capacitación sobre sexualidad a padres de personas con discapacidad intelectual

Noé A. Guerrero-Montes, María E. Patiño-López y Ma. de Jesús Jiménez-González 38



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

Written communication as a key process for disciplinary scientific production

Araceli Jiménez-Méndez5

ORIGINAL ARTICLES

Application of the national strategy “5 steps for Health”: outreach in a group of health workers in Mexico

Edith Castro-Serralde, and Antonio González-Chávez6

Clinical or surgical uniforms: nursing preferences at Hospital General Dr. Manuel Gea González

Wendy M. Suasto-Gómez, Lasty Balseiro-Almario, María A. Chaparro-Sánchez, Yohyotzin E. Tapia-Juárez, Irma Jiménez-Escobar, Marivel Morales-Landa, Santa N. Jiménez-Vilchis, and Itzel Sánchez-Nicolás 15

Internet and sleep quality in Mexican nursing students during lockdown

Axel A. Escuen-Vielma¹, Beatriz Cortés-Barragán, and Natalia Ramírez-Girón 21

REVIEW ARTICLE

Caring ability to chronic non-communicable diseases

Dulce E. Castillo-Villegas, and Rosa Ma. Ostiguín-Meléndez 27

PERSPECTIVE ARTICLE

How many and which are the correct in the safe administration of medicine?

Nicolás Santiago-González, Verónica Hernández-García, Ricardo Bautista-López, Tania Cano-García, María A. González-Méndez, and Arlet A. Ortiz-Cisneros 32

GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

Training on sexuality for parents of people with intellectual disabilities

Noé A. Guerrero-Montes, Ma. Esther Patiño-López, and Ma. de Jesús Jiménez-González 38



La comunicación escrita como un proceso clave para la producción científica disciplinaria

Written communication as a key process for disciplinary scientific production

Araceli Jiménez-Méndez*

Subdirección de Enfermería, Departamento de la Escuela de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

La comunicación como proceso humano representa, para la evolución de su especie y de su cultura, un gran desafío, una conquista y quizá la construcción más importante del progreso humano en la tierra.

Esta evolución está acompañada innegablemente por las enseñanzas gestadas en el hábitat familiar y social, que a lo largo de la vida han dado forma a una manera compleja, pero necesaria, para la sobrevivencia humana.

Es la sociedad quien enseña, codifica, descodifica y da significado a esos procesos de alta complejidad; y esto es indicador principal de un nivel de inteligencia superior que a lo largo de la historia nos ha diferenciado de otras especies vivas.

Hoy en día el lenguaje y la comunicación han adquirido nuevas formas de enseñar y comprender las conductas de los grupos humanos. En el caso de nuestra profesión la enfermería, la comunicación, vista desde la mirada evolutiva, representa el factor más importante en la gestión del cuidado que proporcionamos a la persona sana o enferma en los diferentes niveles de atención, incluyendo prepon-

derantemente la continuidad del cuidado de enfermería en el hogar.

Y precisamente ha sido de nuestro interés comunicar a ustedes, compañeros de profesión, los diversos proyectos que se han gestado desde nuestra institución, entre ellos este medio de comunicación que es la *Revista Mexicana de Enfermería*, que al igual que nuestra institución también tiene una historia y una evolución, que desde su inicio tuvo como protagonistas a las y los estudiantes de enfermería, y en ese transitar nos ha permitido sumar ideales y voluntades nutriéndose así de nuevos saberes, con una visión prospectiva, siempre dirigidos a garantizar la calidad de los cuidados de enfermería por medio del liderazgo y la comprensión profunda de la filosofía del cuidado.

Sirva este espacio para agradecer el interés conjunto de proteger la vida humana que tenemos dentro de la institución, así como la confianza de los líderes de enfermería de otras instituciones que, hermanadas con este compromiso, nos permite alcanzar nuevas latitudes de nuestra profesión.

*Correspondencia:

Araceli Jiménez-Méndez

E-mail: araceli.jimenezm@incmnsz.mx

Fecha de recepción: 03-11-2022

Fecha de aceptación: 07-11-2022



Aplicación de la estrategia nacional «5 pasos por la salud»: alcance en un grupo de trabajadores de salud en México

Application of the national strategy “5 steps for Health”: outreach in a group of health workers in Mexico

Edith Castro-Serralde^{1*} y Antonio González-Chávez²

¹Departamento de Gestión de Educación, Capacitación e Investigación en Enfermería; ²Centro de Bienestar para la Atención del Paciente con Diabetes. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La estrategia «5 pasos por la salud para vivir mejor» es un programa de intervención en el estilo de vida de la población para debilitar el problema nacional de sobrepeso y obesidad. **Objetivo:** Analizar el resultado de la estrategia. 5 pasos...» sobre factores de riesgo modificables e identificar conductas de riesgo en el trabajador de la salud en una institución en la Ciudad de México. **Material y métodos:** Estudio transversal/analítico en 572 trabajadores de la salud, muestra aleatorizada. Con pruebas antropométricas, estudios de laboratorio y datos de conductas y factores de riesgo modificables. Se utilizó la Estrategia Nacional 5 pasos, instrumento «Prevalencia y factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus en el personal de salud», α Cronbach de 0.82, obtención de frecuencias relativas, χ^2 , t de Student, en SPSS vs. 23. **Resultados:** Concluyeron 159 (27.7%) trabajadores. Variables beneficiadas: peso ($p = 0.018$), presión arterial sistólica/diastólica ($p < 0.041$), triglicéridos ($p = 0.035$) y tiempo de ejercicio ($p = 0.004$). Los niveles de glucosa fueron conservados dentro de lo normal y ningún valor empeoró en el seguimiento. **Conclusiones:** El programa «5 pasos por tu salud» es una estrategia viable para ser aplicada al trabajador de la salud.

Palabras clave: Factor de riesgo. Conducta de riesgo. Sobrepeso. Obesidad. Trabajador de la salud.

Abstract

Introduction: The strategy 5 steps for Health, to Live Better, is an intervention program in the lifestyle of the population, to weaken the national problem of overweight and obesity. **Objective:** analyze the result of the 5-step strategy on modifiable risk factors and identify risk behaviors in TS in an institution in Mexico City. **Material and Methods:** cross-sectional / analytical study, in 572 health workers, randomized sample. With anthropometric tests, laboratory studies and data on behaviors and modifiable risk factors. The 5-step National Strategy was used, instrument “Prevalence and risk factors for developing Diabetes Mellitus in health personnel”, a Cronbach of 0.82, obtaining relative frequencies, χ^2 , Student's t, in SPSS vs. 23. **Results:** 159 (27.7%) workers concluded, benefited variables: weight ($p = 0.018$), systolic / diastolic blood pressure ($p < 0.041$), triglycerides ($p = 0.035$) and exercise time ($p = 0.004$). Glucose levels were kept within normal limits and no value worsened during follow-up. **Conclusions:** the “5 step for your health” program is a viable strategy to be applied to the health worker.

Keywords: Risk factor. Risk behavior. Overweight. Obesity. Health worker.

*Correspondencia:

Edith Castro-Serralde
E-mail: mspedithcs@hotmail.com

Fecha de recepción: 06/04/2021

Fecha de aceptación: 14/07/2021

Cómo citar este artículo: Castro-Serralde E, González-Chávez A. Aplicación de la estrategia nacional «5 pasos por la salud»: alcance en un grupo de trabajadores de una institución de salud de la Ciudad de México. Rev Mex Enf. 2023;11:6-14.

2339-7284 / © 2021 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

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son un problema de salud pública que ha impactado en los servicios de salud y son las que concentran las principales causas de muerte en México¹. En el país se observan tres fenómenos que han modificado la vida de la población: 1) transición demográfica, 2) transición epidemiológica y 3) transición nutricional, caracterizada por el consumo de bebidas azucaradas y el sedentarismo, factor que influye en la presencia de sobrepeso, obesidad, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial y síndrome metabólico, por mencionar algunas^{1,2}. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, reportó problemas de nutrición por exceso, al alcanzar altas tasas de sobrepeso y obesidad, afectando a 7 de cada 10 adultos y 3 de cada 10 niños³. Por otra parte, la ENSANUT MC 2016⁴ identificó incremento de sobrepeso y obesidad en mujeres, especialmente en adultas, 7 de cada 10 adultos continuaban con exceso de peso, y lo mismo se observó en la ENSANUT 2018⁵. Estos resultados han permitido caracterizar la magnitud del problema de sobrepeso y obesidad, dando origen a estrategias como «5 pasos por tu salud, para vivir mejor» basado en el Programa «Juntos prevengamos la obesidad infantil» (*Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants*) de Francia, la campaña de salud implementada por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2013 «Chécate, mídete y muévete», promovida en conjunto con la Secretaría de Salud Federal y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, basados en la Promoción de la Salud, donde las personas adquieren conocimientos, aptitudes y hábitos para el fomento de la salud individual y colectiva, para una mejor toma de decisiones, que las convertirá en acciones que lo protejan y promuevan su salud^{6,7}. Es importante que los trabajadores de la salud (TS) apliquen en su vida diaria toda la información que se les transmita en sus actividades laborales, de tal manera que esta se refleje en su estado de salud. Al igual que la población, el personal de salud ha creado hábitos alimentarios relacionados con los estilos de vida, los que a su vez son moldeados por los determinantes sociales, los cuales definen el estado de salud de este segmento. La Organización Mundial de la Salud describe que la salud de los trabajadores está determinada por: a) las condiciones de trabajo; b) los determinantes sociales; c) los factores de riesgo del comportamiento (relacionados con los hábitos individuales), y d) el acceso a los servicios de salud y salud ocupacional⁸. En estudios en TS se identificó presencia de sobrepeso y obesidad, alteraciones en niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos, asociados a conductas de riesgo; una vida no saludable es una amenaza para la presencia de ENT, principal problema de salud pública en

México y en el mundo⁹⁻¹⁵. La estrategia «5 pasos por tu salud, para vivir mejor» se creó para apoyar a la población y a los trabajadores, basada en sencillas actividades que mejorarían la calidad de vida y disminuirían el sobrepeso y la obesidad. Contemplaron cinco acciones: «Actívate», por índices de sedentarismo; «Toma agua», para evitar el uso de bebidas con azúcar; «Come verduras y frutas», 5 por día, para una nutrición saludable; «Mídete», para conocer el propio cuerpo y valorar su salud, y «Comparte», influir en los demás para un estado de salud físico y emocional¹⁵. Barriguete, et al., tras la aplicación de los cinco pasos en toda la República Mexicana, analizaron 14 Estados. Nayarit, Estado con mayor participación en los entornos «Familia» y «Parque». En el entorno trabajo, en «Actívate» con disminución de la participación del trabajador en el año basal e incremento en el último; «Toma agua», ingesta aumentada de agua, al comparar año basal con los dos de seguimiento, Michoacán y Nayarit los más participativos. «Come frutas y verduras», Nayarit con más trabajadores que consumieron tres verduras y una fruta al día. «Mídete», Michoacán, Nayarit y Puebla mayor número de trabajadores con mediciones y «Comparte», Michoacán en el año basal con 49 domingos compartidos, y en los años uno y dos, 35¹⁶. Considerando lo anterior y por los antecedentes en el TS, de presencia de sobrepeso, consumo de alimentos no saludables, comidas en horas inadecuadas, sedentarismo, estrés emocional y laboral, tabaquismo, hipertensión arterial, trastorno del metabolismo del colesterol y triglicéridos (algunas de las enfermeras mostraron exámenes de laboratorio previos), carga genética (refirieron tener familiares de primer grado como el papá o la mamá, y hermanos con diabetes), factores y conductas de riesgo que condicionan presencia o no de ENT. El realizar una búsqueda intencionada para detectar tempranamente la enfermedad y facilitar el diagnóstico y tratamiento oportunos, con medidas preventivas potenciales como la educación para la salud, el control de factores modificables repercutirá favorablemente en la morbilidad y mortalidad de la enfermedad. Dada la importancia que esta tiene, se implementó la estrategia «5 pasos por la salud, para vivir mejor», cuyo objetivo fue analizar el resultado de la estrategia 5 pasos sobre factores de riesgo modificables e identificar conductas de riesgo en el TS en una institución en la Ciudad de México.

Material y métodos

Estudio transversal/analítico, se realizaron 572 entrevistas a TS, para participar en la estrategia «5 pasos por la salud, para vivir mejor», muestra calculada con fórmula para poblaciones finitas, proporción de 0.36, seguridad del 95% y precisión de 0.05, ajustada por posibles pérdi-

das, muestreo aleatorio estratificado simple y números aleatorios para ubicar al participante. Información recolectada con el instrumento «Prevalencia y factores de riesgo para desarrollar diabetes *mellitus* en el personal de salud», que mide: antecedentes familiares, factores y conductas de riesgo, hábitos alimenticios, pruebas antropométricas y datos de laboratorio, α de Cronbach de 0.82¹⁷; se incluyeron TS de las diferentes disciplinas, (administrativos, enfermeras, médicos, etc.); se excluyeron: trabajadores de salud suplentes, médicos residentes, enfermeras suplentes, estudiantes, etc.; se eliminaron: personal que no aceptó participar y por abandono del programa. A todos los TS se les visitó en su lugar de trabajo y posteriormente fueron citados, garantizamos participación y anonimato mediante firma de consentimiento informado. Medición de presión arterial (PA) con esfigmomanómetro anerode marca Hergom, calibración manual (calibración a 0 mmHg); peso corporal con báscula In Shape Max 150 kg D = 100 g, digital, capacidad de 150 kg¹⁸; talla con altímetro marca Bame (precisión = 0.1 cm); determinación de perfil lipídico y química sanguínea, al extraer 5 ml de sangre venosa, ayuno de 8 a 10 horas, con Vacutainer y tubo con gel, análisis con sistema robotizado, control de calidad externo a cargo de Bekman Coulter y Pacal para la fase analítica y Becton Dickinson para preanalítica, analítica y postanalítica; glucemia capilar, una gota de sangre preprandial, glucómetro (Accu-Chek) mediciones corporales cada tres meses, perfil lipídico y química sanguínea cada seis meses, orientación personalizada sobre actividad física, alimentación saludable y todo lo relacionado a los «5 pasos por tu salud, para vivir mejor». Los periodos de medición variaron debido a la programación de vacaciones, el seguimiento fue cada tres meses, escenarios: «Muévete», actividad física, 30 min diarios, entrega de programa «caminata»; «Toma agua», ingesta de agua de seis a ocho vasos (250 ml)/día, iniciando 3 vasos/día; «Come verduras y frutas», tres verduras y dos frutas diarias, iniciando dos verduras y una fruta/día; «Mídete», medir, observar y actuar, valoración del estado físico: medición de perímetro abdominal, peso, talla, índice de masa corporal (IMC); variables fisiológicas: PA, glucosa, colesterol, triglicéridos, obesidad (IMC, peso [kg]/altura [m²]); y «Comparte» (familia y amigos), determinante transversal de los pasos anteriores^{19,20}. Los datos se resumieron de forma descriptiva, utilizando medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos en cada una de las mediciones, uso de Microsoft Excel 2010 y SPSS vs. 23. La media de las tres medidas tomadas en cada periodo de evaluación para cada variable antropométrica se usó como la estimación puntual para cada participante, comparamos la edad basal media para los que completaron el seguimiento y se obtuvieron χ^2 y t de Student.

Resultados

En abril del 2012 se realizaron 572 entrevistas al trabajador de salud de una institución de alta especialidad de la Ciudad de México, 537 aceptaron participar, de estos solo 370 aceptaron iniciar medición basal y 159 completaron el seguimiento a 18 meses.

Perfil sociodemográfico, riesgo y presencia de diabetes

El promedio de edad fue de 43.7 años \pm desviación estándar 10.5; el 71.1% fueron mujeres, en su mayoría con estado civil «casada», mayor participación del área administrativa (41.6%) y de enfermería (28.9%), el 93.7% con antecedentes de riesgo de familiares de línea directa para diabetes y el 9.2% con diagnóstico previo de diabetes *mellitus* tipo 2 (Tabla 1).

Estado de salud por medio de las mediciones

Sobrepeso en el 49.7% de los trabajadores, el 28.1% obesidad, el 12.2% obesidad mórbida y el 10% con peso normal; presión arterial sistólica basal (PAS) alta en el 23% y final del 13.8%; presión arterial diastólica (PAD) basal del 29.5% alta y final del 19.4%; el 74.9% no fumaba y el 25.1% sí; el 62% ingirió alcohol y el 38% no; el 60.1% ingirió líquidos y el 39.9% no; el 54.7% consideró tener una dieta bien equilibrada y el 45.4% no (Tabla 2).

Resultados de los cinco escenarios

1. Muévete o actíivate: el 64.1% realizaba ejercicio al inicio, 1 a 3 veces/sem, 30 min, caminar fue la acción principal y al final el 67.9%, 38 min, prevaleciendo la caminata.
2. Toma agua: el 60% tomaba agua, 9 vasos/por día, manteniendo esta acción hasta el final.
3. Come frutas y verduras: el 88.1% incluyó en su dieta verduras, una a tres piezas de verdura/día, conservando este consumo al final; el 94.1% incluían frutas en su dieta, una a tres pieza/día, preservando hasta el final.
4. Mídete: el 48.9 y 43.5% de la muestra basal con niveles anormales de colesterol y triglicéridos, al final solo el 42.1% para ambos. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de hipertrigliceridemia que los hombres (73.1 vs. 26.9%), al igual que hipercolesterolemia (74.6 vs. 25.4%); las mujeres presentaron sobrepeso y obesidad, más que los hombres, sin significancia estadística con variables demográficas (Tablas 2 y 3). El personal de enfermería y los administrativos presentaron más casos de sobrepeso,

Tabla 1. Características demográficas de los participantes en el estudio, Ciudad de México, 2012-2014

Variables de estudio	Valoración inicial	
	N.º de participantes medición basal (n = 370)	%
Sexo		
Mujer	263	71.1%
Hombre	107	28.9%
Edad		
Menos de 25 años	11	3%
25 a 35	69	18.6%
35 a 40	64	17.3%
40 a 45	74	20.0%
Más de 45	152	41.1%
Escolaridad		
Trunca	161	43.5%
Técnica	118	31.9%
Licenciatura	77	20.8%
Maestría	9	2.4%
Doctorado	5	1.3%
Estado civil		
Soltero/divorciado	121	32.7%
Casado	237	64.1%
Viudo	12	3.2%
Desempeño laboral		
Administrativos	154	41.6%
Enfermería	107	28.9%
Intendencia	38	10.3%
Médicos	28	7.6%
Trabajo social	16	4.3%
Químicos	8	2.2%
Otros	19	5.1%
Riesgo de diabetes		
Tiene familiares con diabetes:		
No	131	35.4%
Sí	239	64.6%
Fam. línea directa (padres, hermanos abuelos)	150	62.7%
Otros fam. (tíos, hijos)	89	37.2%
Diagnóstico de diabetes en el TS		
Sí	34	9.2%
No	336	90.8%

TS: trabajador sanitario.

obesidad y obesidad mórbida que las demás disciplinas (Figs. 1 y 2), afectando al grupo de 32 a 52 años; glucosa venosa basal de entre 61.1 y 130.7 mg/dl, semestral de 61.6 a 128.6 mg/dl y anual de 67.3 a 117.3 mg/dl; triglicéridos, x basal de 191.6 mg/dl y final de 188.4 mg/dl; colesterol total, x basal 200 mg/dl y última 93.2 mg/dl, considerados como normales (Tabla 3). Los valores medios para todas las medidas antropométricas, colesterol total, triglicéridos y glucosa mostraron una tendencia descendente desde el inicio hasta la conclusión de la estrategia (Tabla 3); la PAS/PAD fue más baja al final en comparación con la basal, en los participantes que

pasaron de la categoría de obesos o extremadamente obesos al sobrepeso o normal no fue significativa ($p = 0.065$) pero se volvió significativa por el seguimiento ($p = 0.018$).

5. Comparte (familia y amigos): una sesión de miércoles compartido con asistencia de 30 trabajadores con un familiar por trabajador, con un total de 60 asistentes.

Discusión

Los resultados muestran mayor participación del sexo femenino, como en el estudio de Cruz, et al.², más participación del profesional de enfermería y del área adminis-

Tabla 2. Distribución del estado de salud de los participantes en el estudio según las mediciones «estrategia 5 pasos», Ciudad de México, 2012-2014

Variables de estudio	N.º de participantes (n = 370) Basal		N.º de participantes (n = 362) 1ra		N.º de participantes (n = 251) 2da		N.º de participantes (n = 159) Final		Valor de p
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
Normal	37	10%	53	14.6%	48	19.1%	34	21.4%	0.065*
Sobrepeso	184	49.7%	171	47.2%	109	43.4%	77	48.4%	
Obesidad	104	28.1%	99	27.3%	70	27.9%	37	23.3%	
Obesidad mórbida	45	12.2%	39	10.8%	24	9.6%	11	6.9%	
PAS									
Alto	85	23.0%	68	18.8%	42	16.7%	22	13.8%	NA
Bajo	285	77.0%	294	81.2%	209	83.3%	137	86.2%	
PAD									
Alta	109	29.5%	94	26.0%	60	23.9%	31	19.4%	NA
Bajo	261	70.5%	268	74.0%	191	76.1%	128	80.6%	
Triglicéridos									
Alto	181	48.9%	171	47.2%	-	-	67	42.1%	0.023*
Bajo	189	51.1%	191	52.8%	-	-	92	57.9%	
Colesterol									
Alto	161	43.5%	126	34.8%	-	-	67	42.1%	0.282*
Bajo	209	56.5%	236	65.2%	-	-	92	57.9%	

*prueba χ^2
 NA: no aplica; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.

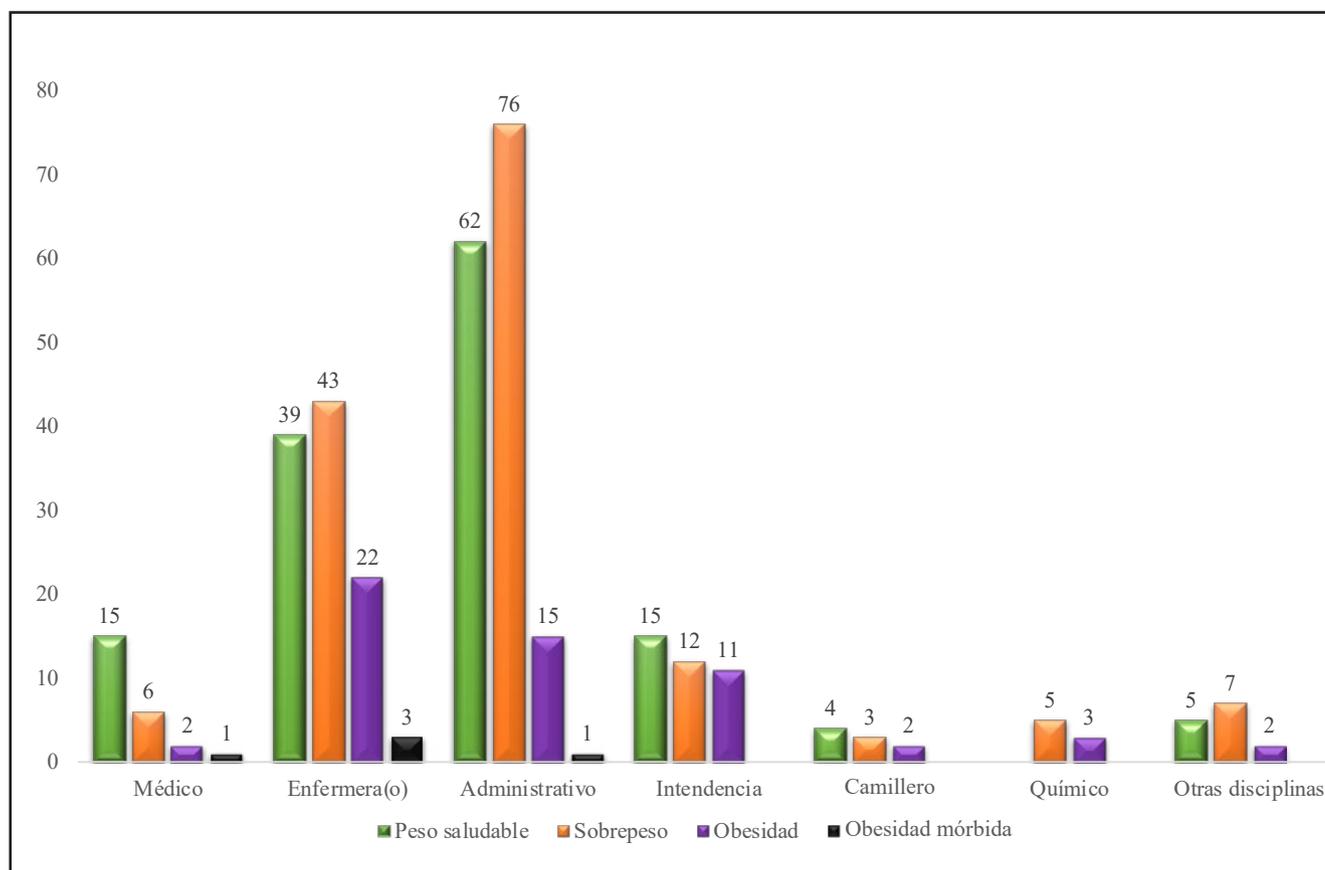


Figura 1. Índice de Quetelet inicial vs. ocupación en el trabajador de la salud, Ciudad de México, 2012-2014.

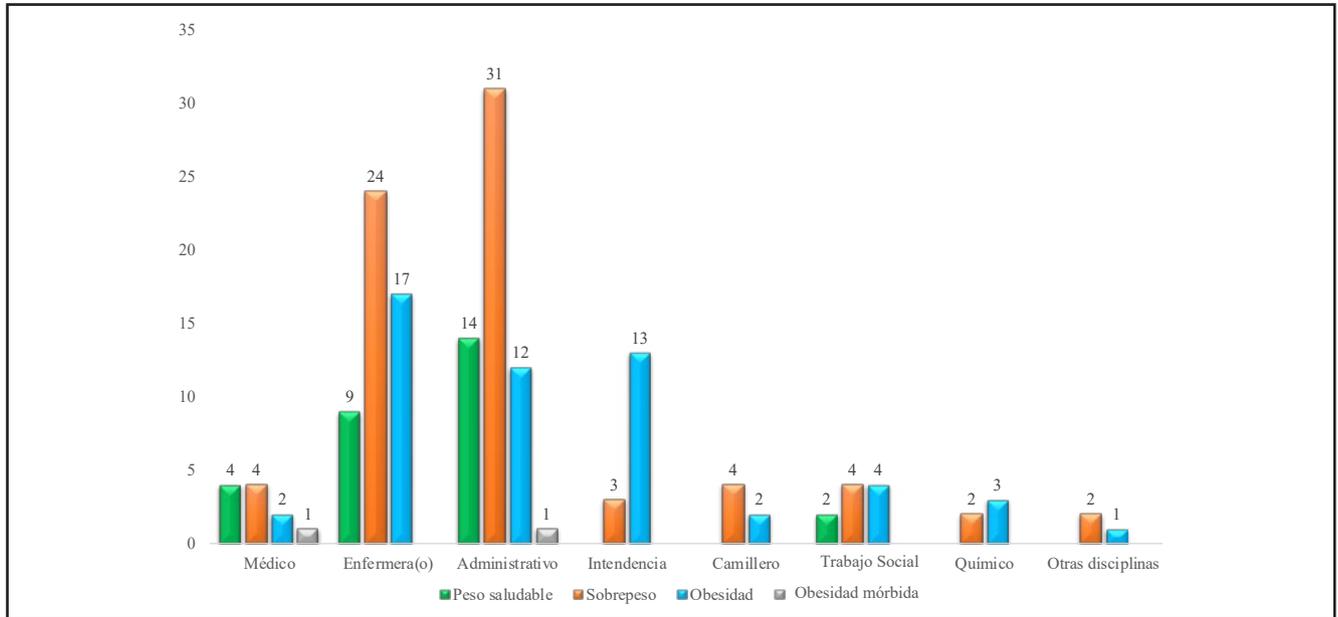


Figura 2. Índice de Quetelet final vs. ocupación en el trabajador de la salud, Ciudad de México, 2012-2014.

trativa. Se identificó presencia de sobrepeso (49.7%) y algún grado de obesidad (40.3%), con ligera disminución al final del estudio (48.4 vs. 30.2%), similar al 71.3% reportado en la ENSANUT 2012³. Al desglosar por sexo, el 63.7% mujeres y el 26.2% hombres presentaron sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida; al final el 61% mujeres y el 17.6% hombres, igual que la ENSANUT 2012, MC 2016 y 2018 y demostrada en estudios a trabajadores de la salud⁹⁻¹², no hay que olvidar que perder peso es el factor determinante en la prevención de la diabetes⁶⁻¹². Las mujeres presentaron hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, y los hombres, no, igual a lo encontrado por Fanghanel¹⁰, Orozco¹² y Cruz¹³. Al comparar resultados con la ENSANUT³⁻⁵, el 21% de mujeres, con valores anormales de colesterol y triglicéridos y en hombres solo el 17.7%, tendencia similar para esta muestra; los niveles de glucosa, al contrastarlos con las encuestas nacionales, aunque no se determinó un diagnóstico como tal de diabetes, dado que los valores fueron inferiores a 100 mg/dl, se explicó los riesgos de estar en el límite de los valores normales y la importancia de considerar en serio, su compromiso de disminuir la probabilidad de desarrollar una afección crónica^{21,22}. En conductas de riesgo, el 62% tomaron alcohol y el 25.1% fumaban, similar a la ENSANUT 2012 y 2018^{3,5}, los hombres consumieron más que las mujeres (80.6 vs. 49.9%), contrario a lo encontrado en esta muestra, probablemente por la alta participación de mujeres; caminar fue el ejercicio principal, incremento en minutos, mujeres con más ejercicio que hombres, similar a la ENSANUT 2018⁵; ingirieron nueve vasos/día/agua, prevaleciendo hasta el final, contrario a lo encontrado por Barriguete¹⁶; más del 50% con dieta bien equilibrada, una a tres piezas de ver-

dura/ fruta/día, mismo encontrado por Barriguete¹⁶, y se realizó una sesión compartida.

Conclusiones

El estudio mostró la magnitud del problema en el TS. Las autoridades deben poner atención en el trabajador, principalmente en el personal administrativo y de enfermería, esta última porque es quien implementa los programas preventivos y de educación para la salud; si el personal manifiesta la enfermedad va a poner en riesgo su salud, lo que llevaría a una falta de personal, como la que estamos viviendo en la actualidad. Los resultados plantean la necesidad de establecer nuevas intervenciones que ayuden a aumentar las tasas de cumplimiento de estos programas para la disminución del sobrepeso y la obesidad.

La alta disponibilidad de alimentos con elevadas calorías y la disminución de la actividad física favorecerán que el sobrepeso y la obesidad siga en aumento, aunado a esto la situación de pandemia que estamos viviendo hace que estudios de este tipo permitan ubicar las condiciones de salud del trabajador, que pueda estar con la enfermedad o en riesgo de desarrollar una afección crónica, que a su vez lo condicionen tener una mayor probabilidad de enfermarse por el actual coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

Tabla 3. Distribución de avances sobre las estrategias de 5 pasos, Ciudad de México, 2012-2014

Variables de estudio	N.º de participantes Basal (n = 370)		N.º de participantes 1ra (n = 362)		N.º de participantes 2da (n = 251)		N.º de participantes Final (n = 159)		Valor de p
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
Muévete									
1.- Realizo ejercicio	237 (Sí) 133 (No)	64.1 35.9	195 (Sí) 167 (No)	53.9 46.1	114 (Sí) 137 (No)	45.4 54.6	108 (Sí) 51 (No)	67.9 32.1	0.613*
2.- Veces por semana	1-3 = 169 3-5 = 47 5-7 = 21	45.6 12.7 5.6	1-3 = 139 3-5 = 40 5-7 = 16	38.4 11.1 4.4	1-3 = 80 3-5 = 27 5-7 = 7	31.9 10.8 2.7	1-3 = 76 3-5 = 25 5-7 = 7	71 23 6	NA
3.- Minutos de ejercicio	7-65 = 201 65-123 = 33 123-181 = 3	54.3 8.9 0.8	10-47 = 111 47-84 = 84 84-121 = 31	31 15 8	10-47 = 58 47-94 = 38 94-141 = 18	23.0 15.2 7.2	10-47 = 54 47-94 = 36 94-141 = 18	33.9 22.7 11.3	0.004†
4.- Tipo de ejercicio	Sin ejercicio 133 Caminata 111 Gimnasia 30 Aeróbics 27 Correr 25 Otros 44	35.9 30.0 8.1 7.3 6.8 11.9	S/ejercicio 167 Caminata 91 Gimnasia 24 Correr 17 Aeróbics 17 Otros 46	46.1 25.1 6.6 4.7 4.7 12.8	Sin ejercicio 137 Caminata 47 Correr 14 Gimnasia 11 Aeróbics 11 Otros 31	54.6 18.7 5.6 4.4 4.4 12.3	Sin ejercicio 51 Caminata 45 Correr 14 Gimnasia 10 Aeróbics 11 Otros 28	32.1 28.3 8.8 6.3 6.9 17.6	0.164*
Toma agua									
1.- Toma suficiente agua	148 (No) 222 (Sí)	40 60	146 (No) 216 (Sí)	40.3 59.6	97 (No) 154 (Sí)	38.6 61.4	62 (No) 97 (Sí)	39.0 61.0	0.121*
2.- Numero de vasos por día	1 a 2 vasos 38 3 a 4 vasos 32 5 a 6 vasos 66 7 a 8 vasos 12 > de 9 vasos 74	10.3 8.6 17.8 3.2 20.0	1 a 2 vasos 9 3 a 4 vasos 22 5 a 6 vasos 56 7 a 8 vasos 35 > 9 vasos 94	2.5 6.1 15.5 9.7 26.0	1 a 2 vasos 1 3-4 vasos 5 5-6 vasos 20 7-8 vasos 29 > 9 vasos 99	.4 2.0 8.0 11.6 39.4	1 a 2 vasos 0 3 a 4 vasos 0 5 a 6 vasos 2 7 a 8 vasos 18 > 9 vasos 77	0 0 1.3 11.3 48.4	0.222*
Come frutas y verduras									
1.- Verduras	326 (Sí) 44 (No)	88.1 11.9	233 (Sí) 129 (No)	64.4 35.6	178 (Sí) 73 (No)	70.9 29.1	134 (Sí) 25 (No)	84.2 15.7	NA
2.- Verduras x día	1 a 3 verduras 287 4 a 6 verduras 36 7 a 9 verduras 3	77.5 9.7 0.8	1 a 3 verduras 200 4 a 6 verduras 33 7 a 9 verduras 0	55.3 9.1 0	1 a 3 verduras 161 4 a 6 verduras 15 7 a 9 verduras 2	64.2 6.0 0.7	1 a 3 verduras 118 4 a 6 verduras 14 7 a 9 verduras 2	74.2 8.9 1.2	0.078†

*Prueba de x2.
†Prueba t de Student basal comparada con la final.
NA: no aplica.

(Continúa)

Tabla 3. Distribución de avances sobre las estrategias de 5 pasos, Ciudad de México, 2012-2014 (continuación)

Variables de estudio	N.º de participantes Basal (n = 370)		N.º de participantes 1ra (n = 362)		N.º de participantes 2da (n = 251)		N.º de participantes Final (n = 159)		Valor de p
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
3.- Fruta	348 (Si) 22 (No)	94.1 5.9	345 (Si) 17 (No)	95.3 4.7	232 (Si) 19 (No)	92.4 7.7	137 (Si) 22 (No)	86.2 13.9	NA
4.- Frutas x día	1 a 3 frutas 322 4 a 6 frutas 22 7 a 9 frutas 4	87.0 6.0 1.1	1 a 3 frutas 320 4 a 6 frutas 21 7 a 9 frutas 4	88.4 5.8 1.1	1 a 3 frutas 217 4 a 6 frutas 15 7 a 9 frutas 0	86.4 5.9 0	1 a 3 frutas 129 4 a 6 frutas 6 7 a 9 frutas 2	81.1 3.8 1.2	0.792†
Mídete									
1.- Peso	\bar{x} = 74.4 Kg, DE 13.3 Mín. 45; Máx. 124 kg		\bar{x} = 74.5 Kg; DE 13.5 Mín. 47; máx. 130		\bar{x} = 72.8 Kg; DE 13.7 Mín. 44; máx. 120		\bar{x} = 69.9 Kg; DE 12.1 Mín. 42; máx. 104		0.018†
2.- Índice de Masa Corporal (IMC)	\bar{x} = 29.2 (DE 4.6) Mín. 17; máx. 45		\bar{x} = 29.2 (DE 4.5) Mín. 19; máx. 50		\bar{x} = 28.7 (DE 4.6) Mín. 18; máx. 44		\bar{x} = 28.0 (DE 4.1) Mín. 19; máx. 40		0.613†
3.- PAS	\bar{x} = 116.2 mm/Hg, DE 18.2 mín. 72; máx. 180		\bar{x} = 114.7 mm/Hg; DE 18.0 mín. 72; máx. 195		\bar{x} = 114.3 mm/Hg, DE 17.9 Mín. 70; máx. 190		\bar{x} = 115.5 mm/Hg, DE 15.5 Mín. 88; máx. 171		0.049†
4.- PAD	\bar{x} = 78.3 mm/Hg, DE 13.7 mín. 38; máx. 118		\bar{x} = 77.4 mm/Hg, DE 13.2 mín. 43; máx. 131		\bar{x} = 76.2 mm/Hg, DE 12.4 Mín. 48; máx. 115		\bar{x} = 75.9 mm/Hg, DE 11.8 Mín. 52; máx. 107		0.034†
5.- Glucosa venosa	\bar{x} = 95.9 mg/dl, DE 34.8 Mín. 51; máx. 521		\bar{x} = 95.1 mg/dl, DE 33.5 Mín. 49; máx. 488		— —		\bar{x} = 92.3 mg/dl, DE 25.0 Mín. 46; máx. 286		0.293†
6.- Triglicéidos	\bar{x} = 191.6 mg/dl, DE 202.6 Mín. 34; máx. 3021		\bar{x} = 191.2 mg/dl, DE 269.8 Mín. 50; máx. 4032		— —		\bar{x} = 188.4 mg/dl, DE 336.5 Mín. 51; máx. 4185		0.035†
7.- Colesterol	\bar{x} = 200.8 mg/d, DE 42.3 mín. 109; máx. 408		\bar{x} = 195.3 mg/d, DE 38.9 mín. 110; máx. 408		— —		\bar{x} = 193.2 mg/dl, DE 43.5 Mín. 53; Máx. 368		0.200†

*Prueba de χ^2 .

†Prueba t de Student basal comparada con la final.

NA: no aplica; DE: desviación estándar; \bar{x} : media aritmética; IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.

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 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. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Programa 5 pasos por tu salud para vivir mejor 2009-2012 [Internet] 2015 [Consultado 23 agosto 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/31057638/5-pasos>.
2. Cruz DMP, González MF, Ayala LE, Vera LO, Vargas RG, Zarate AA, et al. Sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico e índice cintura/talla en el personal de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(supl.1):36-41.
3. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales [Internet]. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012 [consultado: 31 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales>
4. Hernández AM, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando HS, Cuevas NL, Martín RS, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). Informe Final de resultados [Internet]. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016 [consultado: 28 de enero de 2018]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/informes.php>
5. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018). Presentación de Resultados [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018 [consultado: 28 de enero de 2020]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/>
6. Dirección General de Promoción de la Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso la Obesidad y la Diabetes [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2013 [consultado: 18 mayo de 2018]. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2014.
8. Organización Mundial de la Salud. Estado de salud de la población: Situación de la salud de los trabajadores [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=situacion-de-la-salud-de-los-trabajadores&lang=es
9. Velasco GB, Brena RV. Diabetes mellitus tipo 2: Epidemiología y emergencia en salud. *Salud Adm.* 2014;1(2):11-6.
10. Barrios RG, Contreras LG. El estado de salud del personal de enfermería a cargo del programa preventivo "5 pasos por tu salud": estudio transversal descriptivo. *Medwave.* 2013;13(6).
11. Fanghanel-Salomon G, Sánchez RL, Arellano MS, Valdés LE, Chavira LJ, Rascón PA. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores del Hospital General de México. *Salud Pública Mex.* 1997;39(5):427-32.
12. Mathiew QA, Salinas MA, Hernández HR, Gallardo VJ. Síndrome metabólico en trabajadores de un hospital de segundo nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Social.* 2014;52(5):580-7.
13. Orozco GC, Cortés SL, Viera Franco JJ, Ramírez MJ, Cueto MA. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(5):594-601.
14. Cruz D, González MF, Ayala LE, Vera LO, Gerardo H, Vargas RG, et al. Sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico e índice cintura/talla en el personal de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Social.* 2015;53(sup.1):S36-41.
15. Nanguce LM, Ceballo LP, Nancy Álvarez RN. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud de la Clínica de Medicina Familiar Casa Blanca del ISSSTE. *Horizonte sanitario.* 2015;14(2):71-4.
16. Barriguete MJA, Córdova VJA, Sánchez GJ, Pérez BA, De la Vega MR, Borys JM, et al. Estrategia Nacional "5 pasos"; Programa de Prevención de la Obesidad, resultados por estados. *Diabetes Hoy.* 2017;17:6-12.
17. Sánchez AB, Castro SE, González CHA, Rangel MMaP. Prevalencia y factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en el trabajador de la salud. *Diabetes Hoy.* 2010;11(5):2526-30.
18. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-015-SSA2-2018), Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. México: Diario Oficial de la Federación de fecha 3 de mayo del 2018.
19. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA3-2010.), Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. México: Diario Oficial de la Federación de fecha 4 de agosto de 2010.
20. Cuida tu salud, sigue los Cinco Pasos por la Salud. 5 pasos. Acciones 5 pasos [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2009 [citado: 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://5pasos.mx/index.php>
21. Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Lau J. Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD005270.
22. Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr.* 2005;82(1 Suppl):230S-235S.



Uniformes clínico o quirúrgico: preferencias de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Clinical or surgical uniforms: nursing preferences at Hospital General Dr. Manuel Gea González

Wendy M. Suasto-Gómez^{1*}, Lasty Balseiro-Almarino², María A. Chaparro-Sánchez³, Yohyotzin E. Tapia-Juárez⁴, Irma Jiménez-Escobar⁵, Marivel Morales-Landa⁶, Santa N. Jiménez-Vilchis⁷ e Itzel Sánchez-Nicolás⁸

¹Subdirección de Enfermería, Hospital General Dr. Manuel Gea González; ²Área de Docencia, ENEO, UNAM; ³Jefatura de Área Clínica de Enfermería, Hospital General Dr. Manuel Gea González; ⁴Jefatura de Área de Docencia e Investigación de Enfermería, Hospital General Dr. Manuel Gea González; ⁵Dirección Médica, Hospital General Dr. Manuel Gea González; ⁶Supervisión de Enfermería, Hospital General Dr. Manuel Gea González; ⁷Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM; ⁸Licenciatura en Enfermería General, Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, Plantel Coyoacán. Ciudad de México, México

Resumen

Los uniformes clínicos blancos o quirúrgicos de colores son las prendas de vestir por excelencia del personal de enfermería en los hospitales. Así, el uniforme se constituye como un símbolo de los procesos organizativos. **Objetivo:** Analizar las preferencias en el uso del uniforme clínico o quirúrgico del personal de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la Ciudad de México. **Metodología:** Estudio de carácter cuantitativo, no experimental, transversal, prolectivo, descriptivo y diagnóstico. La variable estudiada fue «preferencias del personal de enfermería en cuanto al uniforme clínico o quirúrgico». La población y la muestra fueron 209 profesionales de enfermería. **Resultados:** En el desempeño laboral, en un 82.30% el personal prefiere el uniforme quirúrgico por comodidad para el trabajo. **Conclusiones:** El personal de enfermería prefiere por comodidad el uniforme quirúrgico en un 82.30% para el trabajo en el hospital.

Palabras clave: Hospital. Personal de enfermería. Preferencias. Uniforme clínico o quirúrgico.

Abstract

White or colored surgical scrubs are the garments par excellence of the nursing staff in hospitals. Thus, the uniform is constituted as a symbol of organizational processes. **Objective:** To analyze the Preferences in the use of the clinical or surgical uniform, of the nursing staff of the Hospital General Dr. Manuel Gea González, in Mexico City. **Methodology:** A quantitative, non-experimental, cross-sectional, prolective, descriptive and diagnostic study. The variable studied was the preferences of the nursing staff regarding the clinical or surgical uniform. The population and the sample were 209 nursing professionals. **Results:** In work performance, 82.30% of the staff prefer the surgical uniform for comfort for work. **Conclusions:** The nursing staff prefers for comfort, the surgical uniform by 82.30% for work in the Hospital.

Keywords: Hospital. Nursing staff. Preferences. Clinical or surgical uniform.

*Correspondencia:

Wendy M. Suasto-Gómez
E-mail: wendy_suasto@hotmail.com

Fecha de recepción: 09-07-2021
Fecha de aceptación: 24-09-2021

Cómo citar este artículo: Suasto-Gómez WM, Balseiro-Almarino L, Chaparro-Sánchez MA, Tapia-Juárez YE, Jiménez-Escobar I, Morales-Landa M, et al: Uniformes clínico o quirúrgico: preferencias del personal de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la CDMX. Rev Mex Enf. 2023;11:15-20.

2339-7284 / © 2021 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permayer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Problema

¿Cuáles son las preferencias en el uso del uniforme clínico o quirúrgico del personal de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la Ciudad de México?

Objetivo

Analizar las preferencias en el uso del uniforme clínico o quirúrgico del personal de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la Ciudad de México.

Marco teórico

El uniforme, según León¹, es un vestido peculiar y distintivo que usan los individuos pertenecientes a un mismo cuerpo, a un mismo colegio y que tiene la misma forma. Asimismo, para la Real Academia de la Lengua Española^{2,3} la palabra «uniforme» es un traje peculiar y distintivo, que por establecimiento o concesión usan los militares y los empleados, o los individuos que pertenecen a un mismo cuerpo o colegio. De hecho, el uniforme para la enfermería es considerado como un símbolo o un atributo de la profesión de los cuidados, definido así a lo largo de la historia de la profesión y que ha sido fundamental para realizar las actividades. Así, hay cuatro elementos que para Muñoz et al.^{3,4} son símbolos fundamentales en la actuación de enfermería: el uniforme, la capa, la cofia y la lámpara.

Lo anterior significa, para Nathan y Nicholas⁵, que el uniforme representa simbólicamente los atributos de un grupo, y se convierte así en su objeto de presentación ante los demás, por encima de otras cualidades más sustanciales. Esta capacidad de representación posee consecuencias positivas y negativas ya que ensalza o denigra el concepto y prestigio del portador del uniforme ante los demás; es decir, cuando el prestigio conseguido por medio del uniforme es bajo, este se convierte en fuente de oprobio más que de orgullo.

Ahora bien, en el campo de la enfermería se considera que la supervivencia de un grupo u organización descansa en su habilidad para desarrollar estrategias de control eficaces sobre sus miembros. En este sentido, el uniforme es un medio para identificar a los integrantes de un grupo y a su imagen; además, contribuye a que estos, mediante el estatus que les otorga el uniforme, asuman objetivos, ordenen prioridades e identifiquen su rol. Sobre esto, para la corporación Creaciones Red⁶, los uniformes son parte importante de la apariencia y la imagen corporativa, porque brindan un aspecto de la empresa que proporcionará a sus clientes la impresión positiva de su negocio y generará un

ambiente de profesionalidad. También, los uniformes generan un sentimiento de unidad entre los empleados porque fomentan el trabajo en equipo y las buenas relaciones con los empleados, por lo que en empresas de mayor tamaño los uniformes pueden ayudar a la creación de una imagen general unificada de la empresa.

El uniforme es parte de la imagen de la empresa porque hace a los empleados reconocibles y reduce las dificultades de decidir por el atuendo más adecuado, también es un elemento clave en los procesos organizativos porque suprime la individualidad y representan simbólicamente roles, competencias, límites, poderes e imagen social, comportándose como uno de los primeros estímulos cognitivos que los usuarios utilizan para elaborar la imagen de una profesión. Así, el uniforme en algunas organizaciones actúa fundamentalmente como símbolo de estatus, asignando a su portador normas específicas y a la realización de tareas de prestigio o actividades subordinadas. Esto quiere decir que el uniforme está sujeto no solo a criterios organizativos, sino también a influencias sociales y culturales.

Los uniformes de enfermería también tienen diversos colores. Esto depende de las áreas funcionales de desempeño. Por ejemplo, el uniforme blanco constituye desde siempre un elemento que simboliza la limpieza, la pureza y la imagen del personal que se vincula a conceptos tales como el cuidado y el apoyo al binomio paciente-familia, desarrollándose así tareas en las que están presentes el crecimiento, la salud, la enfermedad y la muerte. De uso generalmente intramuros y extramuros, el uniforme blanco se considera formal para todo el personal de enfermería de la institución, dado que esta característica corresponde a normas epidemiológicas de limpieza e higiene preestablecidas desde el momento en que el personal ingresa a la institución a trabajar.

En la enfermería se emplean uniformes de colores o quirúrgicos para áreas específicas de cuidado con características especiales. Este uniforme es de uso «intramuros», lo que, a juicio de Castañeda et al.⁷ permite al personal de enfermería proyectar una imagen de orden, comodidad y presentación, fortaleciendo su identidad institucional y profesional; así como un ahorro sustancial en la adquisición de prendas de vestir. Aún así, el color del uniforme, según Rafaeli y Pratt⁸, puede contener valiosa información simbólica porque los colores tienen significados. El azul, por ejemplo, se propone para transmitir dignidad, mientras que el rojo puede transmitir afecto^{8,9}. El color café del uniforme, por ejemplo, puede transmitir confianza. De manera similar, los hospitales usan el blanco para transmitir pureza y limpieza, y las organizaciones policiales usan colores oscuros para transmitir poder. Así, la evidencia de los colores en los uniformes sugiere que las organizaciones pueden elegir colores específicos en función del valor simbólico.

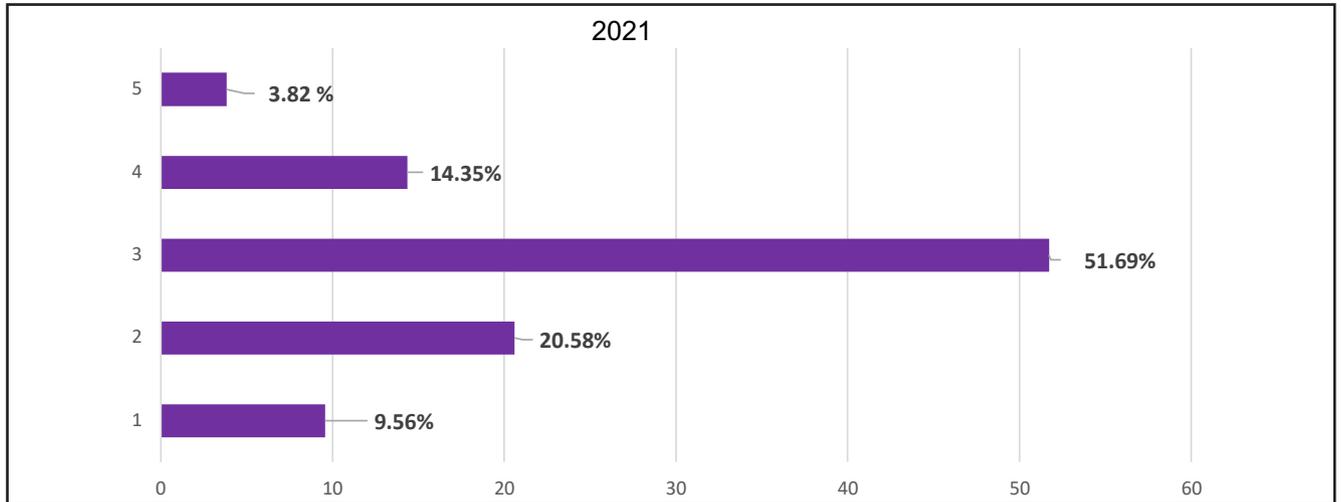


Figura 1. Distribución de la categoría laboral del personal de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México. El 14.35% del personal de enfermería son auxiliares A, B, o C; el 51.69% son enfermeras generales A, B, o C; el 20.58% son especialistas A, B, o C; el 9.56 son personal directivo de enfermería (jefes o supervisoras) y el 3.82% sin datos.

Además, el uniforme implica poder social y autoridad de las organizaciones sociales. Esto queda claro con Bickman¹⁰ cuando plantea que el estilo de vestir puede provocar atribuciones, en particular de estatus y poder. Por lo tanto, algunos estilos a menudo simbolizan un estatus más alto que otros. Una distinción aquí puede ser entre estilos formales y hechos a la medida en contraposición a los estilos informales y casuales. Por ejemplo, un profesor vestido con un estilo informal de *jeans*, camisa deportiva y zapatillas de deporte tendría menos estatus que el mismo profesor vestido formalmente con traje oscuro, camisa blanca y corbata; es decir, que una forma de identificar a los individuos que poseen autoridad es por su atuendo, dado que los uniformes sirven para identificar el estado del usuario, la pertenencia al grupo y la legitimidad. Un caso clásico de poder es que a lo largo de la historia el uniforme se ha utilizado como símbolo de autoridad, tal es el caso de las fuerzas armadas, los uniformes son de gran importancia en el significado de poder relativo, ya que implica autoridad por el rol que desempeñan.

Métodos

Estudio de carácter cuantitativo, no experimental, transversal, prolectivo, descriptivo y diagnóstico cuyo propósito fue analizar las preferencias del uso del uniforme clínico o quirúrgico, del personal de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la Ciudad de México. La variable medida fue «preferencias en la utilización del uniforme». Las dimensiones fueron: datos sociodemográficos con cuatro indicadores, el uniforme como sentido de pertenencia institucional con dos indicadores, y el uniforme y los procesos organizativos del trabajo de enfermería con seis indicadores.

El estudio se llevó a cabo en tres etapas: en la primera se realizó un análisis del estado del arte de las preferencias de la utilización del uniforme; en la segunda se realizó el instrumento con preguntas cerradas estructuradas, de las cuales cuatro fueron para los datos sociodemográficos, dos para el uniforme como sentido de pertenencia institucional, seis para los procesos organizativos del trabajo y una pregunta abierta. Todas las respuestas fueron estructuradas tipo Likert, se hizo una prueba piloto con 10 jueces de enfermería, quienes evaluaron y corrigieron el instrumento.

El universo lo constituye el personal de enfermería que trabaja en el hospital, que fueron alrededor de 530 personas, entre la que se ubica al personal directivo (supervisores y jefes), especialistas de enfermería, personal operativo de los turnos matutino, vespertino, nocturno y festivos. La población y la muestra fueron 209 personas de enfermería que trabajan en los diferentes turnos del hospital, que representan el 39.45% del universo.

En el criterio de inclusión se tomó en cuenta a todo el personal de enfermería de las diferentes categorías: jefes, especialistas, enfermeras generales y auxiliares de enfermería. En el criterio de exclusión se tomó en cuenta a los camilleros del hospital. En el criterio de eliminación se tomó en cuenta a aquel personal de enfermería que aun estando en el criterio de inclusión, no contestó el instrumento o no quiso apoyar la investigación.

Resultados

En los datos sociodemográficos se pudo observar que la edad del personal de enfermería oscila entre los 30 y 51 años, el 48.82% está en el turno matutino, el 78.00% son del sexo femenino y el 51.69% son enfermeras generales con categoría A, B o C (Fig. 1).

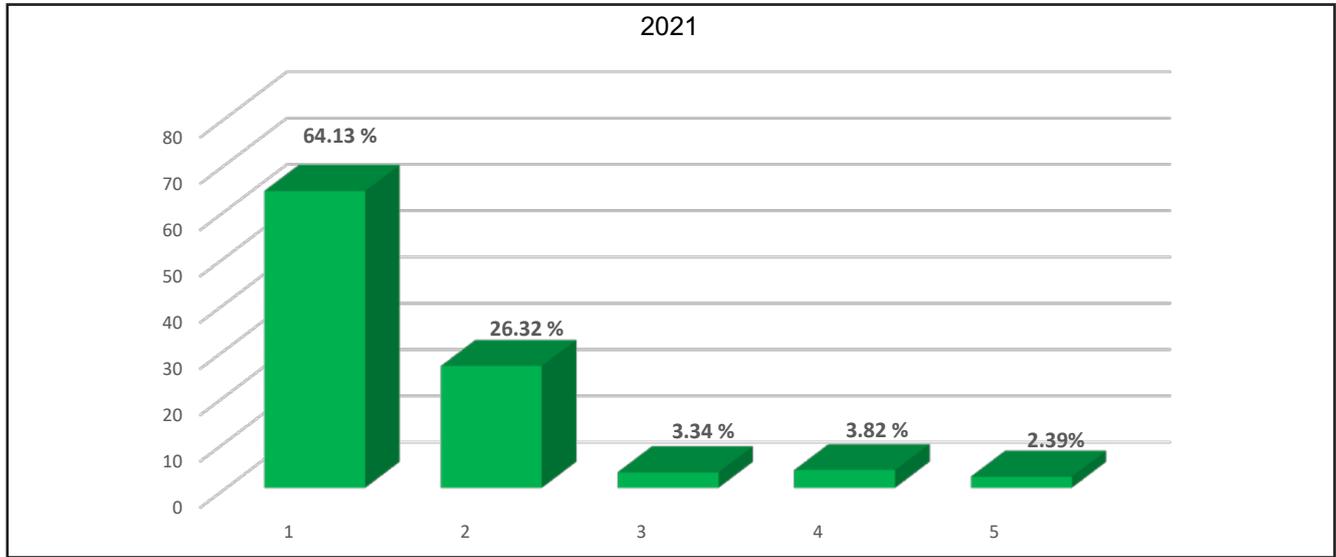


Figura 2. Distribución del personal de enfermería en torno a si consideran que el uniforme clínico blanco o quirúrgico brinda sentido de pertenencia institucional, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México. El 64.13% del personal de enfermería creen que el uniforme sí da sentido de pertenencia institucional porque el personal bien uniformado tiene una apariencia visible de respeto y confianza; el 26.32% consideran que el uniforme sí da sentido de pertenencia institucional sin importar el color; el 3.34% a veces ha creído que el uniforme no da sentido de pertenencia ; el 3.82% nunca han creído que el uniforme de sentido de pertenencia a una institución; y el 2.39% sin datos.

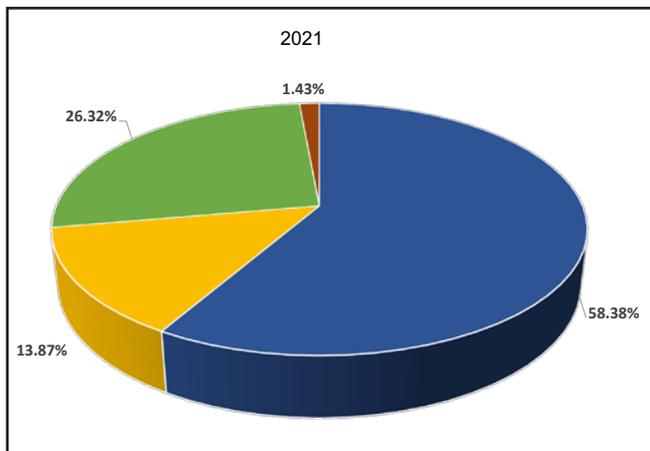


Figura 3. Distribución de la opinión del personal de enfermería en torno a qué tipo de uniforme prefieren para el trabajo, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México. El 58.38% de las enfermeras y enfermeros prefieren el uniforme institucional, que puede ser clínico blanco formal, o clínico de colores y zapatos reglamentarios; el 13.87% prefieren el uniforme clínico blanco que es el formal para el trabajo; el 26.32% prefieren el uniforme quirúrgico de colores por comodidad para el trabajo; y el 1.43% sin datos.

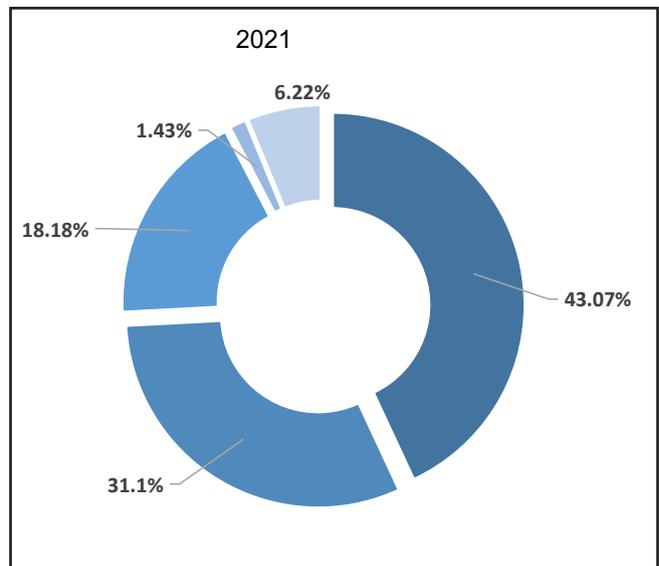


Figura 4. Distribución de la opinión del personal de enfermería en torno a si consideran que el uniforme de colores se adapta a las actividades de organización para el trabajo de enfermería en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México. El 43.07% de las enfermeras y enfermeros creen que el uniforme quirúrgico sí se adapta a las actividades de organización para el trabajo de enfermería; el 31.10% la mayoría de las veces consideran que el uniforme quirúrgico sí se adapta a las actividades de organización; el 18.18% a veces piensa que el uniforme quirúrgico sí se adapta a las actividades de organización; y el 1.43% cree que el uniforme quirúrgico no se adapta; y el 6.22% sin datos

En la dimensión del uniforme como sentido de pertenencia institucional el 64.13% del personal consideran que el uniforme sí da sentido de pertenencia institucional, ya que significa respeto y confianza en los pacientes (Fig. 2), y el 66.51% creen que el uniforme blanco es garantía de orden, seguridad, limpieza e imagen social institucional, donde quiera que esté el personal de enfermería.

En cuanto a la dimensión del uniforme y los procesos organizativos de trabajo, el 58.38% del personal manifestó que prefieren para el trabajo el uniforme blanco, con zapatos reglamentarios (Fig. 3). De igual forma, el 29.67%

prefieren utilizar el uniforme blanco porque creen que se adapta a las actividades del trabajo; sin embargo, para el 43.07% consideran que el uniforme quirúrgico es mejor, por ser más cómodo (Fig. 4). Derivado de esto, el 47.38% del personal prefieren para trabajar el uniforme quirúrgico de colores por comodidad y porque se adapta mejor a las

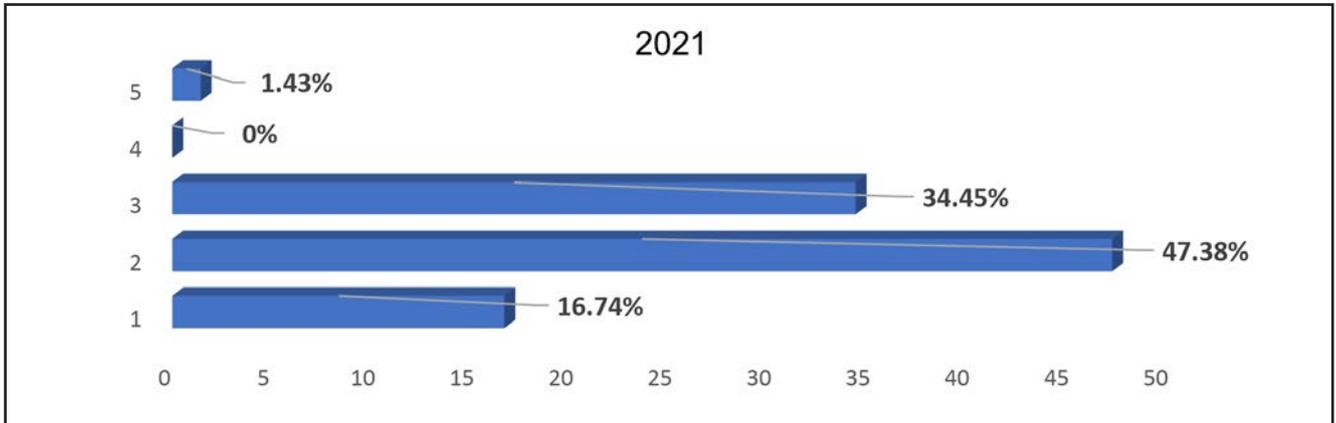


Figura 5. Distribución de la opción del personal de enfermería en torno a qué tipo de uniforme prefieren para trabajar en los servicios del Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México. El 16.74% del personal de enfermería prefiere el uniforme blanco por formal; el 47.38% prefiere el uniforme quirúrgico por comodidad; el 34.45% prefiere ambos: blanco o quirúrgico; y el 1.43% sin datos

funciones que se desempeñan (Fig. 5). Además, en favor del uniforme blanco, el 74.78% del personal creen que este tiene ventajas porque se distingue al personal de enfermería de los demás servicios del hospital, aunque por comodidad, limpieza y modernidad el 82.30% prefieren el uniforme quirúrgico (Fig. 6).

Discusión

El 71.78% del personal de enfermería entrevistado manifestó que el uniforme clínico blanco, que utilizan las enfermeras y los enfermeros extramuros e intramuros, significa orden, limpieza, pero sobre todo imagen social; lo que contrasta con la investigación realizada por Heier-te¹¹ con 200 enfermeras, en donde se pudo concluir que la imagen social de la enfermería está influenciada por la imagen que dan los medios de comunicación, que se diluye con otros grupos, y que se asocia con otras profesiones, por ejemplo, la profesión médica, que también usa uniforme blanco. Esto se da porque existe una falta de conocimientos del papel tan importante que las enfermeras tienen en la atención a la salud de la población.

Asimismo, el 64.15% del personal de enfermería considera que el uniforme blanco o quirúrgico da sentido de pertenecía institucional porque el personal bien uniformado tiene una apariencia visible de respeto e identidad profesional institucional. Esta aseveración es semejante a la de Gama de Sousa et al.¹², quienes realizaron una investigación socio-histórica sobre el uso del uniforme como uno de los determinantes de la identidad profesional en la escuela de Enfermería de Anna Nery (Brasil), concluyendo que el uniforme ha sido una estrategia del cotidiano de escuela pues, según las alumnas, era un elemento que demarcaba posiciones y comportamiento, permitiendo comprender los posibles papeles de la enfermera titulada en la sociedad; es decir, que el uniforme sí brinda identi-

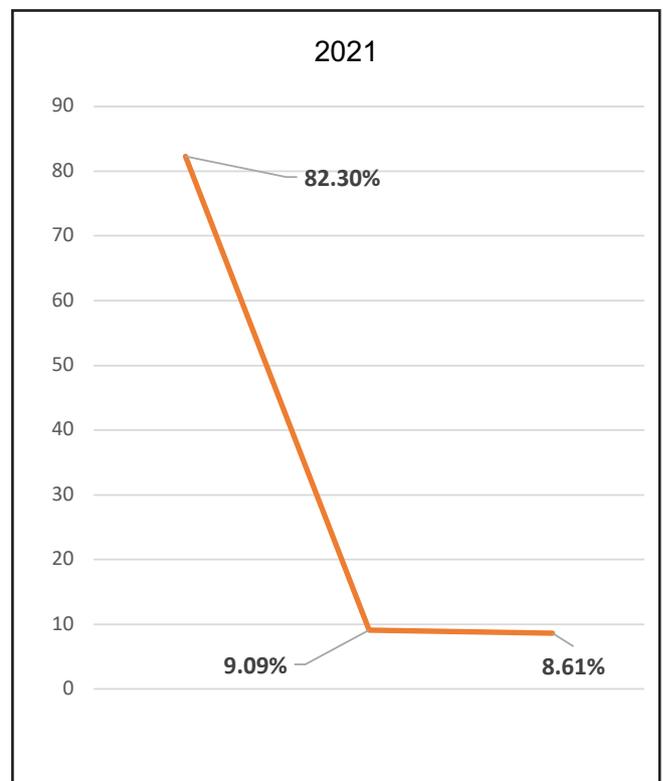


Figura 6. Distribución de la opinión del personal de enfermería en torno a las ventajas que tiene utilizar el uniforme quirúrgico, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México. El 82.30% del personal de enfermería dice que utilizar el uniforme clínico blanco en el hospital tiene ventajas por el orden, la limpieza, el compromiso institucional y la imagen social; el 9.09% considera que no hay ventajas en utilizar el uniforme clínico blanco; y el 8.61% sin datos.

dad profesional, desde la estudiante de enfermería en las escuelas hasta el profesional. Al respecto, Rocha et al.¹³ también consideran que el uniforme y la ropa de las enfermeras son formas de comunicación que marcan la relación con los grupos. Esto se puso de manifiesto en un campo de 67 enfermeras de la reserva del ejército brasile-

ño que fue incorporado a la fuerza expedicionera brasileña y que estuvo en el frente para cuidar a los heridos. Así, la vestimenta se utilizó como una comunicación visual inherente a la identidad del grupo por motivos socioculturales. En este caso particular el uniforme militar representó la construcción de la identidad que con las insignias se pudo distinguir la jerarquía del grupo y la institución.

Conclusiones

La enfermería, desde sus inicios, ha sido acompañada de símbolos: la cofia, la capa, la lámpara, el uniforme blanco y el anillo. Así, el uniforme es un elemento clave en la profesión de enfermería y representa simbólicamente roles, competencia, límites, poderes e imagen social, comportándose como uno de los primeros estímulos cognitivos de estatus que tienen los usuarios para reconocer al personal de enfermería en las organizaciones asistenciales.

El uniforme blanco, por ejemplo, es un símbolo de autocuidado, de limpieza, pureza e higiene y es parte de la imagen social de los profesionales de enfermería dentro y fuera del hospital. Los uniformes quirúrgicos de colores también se usan como prendas de vestir en áreas especiales como quirófanos, urgencias etc., que por comodidad son preferidos por el 82.30% por el personal de enfermería estudiado, ya que permite el movimiento y se comporta como un símbolo diferenciador de las áreas de mayor exigencia y de toma de decisiones en el cuidado a las personas. De manera adicional, los colores preferidos por el personal son el verde, el negro, el azul y el rojo, para diferentes días.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

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

Confidencialidad de los datos. Las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. León Román CA. El uniforme y la influencia en la imagen social. *Rev Cubana Enfermer.* 2006;22(1):1-6.
2. Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo segunda edición. 2 volúmenes. Madrid: Espasa Libros; 2001.
3. Castro FJ, Rodríguez JA. Uniformes e imagen social de los cuidados profesionales. *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz*; 2019.
4. Muñoz Ronda FJ, Moreno López JM, Jiménez Rodríguez D, Hernández Garre JM. La imagen física de las enfermeras y su influencia en la dinámica de las instituciones sanitarias. *Tempus vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados [Internet]*. 2008;8(1):5-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3724968>
5. Nathan J, Nicholas D. The uniform: a sociological perspective. *Am J Sociology.* 1972;77(4):719-30.
6. Beneficios en el uso de Uniformes en la Empresa [Internet]. México: Creaciones Red; 2014 [consultado: 25 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://creacionesred.com.mx/beneficios-en-el-uso-de-uniformes-en-la-empresa/>
7. Lineamientos administrativos para el uso del uniforme de Enfermería en los establecimientos del Ministerio de Salud del Salvador [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_administrativos_uso_uniforme_personal_enfermeria.pdf
8. Raffaelli A, Pratt M. Tailored meanings: On the meaning and impact of organizational dress. *Academy of Management Review.* 1993;18(1):32-55.
9. Mehrabian A. Public place and private space: The psychology of work, play, and living environment. Nueva York. Basic Books Inc.; 1976.
10. Bickman L. The social power of a uniform. *J Appl Soc Psychol.* 1974;4(1):47-61.
11. Heierte Valero C. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Index Enferm.* 2009;18(2):1-7.
12. Gama de Sousa Aperibense PG, Guimaraes da Silva CP, Franco Santos TC, de Almeida Filho AJ, Sionan N, de Almeida Peres MA. The uniform of nursing students: a strategy for the construction of professional identity 1950-1960. *Texto y Contexto Enferm.* 2019;28:2-14.
13. Rocha M. M. y Cols. Uniformes de enfermeras del ejército brasileño: identidad visual en la II Guerra Mundial. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):18-24.



Uso de internet y calidad de sueño en estudiantes mexicanos de enfermería durante el confinamiento

Internet and sleep quality in Mexican nursing students during lockdown

Axel A. Escuen-Vielma¹, Beatriz Cortés-Barragán^{1*} y Natalia Ramírez-Girón²

¹Instituto de Genética, Universidad del Mar Campus Puerto Escondido, Oax.; ²Departamento de Ciencias de Salud, Fundación Universidad de las Américas Puebla, San Andrés Cholula, Pue. México

Resumen

Antecedentes: El confinamiento por la pandemia de coronavirus 2019 ha generado que los universitarios dependan de internet, que es esencial para la educación; no obstante, el uso desmedido demuestra consecuencias sobre la calidad del sueño. **Objetivo:** Determinar la relación entre el uso de internet y la calidad de sueño de estudiantes mexicanos de la licenciatura en enfermería de la costa de Oaxaca, México, durante el confinamiento. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo correlacional y transversal, con 151 estudiantes de la licenciatura en enfermería seleccionados por conveniencia. Se utilizó la cédula de datos sociodemográficos, el *Internet Addiction Test* y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh; la recolección de datos fue en línea. **Resultados:** El 29.8% (45) de estudiantes presenta adicción leve y moderada respecto al uso de internet y el 63.6% (96) tiene una mala calidad de sueño. El 80% (36) de los estudiantes con adicción leve y moderada al uso de internet presentan mala calidad de sueño. La relación de calidad de sueño y uso de internet es $r = 0.370$ ($p < 0.01$). **Conclusiones:** El uso problemático de internet se encuentra relacionado con la mala calidad de sueño; esta conexión puede afectar la salud física y mental de los universitarios.

Palabras clave: Adicción a internet. Hábitos de sueño. Confinamiento. Estudiantes de enfermería.

Abstract

Background: Lockdown due to the COVID-19 pandemic has made university students rely heavily on the internet, which is currently essential for education and communication, however, the excessive use of this tool has shown to have consequences on quality of the dream. **Objective:** To determine the relationship between the use of the internet and the quality of sleep of Mexican students of the nursing degree in the coastal region of the state of Oaxaca, Mexico during lockdown. **Materials and methods:** Descriptive, correlational and cross-sectional study, with 151 undergraduate nursing students selected for convenience. The Sociodemographic Data Card (CDS), the Internet Addiction Test (IAT) and the Pittsburgh Sleep Quality Index were used; data collection through online survey. **Results:** 29.8% (45) of students present mild and moderate addiction regarding the use of the internet and 63.6% (96) have a poor quality of sleep. 80% (36) of students with mild and moderate Internet addiction have poor sleep quality. The relationship between quality of sleep and internet use is $r = 0.370$ ($p < .01$). **Conclusions:** Problematic internet use is related to poor sleep quality. This connection can affect the physical and mental health of university students.

Keywords: Internet addiction. Sleep. Confinement. Students of nursing.

*Correspondencia:

Beatriz Cortés-Barragán
E-mail: cortes@zicatela.umar.mx

Fecha de recepción: 17-07-2021

Fecha de aceptación: 11-09-2021

Cómo citar este artículo: Escuen-Vielma AA, Cortés-Barragán B, Ramírez-Girón N. Uso de internet y calidad de sueño en estudiantes mexicanos de enfermería durante el confinamiento. Rev Mex Enf. 2023;11:21-6.

2339-7284 / © 2021 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 actual pandemia provocada por la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha llevado al mundo a confinarse desde múltiples áreas de la sociedad y ha ocasionado la mayor interrupción de la historia reciente en los sistemas educativos. Los cierres de escuelas y otros centros de enseñanza han afectado al 94% de los estudiantes de todo el mundo, una cifra que asciende al 99% en países de bajo y mediano ingreso^{1,2}. La necesidad de distanciamiento social llevó a que la Secretaría de Educación Pública en México anunciara medidas de aislamiento y confinamiento a partir de marzo de 2020 para todo el personal docente y administrativo de las escuelas públicas y privadas en todos los niveles de enseñanza^{3,4}. Esta crisis estimuló la innovación en el sector educativo, por lo que se ha visto la necesidad de continuar el proceso educativo y formación a distancia con el apoyo de las nuevas tecnologías; específicamente internet, el cual se convirtió en un elemento esencial de comunicación y educación^{2,5}.

Según el *Internet World Stats*, en el año 2020 la región con mayor porcentaje de usuarios de internet en el mundo fue Asia, con un 51.8%, mientras que América Latina representó el 9.5%⁶. En México, la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2019 reportó que el 70.1% de las personas mayores de seis años hacían uso de internet⁷, el 91.2% de los mexicanos entre 18 y 24 años representan el mayor porcentaje de usuarios de internet, seguido del grupo de personas entre 12 y 17 años con un 87.8%, y en tercer lugar los usuarios de 25 a 34 años con un 86.9%⁸.

El uso de internet se ha convertido en una necesidad de la vida cotidiana y es hoy un canal de comunicación, intercambio de información, investigación académica y entretenimiento. Existen múltiples beneficios asociados al uso del internet, sin embargo, su uso excesivo y no regulado puede conllevar una pérdida de control y dependencia⁹. El grupo etario más vulnerable a las consecuencias negativas del uso excesivo de internet son los jóvenes, dado que siempre están en la búsqueda de sensaciones nuevas, están más familiarizados con las nuevas tecnologías, tienen una red virtual de amigos y compañeros, y es «común» que deban estar conectados de forma frecuente a internet debido a sus obligaciones escolares, entre otras¹⁰. Pueden existir condiciones que aumentan el riesgo de desarrollar una conducta de dependencia a internet, como los problemas psicológicos y/o psiquiátricos previos (depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, fobia social u hostilidad)¹¹. Adicionalmente, existen factores ambientales que pueden empeorar las situaciones que llevan al uso problemático del internet, como las desigualdades sociales, desequilibrios económicos y el confinamiento social repentino¹².

Según la literatura, este último factor ambiental ha generado consecuencias psicológicas en todos los grupos etarios, especialmente en niños y jóvenes. Estas consecuencias pueden ir desde padecimientos de menor a mayor gravedad como la ansiedad generalizada y la depresión, los cuales potencian el riesgo de comportamientos perjudiciales, entre ellos, la pérdida de control, dependencia al uso de internet y trastornos del sueño¹³. Algunas señales de dependencia al uso de internet pueden ser el descuido de actividades importantes, pérdida de la noción del tiempo, irritabilidad, bajo rendimiento académico, poca concentración, privación de sueño y dedicación exagerada de tiempos de conexión^{13,14}.

Ahondar sobre la dependencia a internet y la calidad del sueño en el marco del confinamiento social es esencial, dado que el sueño es un determinante de salud que permite tener una buena calidad de vida y buen rendimiento laboral y/o académico. La calidad de sueño no solo se limita al dormir bien en la noche, sino que incluye un buen funcionamiento diurno; es decir, un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas. Por esta razón, es fundamental estudiar la incidencia de los trastornos del sueño en distintos tipos de poblaciones, así como sus factores determinantes¹⁵.

De acuerdo con la evidencia científica, se ha reportado que más del 40% de los jóvenes universitarios son malos dormidores, el uso problemático de internet se encuentra en más del 50% de estudiantes universitarios y la mala calidad de sueño se encuentra asociada al uso problemático de internet. A partir de las investigaciones más recientes, la pandemia por COVID-19 ha promovido que el uso de internet se vea incrementado en la población en general y a su vez ha modificado horarios y calidad de sueño¹²⁻¹⁵; sin embargo, se han encontrado pocos estudios que demuestren la relación entre estas dos variables en el marco del confinamiento por COVID-19 específicamente en México¹². Ante lo expuesto, surge el objetivo de determinar la relación entre el uso del internet y la calidad de sueño en estudiantes mexicanos de la licenciatura en enfermería durante el confinamiento.

Material y métodos

Diseño descriptivo correlacional y transversal, con censo de la población estudiantil (N = 300) de la licenciatura en enfermería de una universidad pública de la región costa del Estado de Oaxaca, México. Para la recolección de datos se utilizó la cédula de datos sociodemográficos (CDS), el *Internet Addiction Test* (IAT) y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh.

La CDS incluyó seis preguntas sobre edad, sexo, semestre, zona rural o urbana, padecimiento psiquiátrico diagnosticado y especificación de dicho padecimiento si fuera

el caso. El uso de internet se midió con el IAT de Young (1998)¹⁶, desarrollado y validado al español, con alfa de Cronbach de 0.89. La finalidad de este instrumento es medir el nivel de involucramiento de un individuo con internet mediante la identificación de los síntomas de adicción; con puntuación que oscila entre 0 y 100 puntos. Se considera uso normal entre 0 y 30 puntos, adicción leve entre 31 y 49 puntos, adicción moderada de 50 a 79 puntos y adicción severa igual o mayor a 80 puntos.

La calidad de sueño se midió con el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, con alfa de Cronbach de 0.83. Este índice califica la calidad de sueño en siete componentes: calidad subjetiva del sueño (ítem 6), latencia de sueño (ítems 2 y 5a), duración del sueño (ítem 4), eficiencia de sueño habitual (ítems 1, 3 y 4), perturbación del sueño (ítems 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i y 5j), uso de medicación hipnótica (ítem 7) y disfunción diurna (ítems 8 y 9). Una puntuación igual o menor a 5 señala una buena calidad de sueño, mientras que una puntuación mayor a 5 indica una mala calidad de sueño¹⁷.

El procesamiento de datos fue mediante el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 21. Para describir las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cualitativas se emplearon frecuencias, porcentajes y tablas cruzadas. La relación entre las variables se determinó por medio del coeficiente de correlación de Pearson. La recolección de información se llevó a cabo vía electrónica en abril de 2021.

Este estudio se apegó a las normas éticas de la declaración de Helsinki, se utilizó consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de los datos. Se contó con la aprobación institucional para realizar el estudio, con oficio n.º 007ILEIUMAR/2021.

Resultados

El censo estimado no se cumplió a pesar de la difusión en la participación del estudio y de prolongar el tiempo de recolección de datos, por consiguiente, se obtuvo una muestra final de $n = 151$ estudiantes.

El promedio de edad fue 20.62 (desviación estándar [DE]: 1.83; mín.: 17, máx. 26), y predominó el sexo femenino (82.1%). El 26.5% pertenecen a segundo semestre, el 21.2% a cuarto semestre, el 23.8% a sexto semestre, el 21.2% a octavo semestre y el 7.3% a décimo semestre. El 47% de los estudiantes residen en áreas rurales, el 86.1% refieren no padecer ningún trastorno psiquiátrico diagnosticado previamente, mientras que el 13.9% señala padecerlo, los mencionados fueron depresión (3.3%), fobia social (2%), ansiedad (7.3%) y otros (1.3%). Respecto al uso de internet, el 100% hace uso de este recurso; de estos el 29.8% presentan niveles de adicción leve y moderada,

Tabla 1. Interpretación de la calidad de sueño

Calidad de sueño	Frecuencia	%
Buena calidad de sueño	55	36.4
Mala calidad de sueño	96	63.6
Total	151	100.0

mientras que el 70.2% tiene un uso normal de internet, no se identificaron datos de adicción severa. Respecto a la calidad de sueño, el 63.6% de estudiantes tienen una mala calidad de sueño (Tabla 1).

El 5.9% de los estudiantes presentan simultáneamente alguna enfermedad mental diagnosticada y problemas de uso de internet (adicción leve y moderada), y el 11.2% tiene alguna enfermedad mental diagnosticada y mala calidad de sueño (Tabla 2). El 23.8% de los estudiantes mantiene un uso problemático de internet (adicción leve y moderada) y una mala calidad de sueño (malos dormidores) simultáneamente (Tabla 3). No hay diferencia significativa para estudiantes del área urbana y rural en relación con el uso de internet y la calidad de sueño (Tabla 4). Existe relación significativa entre el uso del internet y la calidad de sueño, es decir, a mejor uso de internet, mejor es la calidad de sueño de los estudiantes ($r: 0.370$; $p = 0.01$).

Discusión

El objetivo fue determinar la relación entre el uso de internet y la calidad de sueño en estudiantes mexicanos de la licenciatura en enfermería durante el confinamiento.

En el presente estudio predomina el origen urbano de los estudiantes; sin embargo, el porcentaje de estudiantes de origen rural es alto. Esto puede deberse a las condiciones sociales, económicas y culturales del Estado de Oaxaca, que para el año 2019 se reportó como la segunda entidad federativa con menor número de usuarios de internet incluso dentro del área urbana⁷. Este dato permite revelar desigualdades sociales y económicas inherentes al estado en comparación con otros lugares de la república mexicana, condiciones que durante el confinamiento pudieron verse modificadas, ya que con el fin de garantizar diversas actividades, es posible que algunos hogares tuvieran la necesidad de adquirir el recurso de internet por primera vez, situándose como nuevos usuarios de esta herramienta tecnológica, la cual no solo es utilizada para fines de esparcimiento, sino para procesos académicos y laborales¹⁸.

Lo anterior se evidencia en el incremento del uso de redes sociales y servicios de transmisión sincrónica (Zoom,

Tabla 2. Tabla cruzada del uso de internet, calidad de sueño y presencia de enfermedad mental diagnosticada

	Depresión		Ansiedad		Fobia social		Otros trastornos		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Uso de internet										
Normal	3	2	6	4	1	0.7	2	1.3	106	70.3
Adicción leve	2	1.3	4	2.6	2	1.3	0	0	40	26.4
Adicción moderada	0	0	1	0.7	0	0	0	0	5	3.3
Adicción severa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	5	3.3	11	7.3	3	2	2	1.3	151	100
Calidad de sueño										
Buena calidad de sueño	1	0.7	3	2	0	0	0	0	55	36.5
Mala calidad de sueño	4	2.6	8	5.3	3	2	2	1.3	96	63.5
Total	5	3.3	11	7.3	3	2	2	1.3	151	100

f: frecuencia.

Tabla 3. Tabla cruzada del uso de internet y calidad de sueño en los estudiantes

Uso de internet	Buena calidad de sueño		Mala calidad de sueño		Total	
	f	%	f	%	f	%
Normal	46	30.5	60	39.7	106	70.2
Adicción leve	8	5.3	32	21.2	40	26.5
Adicción moderada	1	0.7	4	2.6	5	3.3
Adicción severa	0	0	0	0	0	0
Total	55	36.5	96	63.5	151	100.0

f: frecuencia.

Tabla 4. Uso de internet y calidad de sueño respecto a la zona geográfica

	Zona geográfica		χ^2	p
	Rural	Urbana		
Uso de internet				
Normal	45	61	3.692	0.158
Adicción leve	24	16		
Adicción moderada	2	3		
Calidad de sueño				
Buena calidad de sueño	23	32	0.940	0.398
Mala calidad de sueño	48	48		
Total	71	80		

χ^2 : chi cuadrada.

Scholar y Blackboard, entre otras) en la población en general,¹⁸ lo que concuerda con el reporte del 100% de usuarios de internet en la muestra de estudiantes analizada. Sin embargo, esto no significa que necesariamente exista un uso problemático de internet, pero sí incrementa el riesgo de que esta situación se desarrolle, sobre todo cuando existen alteraciones psicológicas y emocionales previas, tales como ansiedad, crisis de pánico, ira, desilusión, depresión y estrés, entre otras¹¹⁻¹³.

Algunos estudiantes reportaron la presencia de enfermedad mental diagnosticada y adicción a internet. Estos resultados coinciden con algunos autores^{11,12} al mencionar que las enfermedades mentales aumentan el riesgo de uso indebido de internet; asimismo, mencionan que los síntomas depresivos pronostican la adicción a internet y viceversa, esto sitúa a los estudiantes con depresión en un estado de alto riesgo para desarrollar adicción al uso de internet, más aún en momentos de suma tensión y estrés

que exacerban estos comportamientos, como es el caso del confinamiento ocasionado por la pandemia¹¹.

Adicionalmente, se encontró un alto número de estudiantes con mala calidad de sueño y en conjunción con la enfermedad mental diagnosticada. Como bien refiere la evidencia¹², con frecuencia, las alteraciones de sueño se pueden detectar en universitarios provenientes de diferentes áreas del conocimiento y esto puede verse aumentado al enfrentar los nuevos esquemas de educación que implican un alto número de horas frente a una pantalla, los horarios flexibles, las exigencias académicas e incluso el recurrir a horarios extremos dadas las condiciones de pobreza de la población en donde en una familia puede trabajar y estudiar con una sola computadora portátil^{18,20}. Además, las alteraciones del sueño se relacionan con trastornos mentales, por tal motivo, en el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la *American Psychiatric Association*) IV, las alteraciones del sueño se pueden encontrar como criterio diagnóstico o como síntoma involucrado en el diagnóstico de patologías psiquiátricas (episodio depresivo mayor, estrés postraumático, ansiedad generalizada, uso de sustancias y trastorno de pánico)²¹.

Independiente de las enfermedades mentales, una tercera parte de la muestra se identificó con adicción leve y moderada al uso de internet, resultados que son parcialmente similares a lo señalado por Iñiguez et al.¹⁸, quienes reportaron un uso problemático de internet en la mitad de estudiantes de pregrado y posgrado en Ecuador. Esto podría deberse a la conjunción de diferentes factores como la edad, dado que los grupos etarios más jóvenes son más vulnerables a no tener control sobre el uso del internet debido a la falta de maduración de las áreas de asociación involucradas en el control del comportamiento, lo que altera su desarrollo psicosocial, por lo que es necesario prestar particular atención a los universitarios más jóvenes, es decir, a los de nuevo ingreso y/o primeros años de carrera.

Otro factor importante es la zona de residencia, ya que en las zonas urbanas predomina el uso del internet en comparación con la zona rural⁷ y se podría esperar que la dependencia de internet se presente con mayor frecuencia en la zona urbana, sin embargo, es importante aclarar que en el presente estudio casi la mitad de la muestra reside en zonas rurales, y que por circunstancias especiales del confinamiento tuvieron que acceder y garantizar (de algún modo) el servicio de internet en esas zonas alejadas de la región poblada.

El último factor es el económico, dado que el uso problemático de internet se relaciona con la capacidad para adquirir celulares inteligentes, aplicaciones móviles y planes de telefonía celular con paquetes de internet, que debido a las condiciones del confinamiento y la necesidad de adquirir dichos planes, estos productos bajaron sus

tarifas y se hicieron más accesibles para los estudiantes, trabajadores y un amplio sector de la sociedad que tuvo que llevar su trabajo a sus hogares. Pese a estas condiciones favorables para muchos, sigue existiendo una gran parte de la población en México, como es el caso del Estado de Oaxaca, en la que no se posee el suficiente ingreso económico para el pago de estos servicios, lo cual podría explicar las brechas entre la dependencia del internet encontrada en este estudio en comparación con otros estudios de la región^{7,19,11,14}.

La calidad de sueño y el uso de internet en tiempo de confinamiento se relacionan, lo que coincide con los referido por otros autores^{14,18}, quienes señalan que factores como la disminución a la exposición de luz solar, los cambios en la dieta, la temperatura ambiental por el confinamiento, la reducción de la interacción social, trabajar más horas bajo circunstancias estresantes, vivir con incertidumbre e inseguridad sobre el estado de salud y la flexibilidad horaria pueden exacerbar el uso incorrecto de internet y promover las alteraciones en el inicio y mantenimiento del sueño.

El estudio presenta fortalezas que permiten proponer estrategias para mejorar la calidad de sueño y el uso de internet en estudiantes universitarios, tales como favorecer las estrategias de afrontamiento, psicoeducación para la adopción de conductas preventivas respecto al uso del internet²², identificación precoz de problemas mentales y seguimiento continuo del estado de salud; recomendaciones de higiene de sueño y estrategias de estudio eficientes. Adicionalmente, se presentan algunas limitaciones, como el diseño transversal, el muestreo no probabilístico y la muestra pequeña, por consiguiente los resultados deben tomarse con cautela.

Conclusiones

Existe una relación positiva y significativa entre la calidad de sueño y el uso problemático de internet en estudiantes mexicanos de la licenciatura en enfermería durante el confinamiento. Es importante señalar que dadas las circunstancias actuales de confinamiento, el uso de internet presenta grandes ventajas como la comunicación, la continuidad de funciones laborales y académicas, y la apertura a otras formas de trabajo más flexibles, entre otros; sin embargo, la naturaleza misma del confinamiento y las implicaciones que esto trae han generado que se haga uso desmedido de internet, lo que conduce a consecuencias negativas para la salud.

Agradecimientos

Los autores agradecen a M.C. Isaías Rufino Mendoza por su apoyo en la gestión académica.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

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 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

- Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 27 de abril de 2020 [consultado: 5 enero de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3pNnd8z>
- Naciones Unidas. Informe de políticas: La educación durante la COVID-19 y después de ella [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; agosto de 2020 [consultado: 5 de enero de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3qNYBxV>
- Secretaría de Educación Pública. Boletín No. 72. De acuerdo con la Secretaría de Salud, la SEP instrumenta las medidas preventivas por COVID-19 [Internet]. México: Secretaría de Educación Pública; 2020 [consultado: 7 de enero de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3km8ZdB>
- Aguilar J, Alcántara A, Álvarez F, Amador R, Barrón C, Bravo MT, et al. Educación y pandemia. Una visión académica [Internet]. México: Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, Universidad Nacional Autónoma de México; 2020 [consultado: 7 de enero de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3aNs0k>
- Saavedra D. Internet, esencial ante el coronavirus [Internet]. México: Gaceta UNAM; 2020 [consultado: 7 de enero de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2ZKZNGk>
- Internet World Stats. Internet users distribution in the World 2020 [Internet]. Internet World Stats; 2020 [consultado: 3 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.internetworldstats.com/stats.htm>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. ENDUTIH 2019. Encuesta Nacional Sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2019 [consultado: 3 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3kiJsSG>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial del internet (17 de mayo) datos nacionales [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2020 [consultado: 3 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/37JyKsO>
- Castellacci F, Vegard T. Internet use and well-being: A survey and a theoretical framework. *Research Policy*. 2018;47(1):308-25.
- Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS One*. 2017;13(3):e0193937.
- Aiman EA, Muthanna S, Philip T. Problematic internet use and mental health among British children and adolescents. *Addict Behav*. 2019;90:428-36.
- Terán G, Portillo A, Arana Y, Sánchez O, Mercadillo R, González RO, et al. Sleep and mental health disturbances due to social isolation during the COVID-19 pandemic in Mexico. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2804.
- Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, et al. Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: a systematic review and meta-analysis. *J Trop Pediatr*. 2021;67(1):fmaa122.
- Mahamid FA, Berte DZ, Bdier D. Problematic internet use and its association with sleep disturbance and life satisfaction among Palestinians during the COVID-19 pandemic. *Curr Psychol*. 2021 Jul 24;1-8. doi: 10.1007/s12144-021-02124-5. Online ahead of print.
- Siste K, Hanafi E, Sen LT, Murtani BJ, Christian H, Limawan AP, et al. Implications of COVID-19 and lockdown on internet addiction among adolescents: Data from a developing country. *Front Psychiat*. 2021;12:665675.
- Matalinares CM, Raymundo VO, Baca RD. Propiedades psicométricas del test de adicción al internet (TAI). *Rev Per Psi Trab Soc*. 2014;3(2):45-66.
- vIñiguez Jiménez SO, Iñiguez Jimenez IJ, Cruz Pierard SM, Iñiguez Jimenez AC. Relación entre uso problemático de internet y calidad de sueño durante la pandemia de COVID-19. *Universidad, Ciencia y Tecnología* [Internet]. 2021 [consultado 21 de junio de 2021]; 25(109):116-23. Disponible en: <https://bit.ly/38HafOW>
- Fernandes B, Biswas UN, Mansukhani RT, Vallejo A, Essau CA. The impact of COVID-19 lockdown on internet use and escapism in adolescents. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* [Internet]. 2020 [consultado 21 de junio de 2021];7(3):9-65. Disponible en: <https://bit.ly/3n220tN>
- González JN, Tejada AA, Espinosa MC, Ontiveros HZ. Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19 [Internet]. *Preprints Scielo*; 2021 [consultado: 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/756/1024>
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5.ª. ed. Barcelona: Médica Panamericana; 2014.
- Urzúa A, Vera VP, Caqueo UA, Polanco CR. La psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*. 2020;38(1):103-18.



Habilidades de cuidado ante enfermedades crónicas no transmisibles

Caring ability to chronic non-communicable diseases

Dulce E. Castillo-Villegas* y Rosa Ma. Ostiguín-Meléndez

Unidad de Investigación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: Uno de los principales desafíos en salud es el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), al enfrentarse a diversos retos, el desarrollo de habilidades de cuidado es de apoyo para contender con el cuidado a largo plazo. **Objetivo:** Identificar desde la literatura disponible los elementos que inciden en el desarrollo de habilidades de cuidado ante ECNT. **Metodología:** Revisión bibliográfica con las palabras clave: familia, aptitud y enfermedad crónica en Embase, PubMed, Elsevier, Academic Search Complete (EbscoHost), LILACS, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Ovid, SciELO y Redalyc, que permitieron la recuperación de 16 artículos cuantitativos en español e inglés realizados en Latinoamérica, posteriormente analizados con la guía CASPe. **Conclusiones:** Las habilidades de cuidado en personas con enfermedad crónica se han explorado en el cuidador familiar principal, no así en el grupo familiar. El desarrollo de las habilidades no es homogéneo, ya que obedece a las características del cuidador y su entorno social; las habilidades más desarrolladas fueron el conocimiento y paciencia.

Palabras clave: Cuidado. Familia. Enfermería. Enfermedad crónica.

Abstract

Introduction: One of the main challenges in health is the approach to Noncommunicable Chronic Diseases (NCDs), when facing various challenges, the development of care skills is supportive to contend with long-term care. **Objective:** To identify from the available literature the elements that influence the development of care skills before NCDs. **Methodology:** Literature review through the keywords: family, aptitude and chronic disease in Embase, Pubmed, Elsevier, Academic Search Complete (EbscoHost), LILACS, Virtual Health Library (VHL), Ovid, Scielo and Redalyc, that allowed the recovery of 16 quantitative articles in Spanish and English made in Latin America, later analyzed with the guide CASPe. **Conclusions:** Care skills in people with chronic disease have been explored in the primary family caregiver, but not in the family group. The development of skills is not homogeneous because it obeys the characteristics of the caregiver and his social environment; the most developed skills were knowledge and patience.

Keywords: Care Family. Nursing. Chronic disease.

*Correspondencia:

Dulce E. Castillo-Villegas
E-mail: dulcelena.cv@gmail.com

Fecha de recepción: 28-01-2021

Fecha de aceptación: 03-05-2021

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representa uno de los problemas en salud con mayor relevancia que demanda un abordaje prioritario ante el impacto que genera en quien las padece, y las personas que le rodean, como el cuidador primario y su familia, al ser la fuente principal de apoyo sufre cambios contundentes ante la enfermedad crónica que demanda una adaptación a partir de sus características como: la etapa en que se encuentre, el momento de la vida del paciente y el lugar que este ocupe en el núcleo familiar^{1,2}.

Las familias, frente a la enfermedad crónica, redireccionan su proyecto de vida para satisfacer las necesidades de la persona enferma; sin embargo, el cuidado representa un desafío por la falta de visibilidad social^{3,4}, y la presencia de una difusión afectiva caracterizada por sentimientos de soledad, tristeza, desánimo, desconcierto, angustia y enojo que se minimizan con el apoyo familiar. Aunque se ha observado que la presencia de ánimo, empatía y fortaleza en la familia para comprender el proceso y problemas propios de la enfermedad llevan a la satisfacción y tranquilidad⁵, pero no siempre se logra porque la persona con diabetes *mellitus* (DM) se siente criticado⁶, fastidiado o tiene culpa^{7,8}. Además, la presencia de una patología crónica implica la redistribución del gasto familiar ante un horizonte de incertidumbre y de nuevas rutinas, sujetas a la mejoría o no, de quien está enfermo. Sin embargo, la fuente principal de cuidado en personas con ECNT son cuidadores informales, en su mayoría familiares; ante la cronicidad se enfrentan a retos de diversas índoles, entre ellas: físicas, sociales, económicas y emocionales.

Lo anterior sin duda constituye una experiencia ante y con la enfermedad, que en gran medida dependerá de aspectos como la enfermedad, y si es una entidad única o la persona es pluripatológica, situación que repercute en cada integrante familiar y en el cuidador primario, quienes deberán desarrollar habilidades diversas para contender o no con el cuidado a largo plazo. Por ello surge el interés de realizar una revisión bibliográfica para identificar los elementos que inciden en el desarrollo de habilidades de cuidado ante ECNT, como parte del proyecto PAPIIT (IN306819)-PAPIME (202619): Modelo de formación en Práctica Avanzada de Enfermería para la Atención Primaria a la Salud en el cuidado de personas con enfermedad crónica (DM, hipertensión arterial, con dependencia leve a moderada) con enfoque de familia.

Metodología

Para identificar los elementos que inciden en el desarrollo de habilidades de cuidado ante ECNT, se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

Embase, PubMed, Elsevier, Academic Search Complete (EbscoHost), LILACS, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Ovid, SciELO y Redalyc, mediante diez combinaciones con los operadores booleanos AND, OR y NOT de las siguientes palabras clave en idioma español, inglés y portugués: familia, aptitud y enfermedad crónica. Asimismo, se incluyeron artículos originales, con menos de diez años, que exploraran las habilidades de cuidado en términos de: proceso, dimensiones o elementos en la familia o el cuidado primario. En lo que respecta a los criterios de eliminación considerados, estos fueron: investigaciones que no reportaran datos sobre el desarrollo de habilidades de cuidado o no contaran con la aprobación de comités de investigación y ética.

La selección de artículos comenzó al establecerse una relación del título con el tema de interés y al reconocer por lo menos dos palabras clave o términos alternativos, posteriormente se daba lectura al resumen para identificar información relevante sobre el desarrollo de habilidades de cuidado y finalmente se analizaron los artículos por medio de la lectura crítica con base en la guía CASPe (Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español) y se estableció la relevancia de los resultados para el objetivo de este escrito.

Resultados

Como parte de la revisión de la literatura, se identificaron 16 artículos que abordan el tema de habilidades de cuidado. El 93.25% en idioma español y el resto en inglés; ninguno en portugués y todos con metodología cuantitativa, de los cuales el 56.25% son de corte descriptivo transversal, el 37.5% son correlacionales y el 6.25% preexperimentales. Los estudios se basaron en la definición de habilidad de cuidado propuesta de Nkongo⁹, que incluye las dimensiones cognoscitivas y actitudinal según los indicadores de conocimiento, valor y paciencia, medidos con el Inventario de Habilidad de Cuidado de Nkongho (37.9%), la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (34.4%) y la ficha de caracterización de la diada del Grupo de investigación Cuidado de Enfermería al paciente crónico de la Universidad Nacional de Colombia (27.5%).

Las investigaciones dirigidas a las habilidades de cuidado se han realizado fundamentalmente en Latinoamérica, específicamente en: México, Brasil, Chile y especialmente en Colombia, enfocadas a ECNT¹⁰⁻¹⁵, como el cáncer¹⁶⁻¹⁸, accidentes cerebrovasculares¹⁹ y artritis reumatoide²⁰.

El cuidador primario y la persona con enfermedades crónicas no transmisibles

La revisión de los estudios permitió identificar que estos se han centrado en cuidadores primarios, para ninguno

Tabla 1. Características de los cuidadores primarios considerados en las investigaciones

Género	70% mujeres (hijas o cónyuges)
	30% hombres
Edad promedio	40 años (mujeres)
Tiempo de cuidado	7 y 24 horas diarias durante 3-9 años
Nivel académico	20.19% primaria
	22.35% medio superior
Religión	80% católica
	14% cristiana
	6% otras

de los casos se aborda a la familia en su conjunto, además cabe mencionar que menos del 30% de la población de estudio son varones, y en su mayoría son de género femenino con un lazo familiar con el paciente con ECNT (hijas o cónyuges), especialmente mujeres en edad productiva^{14,17,18,20,21}, con promedio de 40 años; con un ejercicio de cuidado entre 7 y 24 horas diarias durante 3-9 años o más desde el momento del diagnóstico^{15,17,20-22}, factores que favorecen la sobrecarga del cuidador.

Los estudios también dan a conocer que en su mayoría suelen tener una relación estable^{16,22} en unión libre o casadas^{5,19,21,23} y con un nivel académico medio-bajo¹⁸, se reporta al 20.19% con primaria, el 22.35% con bachillerato²⁰ y en menor cantidad cuidadores con estudios universitarios. Conjuntamente, las investigaciones reflejan que alrededor del 80% profesa la religión católica²⁴ y poco más del 14% la cristiana^{16,21,22}; asimismo, se conoce que los cuidadores se ubican en los estratos socioeconómicos bajos^{14,15} y gran parte de ellos se dedican al hogar o tienen trabajos independientes relacionados con el comercio o la agricultura^{20,22,23}. Por otro lado, Arias-Rojas, et al.²⁴ mencionan un manejo medio-bajo de las tecnologías de la información y comunicación por parte de los cuidadores familiares que desarrollan habilidades de cuidado (Tabla 1).

En relación a las personas con ECNT a las se dirige el cuidado, suelen ser mayores que su cuidador, con una edad promedio de 56 años, así como estar casadas, tienen un grado escolar y socioeconómico bajo, aspectos que apoyan la falta de cuidados ante el desconocimiento o carencia de recursos necesarios. En relación con su estado de salud, se sabe que la mayoría mantiene sus funciones mentales; sin embargo, la cronicidad ocasiona que sean total o parcialmente dependientes, lo que genera que el cuidado brindado no se reconozca en su totalidad ya que se realiza únicamente dentro del hogar^{15,23,24}.

Desarrollo de las habilidades de cuidado

A partir de la literatura se reconoce que los cuidadores primarios manifiestan tres habilidades de cuidado, reconocidas desde la propuesta de Nkongho: la habilidad de conocimiento, la de valor y la de paciencia; sin embargo, llama la atención que no se desarrollan de manera simultánea, y generalmente el conocimiento y la paciencia son las más sólidas^{16,17,21,23}. No obstante, las tres habilidades de cuidado dependen de factores como: las características del cuidador principal, entre ellas: la escolaridad¹⁷, la edad²⁰, el tiempo de cuidado y el compromiso religioso^{14,24}.

Particularmente el conocimiento y la paciencia se desarrollan después un tiempo prolongado de cuidar al otro; es decir, al generar experiencia, pero cabe señalar que todos los estudios encontrados reportan como barrera a los altos niveles de sobrecarga en los cuidadores^{18,19} vinculados, en todos los casos, con el género femenino¹⁶, especialmente al considerar que las mujeres, el tiempo de cuidado¹⁴ y las actividades laborales tienen un alto impacto para el desempeño del rol de cuidador¹⁹, sin menoscabo del desarrollo de habilidades, pero de manera global, en los estudios se reconoce que a mayor desarrollo de habilidades menor sobrecarga y viceversa.

Con respecto a cada una de las habilidades de cuidado, para el caso particular de la habilidad de conocimiento, la familia sabe que el cuidador reconoce y conoce a la persona motivo del cuidado; empero, existe la falta de reconocimiento del rol como cuidador por parte del grupo familiar y con ello se genera un vacío o ausencia de apoyo de esta hacia el cuidador primario. En cambio, la paciencia suele ser vulnerada por la carencia de tiempo para el cuidado cuando el cuidador tiene un ritmo laboral intenso, lo que propicia bajos niveles de tolerancia ante la desorganización y problemas derivados de la cronicidad^{15,17,24}.

En lo que respecta a la habilidad de valor, es la menos desarrollada en todos los estudios y tiene que ver con dos aspectos. Por un lado, el establecimiento de redes de apoyo y es la incertidumbre respecto al bienestar de la persona enferma y posibles complicaciones¹⁶ un elemento frecuentemente expuesto y que vulnera la operación de redes de apoyo para quien cuida, aunque algunos estudios señalan al círculo de amigos o pares²¹ como una estrategia emergente para el cuidado. El segundo aspecto que acompaña al valor como habilidad es la toma de decisiones, misma que se ve afectada por la sobrecarga de cuidado¹², la situación financiera, emocional y el acompañamiento o no para el desarrollo de las acciones de cuidar, por lo que el abordaje de estos elementos resulta indispensable para disminuir la sobrecarga que los cuidadores de personas con ECNT (Fig. 1).

Finalmente, la literatura refleja como factores poco favorables para el desarrollo habilidades de cuidado al difícil manejo social de la enfermedad para mantener cambios en el estilo de vida²² y la ausencia de un espacio para la autoexpresión del cuidador primario²³. De ahí que resulte necesario la apertura de un espacio, tiempo y lugar que permita a los cuidadores reflexionar acerca de su rol, expresar sus sentimientos, dudas, frustraciones y experiencias, así como para canalizar la carga que conlleva el cuidado.

Conclusiones

Las investigaciones encontradas fueron de carácter cuantitativo y realizadas en Latinoamérica, enfocadas a cuidadores primarios, en su mayoría mujeres, dejando fuera al conjunto familiar a pesar de ser fuente principal de apoyo a la persona con ECNT. Además, las habilidades de cuidado están influenciadas por las características del cuidador, el cuidado realizado, la experiencia, los niveles de sobrecarga y la incertidumbre; no obstante, llama la atención que se reportan estudios que consideran menos de nueve años de cuidado realizado, y el cuidador familiar aún no desarrolla el valor, por lo que sería conveniente explorar esta habilidad en cuidadores con mayor tiempo. Asimismo, se destaca que las habilidades más desarrolladas son conocimiento y paciencia, en comparación con el valor, debido a la incertidumbre y la falta de redes de apoyo.

Lo anterior abre un espacio de oportunidad para la enfermería contemporánea para realizar futuras investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas en el tema, y explorar el desarrollo de habilidades de cuidado en el conjunto familiar considerando su dinámica y relación, sin dejar de lado el rol que desempeña cada integrante y considerar el entorno como un referente para la atención de personas con enfermedad crónica. Asimismo, tomar en cuenta los aspectos anteriores al buscar actuar en la atención primaria de ECNT.



Figura 1. Factores que influyen en el desarrollo de las habilidades de cuidado.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Responsabilidades éticas

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

Confidencialidad de los datos. Las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Ledón LL. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev Cubana Salud Pública. 2011;37(4):488-99.
2. Silva JA, Da Amorim KPC, Valença CN, Souza ECF. Experiências, necessidades e expectativas de pessoas com diabetes mellitus. Revista Bioética. 2018;26(1):95-101.

3. Maschio G, Martins SA, Sedrez CKL, Gaffuri ST. The family relationships when dealing with a chronic disease: the family caregiver viewpoint. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2019 [citado junio del 2019];11:470-4. Disponible en: <https://bit.ly/3vjcEgE>
4. Bellato R, Santos de Araújo LF, Dolina JV, dos Anjos MC, de Lima SGH, Corrêa T. The family experience of care in chronic situation. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50 Spec: 81-8.
5. Cortés BB, Tzontehua TI, Ramírez GN, García SB. Experiencia de vivir con un integrante de la familia con diabetes tipo 2. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm*. 2016;6(3): 28-37.
6. Miller T, DiMatteo R. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2013;6:421-6.
7. Pinzón-Rocha ML, Aponte-Garzón LH, Hernández-Páez RF. Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II. *ORINOQUIA*. 2013;17(2): 241-25.
8. Samuel-Hodge CD, Cene CW, Corsino L, Thomas C, Svetkey LP. Family diabetes matter: A view from the other side. *J Gen Intern Med*. 2013;28(3):428-35.
9. Nkongho N. The Caring Ability Inventory. En: Strickland OL, Waltz CF, editores. *Measurement of nursing outcomes: Self care and copin*. New York: Springer Publishing Company; 1990. pp. 3-1.
10. Carreño SP, Chaparro-Díaz L. Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. *Pensamiento Psicológico*. 2017;15(1): 87-101.
11. Torres X, Carreño S, Chaparro L. Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017;49(2): 330-38.
12. Eterovic C, Mendoza Parra S, Sáez Carrillo K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enferm Glob*. 2015;14(2):235-48.
13. Ostigüin-Meléndez RM, Rivas-Herrera JC, Vallejo-Allende M, Crespo-Knopfler S, Alvarado-Aguilar S. Habilidades del cuidador primario de mujeres mastectomizadas. *Invest Educ Enferm*. 2012;30(1):9-17.
14. Carreño MS, Barreto ORV, Duran PM, Támara OV, Romero E. Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Rev Cuba Enf*. 2016;32(3).
15. Amador AC, Puella AEC, Valencia JNN. Psychoaffective characteristics and overload of informal caregivers of terminal cancer patients in Montería. Colombia. *RCS*. 2020;46(1):e1463.
16. Benítez M, Carreño S. Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con cáncer. *R.F.S. Revista Facultad de Salud Universidad Surcolombiana*. 2015;7(2):9-14.
17. Carrillo GGM, Sánchez-Herrera B, Barrera-Ortiz. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños con cáncer. *Rev Salud Pública*. 2015;17(3):394-403.
18. Carrillo GM, Barrera-Ortiz, Sánchez-Herrera B, Carreno SP, Chaparro-Díaz L. Efecto del programa de habilidad de cuidado para cuidadores familiares de niños con cáncer. *Rev Colomb Cancerol*. 2014;18:18-26.
19. Montalvo PAA, Badrán NY, Cavada PC, Medina RE, Méndez SK, Padilla LC. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2010;26(2):212-22.
20. Díaz AD, Gómez ROJ. Efecto del programa «Cuidando a los cuidadores» en cuidadores familiares de personas con artritis reumatoide. *Rev Colomb Reumatol*. 2019;26(3):177-84.
21. Chaparro-Díaz L, Carreño SP, Campos-de-Aldana MS, Benavides F, Niño Cardozo CL, Cardona RM, et al. La habilidad de cuidado del cuidador familiar en diferentes regiones de Colombia. *Rev UDCA Actual Divulg Cient*. 2016;19(2):275-84.
22. Chaparro L, Sánchez B, Carrillo GM. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica. *Rev Cien Cuidad*. 2014;11:31-45.
23. Cantillo-Medina CP, Ramírez-Perdomo CA, Perdomo-Romero AY. Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Cienc Enferm*. 2018;24:16.
24. Arias-Rojas M, Barrera-Ortiz L, Mabel-Carrillo G, Chaparro-Díaz L, Sánchez-Herrera B, Vargas-Rosero E. Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: perfil y carga percibida de cuidado. *Rev Fac Med*. 2014;62:1-32.



¿Cuántos y cuáles son los correctos en la administración segura de medicamentos?

How many and which are the correct in the safe administration of medicine?

Nicolás Santiago-González^{1*}, Verónica Hernández-García², Ricardo Bautista-López³, Tania Cano-García³, María A. González-Méndez³ y Arlet A. Ortiz-Cisneros³

¹Coordinación de Investigación en Enfermería, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca; ²Subdirección de Enfermería, Coordinación de Áreas Hospitalarias, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca; ³Licenciatura en Enfermería, Centro Universitario Valle de Chalco, Universidad Autónoma del Estado de México. Estado de México, México

Resumen

Introducción: Los «correctos» son medidas de seguridad para la administración de medicamentos, y estrategias llevadas a cabo por profesionales de enfermería, las cuales se implementan para proporcionar seguridad y calidad al administrar un medicamento. **Objetivo:** Analizar cuántos y cuáles son los correctos en la administración segura de medicamentos empleados por profesionales de enfermería. **Métodos:** Estudio cuantitativo, de corte transversal y analítico. Se realizó en dos etapas; primero se revisaron los «correctos» publicados en instancias nacionales; luego, se aplicó un cuestionario digital a una muestra por disposición ($n = 253$ profesionales de enfermería), cuestionando cuántos y cuáles correctos aplican. Se realizó estadística descriptiva. **Resultados:** Se identificaron 16 correctos, cinco se consideraron universales (identificación del paciente, medicamento, hora, dosis y vía correcta) dado que los refirieron las distintas instancias y los aplicó el total de la muestra. Once correctos se consideraron adicionales, al no ser descritos por todas las fuentes, ni ejecutados por toda la población. Predominó el empleo de diez correctos en administración de medicamentos, con 75.8% ($f = 194$). **Conclusiones:** No se tiene un número estandarizado de «correctos», sin embargo, todo profesional de enfermería debe llevarlos a cabo para evitar errores al momento de administrar medicamentos y asegurar la integridad del paciente.

Palabras clave: Correctos. Administración de medicamentos. Seguridad en la medicación. Medicamento correcto.

Abstract

Introduction: The “correct” ones are safety measures for administering medications. They are strategies carried out by nursing professionals, which they execute to provide safety and quality when administering a drug. **Objective:** Analyze how many and which ones are correct in the safe administration of medications used by nursing professionals. **Methods:** Quantitative, cross-sectional and analytical study. It was carried out in two stages. First, the “correct” ones published in national instances were reviewed; second, a digital questionnaire was applied to a sample per disposition $n = 253$ nursing professionals, questioning how many and which ones were correct. Descriptive statistics were performed. **Results:** Sixteen correct ones were identified, five were considered universal (patient identification, medication, time, dose and correct route) since they were referred by the different instances and applied by the total sample. Eleven correct ones were considered additional, as they were not described by all sources, nor were they executed by the entire population. The use of ten correct ones in medication administration predominated, with 75.8% ($f = 194$). **Conclusions:** There is no standardized number of “correct”, however, all nursing professionals must carry them out to avoid errors when administering medications and ensure the integrity of the patient.

Keywords: Correct. Medicine administration. Medication safety. Correct medication.

*Correspondencia:

Nicolás Santiago-González
E-mail: nicosantiago21@hotmail.com

Fecha de recepción: 21-07-2021

Fecha de aceptación: 24-09-2021

Cómo citar este artículo: Santiago-González N, Hernández-García V, Bautista-López R, Cano-García T, González-Méndez MA, Ortiz-Cisneros AA. ¿Cuántos y cuáles son los correctos en la administración segura de medicamentos? Rev Mex Enf. 2023;11:32-7.

2339-7284 / © 2021 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los «correctos» son estrategias que garantizan la seguridad en la administración de medicamentos. Toda institución de salud los lleva a cabo para prevenir eventos adversos, eventos centinela, fallas o cuasifallas que pongan en riesgo la integridad del paciente, del profesional de la salud y de la institución.

La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente hace recomendaciones de diversos puntos para que se puedan fortalecer la prescripción, preparación, distribución, etiquetado y administración de medicamentos; y, a su vez disminuir los eventos adversos asociados a esta práctica. Los correctos surgen de las fallas cometidas. Estas se desencadenan debido a la sobrecarga de trabajo, a la poca experiencia laboral, falta de procesos, conocimiento insuficiente del fármaco, estrés y situaciones de urgencia, entre otros.

Actualmente no existe una estandarización en el número de correctos para la administración de medicamentos, siendo importante estandarizar cuántos y cuáles son los correctos, para unificar la práctica de enfermería a nivel nacional, fortalecer los procesos de la medicación, disminuir los riesgos a los que se encuentra expuesto el paciente, facilitar la gestión de insumos médicos, poder identificar la trazabilidad de los fármacos en caso de reacción anafiláctica y facilitar el cumplimiento de los objetivos de farmacovigilancia establecidos por la Organización Mundial de la Salud en cuanto a prevención de errores de medicación, evaluación de la eficacia de los medicamentos, seguimiento del mal uso y/ o abuso de medicamentos, así como evaluación de la interacción entre medicamentos.

Existen diferentes instancias que proponen determinado número de correctos. La Organización Mundial de la Salud establece cinco correctos¹; las «Acciones esenciales de seguridad del paciente» describen seis correctos²; el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica en el estándar número 8 «Manejo y uso de medicamentos» presenta ocho correctos³; la Comisión Nacional de Arbitraje Médico publicó diez⁴; la guía de práctica clínica «Intervenciones de enfermería para la seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo en el adulto» menciona ocho⁵; y en 2019 un hospital de alta especialidad implementó un programa de diez correctos para profesionales de enfermería⁶. A nivel internacional, el Ministerio de Salud de Chile propuso el empleo de diez correctos⁷. En 2018, una publicación menciona quince correctos en intención de homologar el uso de estos⁸.

Debido a que la administración de medicamentos es una de las intervenciones de enfermería más frecuentes en el área hospitalaria, es importante conocer las normas para su correcta administración y complementar con diferentes medidas de seguridad en la medicación.

Existen diversos errores relacionados con la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería; por esta razón, varias instituciones buscan minimizar estos errores por medio de la implementación de estrategias de seguridad. En un estudio⁴ se encontraron 131 errores, los cuales fueron: error en frecuencia 33%, omisión 23%, error en horario 19%, error en vía de administración 8%, paciente correcto 6%, medicamento correcto 5%, fecha 3%, dosis 2% y presentación del medicamento 1%.

Los correctos considerados universales o que reportan todas las fuentes son: identificación del paciente, medicamento correcto, hora, dosis y vía correcta. Mientras que los correctos o estrategias que varían en la literatura son: caducidad, frecuencia, dilución, interacción, razón de la administración, medición de signos vitales, descartar alergias, orientación al paciente, técnica de administración, velocidad de infusión, registro, considerar las indicaciones verbales y el lavado de manos en los momentos correspondientes. Con base en lo establecido anteriormente, el objetivo del ensayo fue analizar cuántos y cuáles son los correctos en la administración segura de medicamentos empleados por profesionales de enfermería.

Métodos

Estudio de tipo cuantitativo, de corte transversal y analítico.

Primero se revisaron los «correctos» publicados en instancias nacionales. Se realizó una tabla comparativa, en donde se incluyeron: la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Salubridad General en México por medio de las «Acciones esenciales de seguridad del paciente», el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica en el apartado «Manejo y uso de medicamentos» (estándar 8 MMU), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la guía de práctica clínica «Intervenciones de enfermería para la seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo en el adulto» y un programa de correctos empleado en un Hospital Regional de Alta Especialidad.

Ante la variación en la literatura, se decidió preguntar sobre los correctos que emplean en la práctica a profesionales de enfermería cuya función principal es clínico asistencial, llevado a cabo durante el mes de junio de 2021.

Se aplicó un cuestionario digital mediante formulario de Google a profesionales de enfermería, que laboran en un hospital público; se incluyó en el estudio al personal adscrito a las áreas hospitalarias de los diferentes turnos de la institución. El cuestionario consta de dos preguntas cerradas: ¿cuántos correctos existen? y ¿cuáles son los correctos que aplica en su práctica?, de las cuales se obtuvo media aritmética, frecuencias y porcentajes para realizar estadística descriptiva. La contestación fue voluntaria previo consentimiento verbal, obteniendo una muestra por

disposición de n = 253. No requirió aprobación del comité institucional al ser un estudio descriptivo. En apego a la declaración de Helsinki⁹.

Resultados

Se identificaron 16 correctos publicados en la literatura, los cuales se describen a continuación:

1. La prevención de infecciones asociadas a los procesos de medicación se da a partir del «lavado de manos» en sus cinco momentos, por lo cual no se debe omitir en la administración de medicamentos, para evitar cualquier infección que pudiera adquirir el paciente durante la aplicación de estos.
2. «No administrar medicamentos bajo órdenes verbales» es una medida de seguridad para el personal multidisciplinario, en caso de tratarse de una urgencia el fármaco se administrará y se anotará lo antes posible.

Al preparar se debe revisar:

3. El «medicamento correcto» se debe verificar antes de administrar un medicamento, antes de sacarlo del envase, al prepararlo y antes de la administración. Ya que existen medicamentos denominados LASA (*look alike, sound alike*) con aspecto y/ o nombre parecidos (un ejemplo de estos puede ser el metamizol y el metimazol) que pueden confundirse muy fácilmente y pueden generar errores en el usuario al momento de ser administrados.
4. La «caducidad del medicamento» es un riesgo para el paciente, ya que puede causar reacciones adversas. Se encuentra impresa en el frasco o caja. Usar medicamentos expirados es arriesgado y perjudicial para la salud del paciente.
5. La «hora y frecuencia correcta» del medicamento es fundamental para administrarse en un intervalo determinado, debido a los procesos de farmacocinética y farmacodinamia que se reflejan en el efecto terapéutico del paciente; evita romper el ciclo del fármaco y en consecuencia no lograr el efecto esperado.
6. La «dosis correcta» se verifica al momento de preparar un medicamento, se corrobora con las prescripciones médicas y la hoja de enfermería, se sugiere emplear la doble verificación; así mismo, se debe cuidar la dilución correcta para disminuir el riesgo de flebitis química.
7. «Vigilar interacciones» evita que los fármacos hagan sinergia o se antagonicen, o que estos se precipiten y se inactive su efecto al momento de la administración.

Al administrar se debe verificar:

8. Antes de cualquier procedimiento, se debe corroborar la «identificación correcta del paciente» por medio

del nombre completo y fecha de nacimiento; todas las instituciones coinciden en que es primordial llevar a cabo esta acción para evitar errores.

9. Se debe tener conocimiento de la «razón de la administración del medicamento» prescrito, el por qué y para qué se va a administrar, lo cual evitará algún daño temporal o permanente que pudiera ocasionar.
10. «Tomar los signos vitales antes de la administración» del medicamento ayudará a evitar efectos secundarios, ya que diversos fármacos influyen sobre las constantes vitales, esto evita daños al paciente.
11. Las «alergias» deben ser identificadas para prevenir reacciones adversas que pueda presentar o ha presentado anteriormente, por lo tanto, es recomendable que el paciente posea algún dispositivo de identificación de alergias, corroborándolas previa administración de manera verbal si es posible.
12. Se debe proporcionar «orientación y educación al paciente» sobre el fármaco que se administra, ellos deben conocer el nombre del medicamento, cómo actúa, cómo está indicado, posibles efectos adversos y la interacción que puede llegar a tener con otros medicamentos, para una mejor adherencia al tratamiento.
13. La «vía correcta». Es indispensable tomar en cuenta la vía de administración prescrita, porque existen diferentes vías de administración y cada fármaco está diseñado para una vía en específico, por lo cual, no corroborar la vía de manera adecuada puede provocar desde una cuasi-falla hasta un evento centinela.
14. La «técnica de administración correcta» se debe identificar, ya que no todos se aplican de la misma forma ni con los mismos métodos, considerando las variantes que pudiera tener la vía de administración.
15. La «velocidad de infusión correcta» debe controlarse ya sea de forma manual o con bomba de infusión, ya que cada fármaco tiene un tiempo establecido. No tener control sobre la velocidad de infusión puede provocar daños graves en el paciente tanto locales como generalizados, causando desde una flebitis hasta la muerte.
16. El «registro» forma parte de las actividades que enfermería lleva a cabo, considerando que lo que no se registra, no existe; se debe tener cuidado y hacer énfasis en la manera en la que se redacta, así como tomar en cuenta el tipo de medicamento y realizar el registro en el documento correcto con apego a la normatividad establecida.

En cuanto a la aplicación del cuestionario, participaron n = 253 profesionales de enfermería, en el ítem ¿cuántos correctos aplica en su práctica? (Fig. 1) manifestaron el uso de 5 a 15 correctos, siendo predominante el empleo de 10 correctos en la administración de medicamentos, con 75.8% (f = 194).

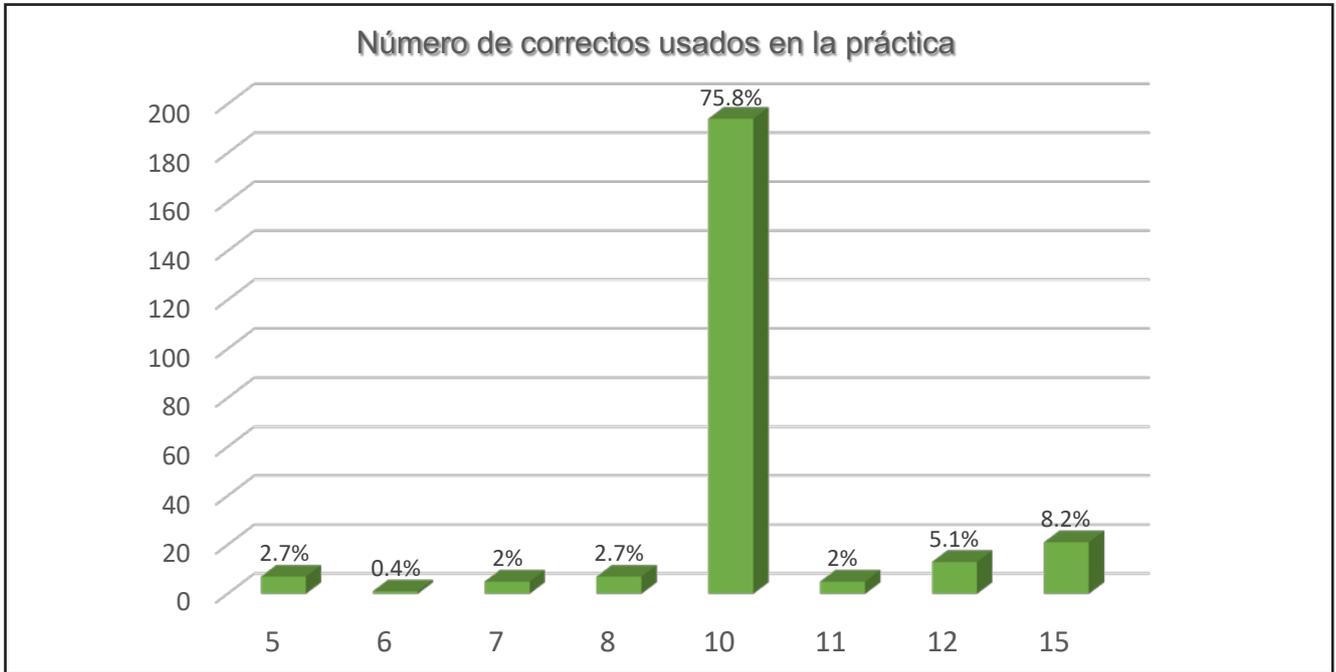


Figura 1. ¿Qué correctos usa en su práctica diaria? (2021, n = 253)

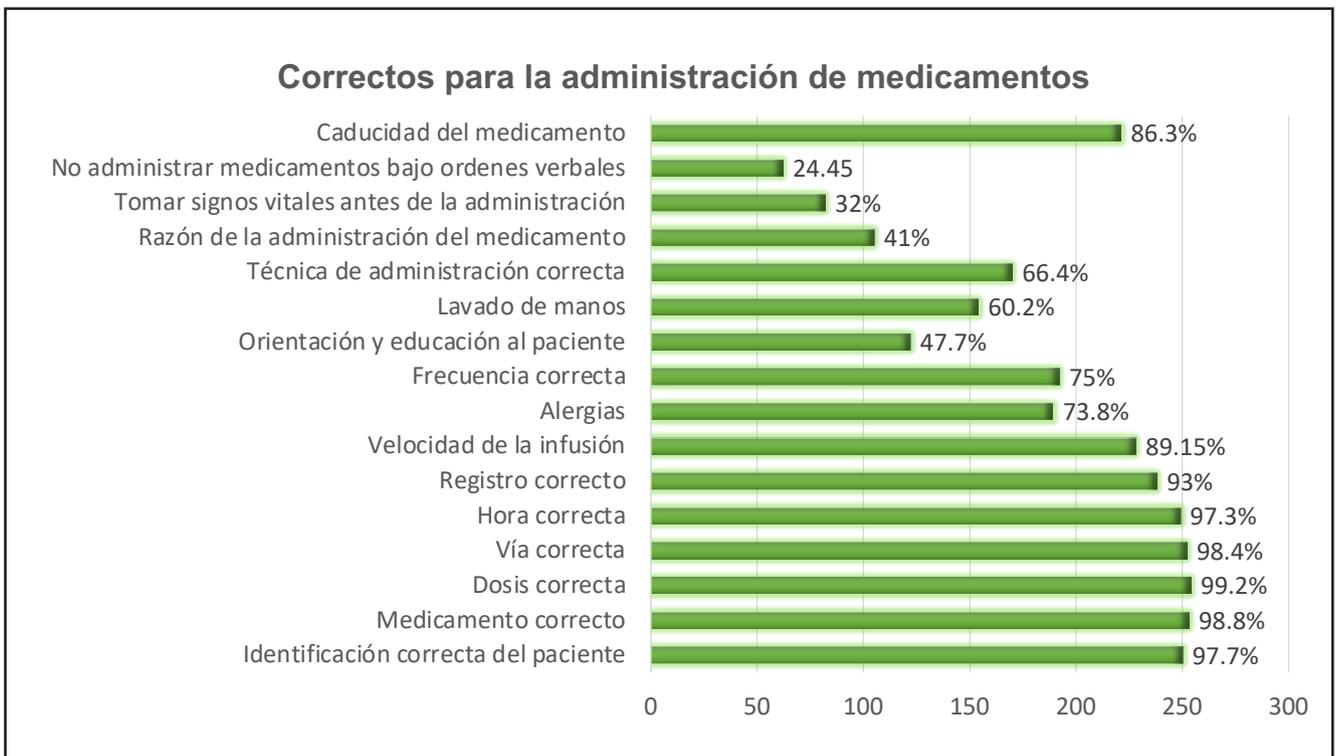


Figura 2. ¿Cuántos correctos existen para la administración de medicamentos? (2021, n = 253)

- En el segundo ítem, ¿cuáles son los correctos empleados? (Fig. 2), reportaron que los correctos menos realizados fueron: no administración de medicamentos bajo órdenes verbales, toma de signos vitales, razón de la administración, orientación y educación al paciente, técnica de administración, lavado de manos, alergias y frecuencia correcta.

Discusión

Los correctos evaluados con mayor cumplimiento fueron identificación del paciente, medicamento prescrito, hora, dosis y vía correcta, lo cual es semejante a lo publicado por la CENETEC en 2015, donde se describe la regla de oro para la administración segura de fármacos, por las

diferentes vías. Se utiliza mediante la verificación de pasos llamados correctos medicación correcta, paciente correcto, dosis correcta, vía correcta, horario correcto, y establecer un sistema de doble chequeo cuando se administren electrolitos concentrados e insulina, así como el lavado de manos antes de preparar medicamentos¹⁰.

Los correctos con menor cumplimiento fueron: administrar bajo órdenes verbales (24%), toma de signos vitales (32%), razón de la administración (41%) y orientación al paciente (47%); a diferencia de Llapa¹¹, quien encontró los ítems clasificados como cuidados indeseables: paciente correcto (33,3%), dosis y hora correcta (50%), registro correcto (33,33%) y orientación correcta (0%).

En cuanto a lavado de manos se encontró un 60%, semejante a lo concluido por Méndez¹², que lo establecido anteriormente que tanto en la etapa de preparación como en la de administración, los errores más frecuentes fueron la falta de higiene de manos y el no uso de técnica aséptica, lo que indica la necesidad de desarrollar e implementar programas educativos enfocados en la seguridad del paciente.

Las dosis en bolo no se analizaron a profundidad, por lo que se destaca la observación de Holden¹³, en donde destaca que la dosis de bolo en el servicio de urgencias plantea una serie de preocupaciones sobre la seguridad del paciente, y el uso indebido y los errores en la preparación y administración de vasopresores en dosis de bolo pueden provocar daños al paciente. Se debe implementar un enfoque basado en sistemas para maximizar la seguridad y los beneficios para el paciente si se utilizan vasopresores en dosis de bolo.

Conclusiones

Se observaron cinco correctos que fueron descritos en la literatura expuesta por diferentes instancias en México y a la vez, estos correctos fueron empleados por toda la población de estudio, por lo cual se consideraron como correctos universales. Así mismo, se identificaron 11 correctos adicionales, los cuales no todas las instancias los describen, ni tampoco todos los participantes refirieron haber realizado.

Al identificar los correctos menos realizados durante la práctica diaria de la población estudiada, se consideró área de oportunidad; estos se reforzaron con capacitación mediante reforzamiento visual mediante la difusión de un cartel que incluye las diferentes estrategias de forma secuencial para una administración segura de medicamentos. Dichos correctos se presentan en la figura 3.

Actualmente no se encuentra estandarizado el número de correctos; sin embargo, todas estas acciones conforman una base fundamental para una farmacoterapia segura y efectiva. Son una estrategia para la disminución de



Figura 3. Infografía: 16 correctos en la administración de medicamentos.

eventos adversos relacionados con la medicación en las instituciones de salud, y el continuo y debido uso de los correctos genera una cultura segura durante el proceso de medicación.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

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 han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en cinco años [Internet]; Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado: 10 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>
- Consejo de Salubridad general, Secretaría de salud, Secretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2017; [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>
- Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Modelo de seguridad del paciente del SiNaCEAM [Internet]. Gobierno de México; 2018 [citado: 10 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf
- Miriam DM, Pérez JA, Soto M. Eficacia de la práctica de enfermería en la administración de medicamentos. Rev CONAMED. 2015;20(1):35-40.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de Alto Riesgo en el Adulto. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014 [citado: 10 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/712GER.pdf>
- Hernández V. Seguridad en el proceso de medicación. Boletín electrónico del HRAEI [Internet]. 2019;84:14-6 [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en: <https://es.calameo.com/read/0045108024886afc0c35f>
- Lizana C. Administración de medicamentos y drogas vasoactivas; fraccionamiento y compatibilidad, presentaciones, manejo práctico de diluciones [Internet]. Ministerio de Salud de Chile; 2015 [citado: 10 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/06/Presentacion-Minsal-Administraci%C3%B3n-de-Medicamentos.pptx>
- Santiago A. 15 correctos en la administración de los medicamentos [Internet]. México: Blog yo amo enfermería. Alex Santiago; 2018 [citado: 10 de junio de 2021]. Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/03/15-correctos-de-medicamentos/>
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Asociación Médica Mundial, 2017 [citado: 10 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Intervenciones de enfermería para la seguridad en la administración de electrolitos concentrados e insulina en pacientes pediátricos. México: Secretaría de Salud; 5 de octubre de 2015.
- Llapa-Rodríguez EO, Silva LSL, Menezes MO, Oliveira JKA, Currie LM. Safe patient care in the preparation and administration of medicines. Rev Gaucha Enferm. 2017;38(4):e2017-29.
- Mendes JR, Lopes MCBT, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. Einstein (Sao Paulo). 2018;16(3):eAO4146.
- Holden D, Ramich J, Timm E, Pauze D, Lesar T. Safety considerations and guideline-based safe use recommendations for "bolus-dose" vasopressors in the Emergency Department. Ann Emerg Med. 2018;71(1):83-92.



Capacitación sobre sexualidad a padres de personas con discapacidad intelectual

Training on sexuality for parents of people with intellectual disabilities

Noé A. Guerrero-Montes^{1*}, María E. Patiño-López² y Ma. de Jesús Jiménez-González²

¹División de Ciencias de la Salud e Ingenierías; ²Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, Celaya, Gto., México

Resumen

Antecedentes: La sexualidad es un aspecto importante en el desarrollo de las personas y es un derecho que tenemos como individuos; sin embargo, aún representa un motivo de estigma y discriminación en personas con discapacidad intelectual (DI), debido, principalmente, a creencias negativas y falta de conocimientos de las personas que rodean a este colectivo. **Objetivo:** Mejorar los conocimientos y disminuir las creencias negativas en los padres de personas con DI respecto a la sexualidad de sus hijos. **Material y métodos:** Propuesta de mejora en la cual se evaluaron las creencias y los conocimientos sobre sexualidad de 18 padres de personas con DI antes y después de una capacitación de enfermería enfocada a dicha temática. **Resultados:** Al aplicar el estadístico prueba de signos de Wilcoxon a las puntuaciones obtenidas de la variable conocimientos sobre sexualidad. Durante la precapacitación y poscapacitación se obtuvo una significancia de 0.054, mientras que para la variable de creencias sobre sexualidad se obtuvo una significancia de 0.256. **Conclusiones:** El desarrollo de proyectos que contribuyan a la disminución de la brecha de desigualdad y estigmatización que se tiene acerca de la sexualidad de personas con DI mejorará la calidad de vida de este grupo poblacional.

Palabras clave: Capacitación. Enfermería. Discapacidad intelectual. Padres. Sexualidad.

Abstract

Background: Sexuality is an important aspect in the development of people and it is a right that we have as individuals, however, it still represents a reason for stigma and discrimination in people with Intellectual Disability (ID), this mainly due to negative beliefs and lack of knowledge of the people that surround this group. **Objective:** To improve the knowledge and decrease the negative beliefs in the parents of people with ID regarding the sexuality of their children. **Material and methods:** Proposal for improvement in which the beliefs and knowledge about sexuality were evaluated in 18 parents of people with ID before and after a nursing training focused on this topic. **Results:** When applying the statistical Wilcoxon sign test to the scores obtained from the variable knowledge about sexuality, during the pre and post training a significance of 0.054 was obtained, while for the variable of beliefs about sexuality a significance of 0.256 was obtained. **Conclusions:** The development of projects that contribute to reducing the gap of inequality and stigmatization that exists regarding the sexuality of people with ID will improve the quality of life of this population group.

Keywords: Training. Nursing. Intellectual disability. Parents. Sexuality.

*Correspondencia:

Noé A. Guerrero-Montes
E-mail: noearturo92@icloud.com

Fecha de recepción: 24-02-2021

Fecha de aceptación: 27-05-2021

Cómo citar este artículo: Guerrero-Montes NA, Patiño-López ME, Jiménez-González MJ. Capacitación sobre sexualidad a padres de personas con discapacidad intelectual. Rev Mex Enf. 2023;11:38-44.

2339-7284 / © 2021 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 discapacidad intelectual (DI) se origina antes de los 18 años e incluye limitaciones del funcionamiento intelectual que influyen en el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia; así como limitaciones en el comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, estas deficiencias pueden limitar el funcionamiento en actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad¹; no obstante, la discapacidad no es una circunstancia que se presenta solo en la persona, sino también en la interacción entre las barreras y apoyos que le brinda su entorno y la condición específica que presenta cada individuo².

Del 1 al 4% de la población mundial padece DI; pero en Latinoamérica estos porcentajes se incrementan aproximadamente cuatro veces más, debido a su relación con factores de riesgo tales como desnutrición, complicaciones obstétricas y perinatales, infecciones del sistema nervioso central, pobreza e intoxicaciones por plomo³. La prevalencia de discapacidad en México para 2018 fue del 6.3%; de la población con discapacidad el 19.1% presentaba dificultad para aprender, recordar o concentrarse y el 10.5% para hablar o comunicarse, los cuales son problemas relacionados con la DI⁴.

La marginación, exclusión y estigmatización son los problemas más graves que han enfrentado las personas con DI, por lo cual han sido coartadas en su libertad en la toma de decisiones, han sido vulnerados sus derechos e incluso han sido agredidas y abusadas por personas, instituciones y profesionales del ámbito de la salud⁵. Uno de los aspectos en los que se han presentado más mitos, creencias y estigmatización es en el ámbito de la sexualidad, ya que se ha creído que las personas con DI carecen de sexualidad y que no necesitan de relaciones interpersonales⁶. Pero es importante considerar que la sexualidad no es exclusiva de las personas que no padecen esta condición, ni de la adolescencia y de los cambios fisiológicos que conlleva la pubertad, sino que la sexualidad está presente desde el momento del nacimiento y se va modelando y adaptando a lo largo de toda la vida⁷.

Se han realizado diferentes estudios en los padres, quienes son el vínculo entre la persona con DI, la sociedad y su desarrollo integral; sin embargo, en la mayoría de los casos los padres tienen que enfrentarse a situaciones desconocidas para ellos y por lo tanto a cambios en sus roles. Ellos refieren no poseer los componentes indispensables para combatir la experiencia de tener un hijo con disca-

pacidad, lo cual da como resultado variaciones en el estado de ánimo de estos padres, incluyendo sentimientos de vulnerabilidad, negación, ansiedad, sobreprotección y constante estrés⁸⁻¹¹. Los padres de personas con DI evidencian su necesidad de apoyo y orientación, ya que son más susceptibles a la falta de conocimientos de la propia discapacidad en sí, de los cuidados que requieren las personas con DI y del impacto que genera en la familia tener un integrante con esta discapacidad. Por lo tanto, empoderar, capacitar y educar a los padres es uno de los puntos más fuertes para mejorar la calidad de vida de la persona con DI^{8,10,11}.

La educación sexual es necesaria y no debe ser excluyente para ningún colectivo, aunque aún es considerada un tema tabú en el colectivo con DI, son los padres quienes son los principales proveedores de información, y más si es relacionada con este ámbito. Por ello es necesario la implementación de intervenciones de capacitación enfocadas a los padres de familia para dotarlos de conocimientos que puedan transmitir a sus hijos, y al mismo tiempo disminuir las creencias negativas hacia la sexualidad de sus hijos. La evidencia científica refiere que la implementación de capacitaciones y grupos focales sobre sexualidad dirigidos a padres genera cambios positivos en la comunicación que establecen con sus hijos, fortaleciendo la iniciativa para hablar sobre sexualidad¹²⁻¹⁷.

En el presente proyecto se buscó mejorar los conocimientos y disminuir las creencias negativas en los padres de personas con DI respecto a la sexualidad de sus hijos aplicando una capacitación *online* llamada «La sexualidad de mi hijo con discapacidad intelectual», la cual se sustentó bajo dos constructos. El primero hace referencia a los «conocimientos sobre sexualidad» y se define como el nivel de conciencia y comprensión que tienen los padres respecto a los derechos, normas, recursos de protección, afectividad, riesgos y fuentes de información sobre sexualidad respecto a sus hijos con DI¹⁸. El segundo se refiere a las «creencias», las cuales son consideradas como verdades personales, irrefutables independientemente de su veracidad y con mucho valor afectivo¹⁹; asimismo, las creencias que giran en torno al colectivo de DI en el ámbito de la sexualidad, que actualmente se consideran como negativas, ya que minimizan la expresión de la sexualidad de la población con DI²⁰.

Material y métodos

Se llevó a cabo una propuesta de mejora que constó de cinco fases: la primera fue de fundamentación, en la cual se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la problemática; la siguiente fase fue de elaboración del proyecto y planificación de actividades; la tercera fase fue de difusión, en la cual se socializó el proyecto con autoridades

institucionales y padres; en la cuarta fase se implementó el proyecto, y en la quinta se evaluó. En el proyecto participaron padres de personas con DI asistentes a una escuela de educación especial, se consideró el total de la población dado el tamaño de la institución. La población cumplió con los siguientes criterios de inclusión: que fueran padres o tutores de una persona con DI, que las personas con DI estuvieran inscritos en la institución educativa, que aceptaran participar y firmaran el consentimiento informado.

Para la obtención de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Cédula de datos sociodemográficos.
- Para la variable creencias sobre sexualidad se utilizó la «Escala de Creencias sobre Sexualidad», la cual mide lo que piensa el padre respecto a la sexualidad de su hijo o hija con DI. El instrumento está conformado por 17 reactivos con opciones de respuesta de tipo Likert que van desde «Muy en desacuerdo» a «Muy de acuerdo». La puntuación está dividida en tres intervalos: de 17 a 33 son consideradas creencias negativas, de 34-50 se clasifican como creencias intermedias, mientras que para las creencias positivas (se consideran puntuaciones que oscilen entre 51 y 68. Consta de tres dimensiones: dimensión 1, creencias hacia las relaciones afectivas/sexuales; dimensión 2, creencias hacia la maternidad/paternidad, y dimensión 3, creencias hacia la esterilización y probabilidad del abuso sexual. El alfa de Cronbach reportada por los autores fue de 0.83.
- Para la variable conocimientos sobre sexualidad, se utilizó el instrumento «Prueba de Conocimientos sobre Sexualidad», el cual mide el nivel de conciencia y comprensión que tienen los padres respecto a los derechos, normas, recursos de protección, afectividad, riesgos y fuentes de información sobre sexualidad respecto a sus hijos con DI. El instrumento consta de 21 ítems con tres opciones respuestas: verdadero, falso y no sé, donde las respuestas correctas valen 1 punto y respuestas incorrectas o no sé valen 0 puntos, lo que nos indica que a mayor puntuación, más altos conocimientos y a menor puntuación, más bajos conocimientos. Está constituido por tres dimensiones: dimensión 1, cambios físicos durante la adolescencia y métodos anticonceptivos; dimensión 2, abuso sexual, y dimensión 3, sexualidad y derechos de las personas con DI. La consistencia interna reportada por los autores es de alfa de Cronbach de 0.79.

La capacitación de enfermería, así como los instrumentos utilizados fueron elaborados por el autor del presente proyecto, con la asesoría de una investigadora en educación sexual.

La capacitación consistió en cuatro sesiones que se impartieron en el orden en que se mencionan:

1. ¿Qué es la sexualidad? Donde se abordaron algunas definiciones sobre sexualidad y todo lo que ello implica, además de profundizar sobre los principales mitos y creencias negativas sobre este ámbito, por ejemplo: que las personas con DI son asexuadas.
2. Cambios que ocurren durante la adolescencia. Cuya finalidad era proveer de conocimientos a los padres sobre el nombre adecuado de las partes íntimas de sus hijos y de cambios físicos y anatómicos durante la etapa de adolescencia, así mismo fortalecer habilidades comunicativas para hablar sobre estos tópicos.
3. Prevención del abuso sexual. Sesión en la cual se planteó lo que es un abuso sexual y cómo reconocerlo, además de hacer énfasis en los padres de cómo contribuir a que sus hijos aprendan a prevenir ser víctimas de él.
4. Masturbación. Tuvo el objetivo de proveer de conocimientos a los padres sobre cómo enseñar a sus hijos cómo, cuándo y dónde masturbarse.

Cabe mencionar que al finalizar cada sesión se asignó una «tarea» a los padres para que pudieran realizarla con sus hijos, tales como la elaboración de un *collage*, figuras de plastilina, loterías, lo cual permitió compartir sus experiencias y aprendizajes con los demás padres en la siguiente sesión, esto se realizaba por medio de un grupo de WhatsApp.

Cada sesión tuvo una duración de 45 minutos y fue impartida de manera *online* por medio de la plataforma de WhatsApp. La intervención tuvo una duración de un mes, del 1 de julio al 2 de agosto del 2020, esto debido principalmente a los retrasos provocados por la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).

Para la evaluación de los resultados se realizó un análisis estadístico de los datos obtenidos mediante estadística descriptiva, principalmente frecuencias y porcentajes, utilizando como *software* Microsoft Excel y SPSS versión 22. Referente a las cuestiones éticas se contó con un consentimiento informado dirigido a padres o tutores, basado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en la Declaración de Helsinki y en el Código Civil del Estado de Guanajuato.

Resultados

Para la implementación del presente proyecto participaron 18 padres de personas con DI, de los cuales 16 corresponden al sexo femenino y 2 al sexo masculino. Más del 44% corresponde a un rango de edad de 41-50 años (Tabla 1).

Los datos obtenidos mediante la aplicación de dos instrumentos precapacitación y poscapacitación se analiza-

Tabla 1. Características sociodemográficas de los padres de personas con discapacidad intelectual. Escuela de educación especial, Celaya, Gto. (n = 18)

	Característica	f	%
Sexo	Femenino	16	88.88
	Masculino	2	11.11
Edad	20-30	2	11.11
	31-40	2	11.11
	41-50	8	44.44
	51-60	4	22.22
	+60	2	11.11

f: frecuencia.

Fuente: Cuestionarios precapacitación y poscapacitación, 2020.

Tabla 2. Resultados de la evaluación de conocimientos sobre sexualidad, precapacitación y poscapacitación (n = 18)

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Precapacitación prueba de conocimientos	18	6	21	15.72	3.250
Poscapacitación prueba de conocimientos	18	10	20	17.50	2.431

Fuente: Cuestionarios precapacitación y poscapacitación, 2020.

Tabla 3. Conocimientos sobre sexualidad, precapacitación y poscapacitación. Prueba de signos de Wilcoxon (n = 18)

	Poscapacitación prueba de conocimientos Precapacitación prueba de conocimientos
Z	-1.925*
Sig. asintónica (bilateral)	0.054

*basado en rangos negativos.

Fuente: Cuestionarios precapacitación y poscapacitación, 2020.

ron y posteriormente se determinó el conocimiento sobre sexualidad adquirido por los padres de personas con DI, así como las creencias sobre el mismo ámbito.

En los conocimientos sobre sexualidad, en la precapacitación se obtuvo una media de 15.72 ± 3.25 , mientras que en la poscapacitación se obtuvieron valores de 17.50 ± 2.431 (Tabla 2). Al aplicar el estadístico prueba de signos de Wilcoxon a las puntuaciones obtenidas durante la precapacitación y poscapacitación se consideró como no significativa estadísticamente ($p > 0.05$) (Tabla 3).

Sin embargo, al continuar con el análisis de los resultados se encontró que la dimensión en la que mayor deficiencia de conocimientos presentaban los padres en la precapacitación es la relacionada a cambios físicos durante la adolescencia y métodos anticonceptivos con solo el 40% de ítems contestados correctamente, mientras que la dimensión con mayor porcentaje de ítems contestados correctamente fue la de sexualidad y derechos de las per-

sonas con DI, con el 85%; posteriormente, en la medición poscapacitación los datos continuaron con la misma tendencia respecto a las dimensiones descritas; sin embargo, los conocimientos aumentaron y esto se ve reflejado en el incremento del porcentaje de padres que contestó de manera correcta los ítems (Fig. 1).

Respecto a las creencias sobre sexualidad, se registró una media de 45 ± 5.901 en la precapacitación, en tanto que en la poscapacitación la media fue de 47.39 ± 6.590 (Tabla 4). Al ejecutar la prueba de Wilcoxon se alcanzó una significancia de 0.256, la cual es mayor que el valor de p (0.05), por lo tanto, aunque hubo una mejora en las puntuaciones obtenidas en la poscapacitación comparada con las de la precapacitación, se considera estadísticamente significativo (Tabla 5).

En la precapacitación, 12 de los participantes se ubicaban en la categoría de creencias intermedias y el resto en la escala de creencias positivas, posterior a la implementación de

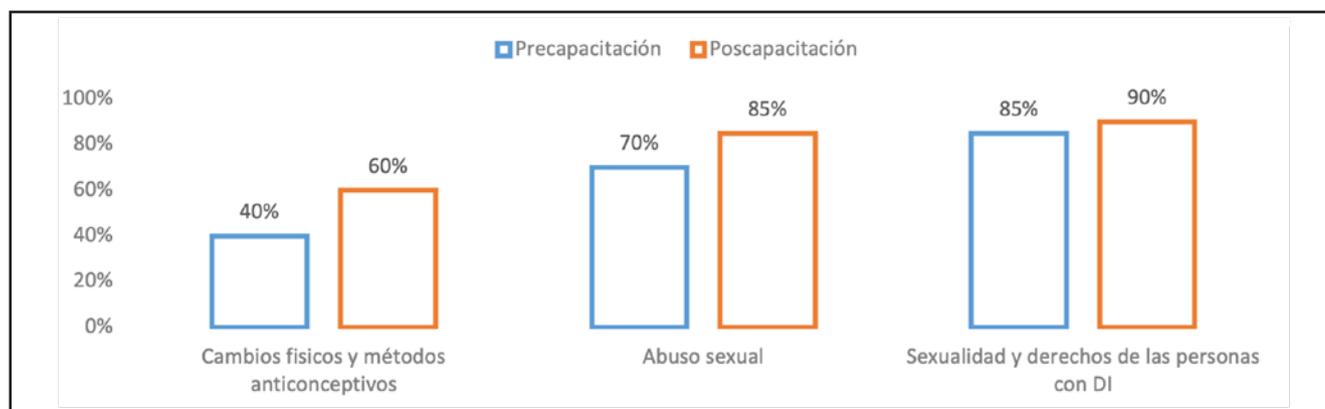


Figura 1. Comparación de los ítems contestados correctamente en la evaluación conocimientos sobre sexualidad, precapacitación y poscapacitación (n = 18). DI: discapacidad intelectual (fuente: Cuestionarios precapacitación y poscapacitación, 2020).

Tabla 4. Resultados de la evaluación de creencias sobre sexualidad, precapacitación y poscapacitación (n = 18)

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Precapacitación escala de creencias	18	34	55	45.00	5.901
Poscapacitación escala de creencias	18	32	59	47.39	6.590

Fuente: Cuestionarios precapacitación y poscapacitación, 2020.

Tabla 5. Evaluación de creencias sobre sexualidad, precapacitación y poscapacitación. Prueba de signos de Wilcoxon (n = 18)

	Poscapacitación escala de creencias Precapacitación escala de creencias
Z	-1.136 ^b
Sig. asintónica (bilateral)	0.256

Fuente: Cuestionarios precapacitación y poscapacitación, 2020.

la capacitación se puede observar que el número de participantes con creencias intermedias disminuyó, quedando solamente 9 y, por el contrario, el número de padres con creencias positivas aumentó de 6 a 9, no obstante, aunque algunos de los participantes no alcanzaron a ubicarse en la categoría de creencias positivas, sí aumentaron su puntuación posterior a la implementación de la capacitación (Fig. 2).

Se encontró que la dimensión en la cual existen más creencias negativas es la de creencias hacia la maternidad/paternidad y por otro lado donde existe mayor porcentaje de creencias positivas es en la dimensión de creencias hacia las relaciones afectivas/sexuales, lo que indica que los padres de personas con DI de este proyecto creen que sus hijos pueden tener algún tipo de relación afectiva, empero, no creen que sean capaces de ejercer la maternidad/paternidad. Continuando con el análisis de los resultados los hallazgos ponen de manifiesto que hubo un cambio respecto a las creencias, es decir, que en todas las dimensiones aumentaron su puntuación para categorizarse como creencias positivas. En primer lugar

tenemos la dimensión de creencias hacia la esterilización y probabilidad de abuso sexual, con un aumento del 5%, mientras que la dimensión creencias hacia la maternidad/paternidad tuvo un aumento del 3% y en última instancia se tiene la dimensión creencias hacia las relaciones afectivas/sexuales, con un 2% (Fig. 3).

Discusión

La sexualidad es un ámbito de gran importancia dentro del desarrollo de los individuos a lo largo de la vida, esto incluye todos los aspectos relacionados con la identidad, los roles de género, la orientación sexual, erotismo, placer y la reproducción, misma que es vivida y expresada por medio de pensamientos, fantasías, creencias, actitudes, valores, conductas y roles²¹. Como menciona Caricote Agreda²², uno de los aspectos con mayor tabú en las personas con DI es el relacionado con la sexualidad, debido a estigmas y mitos que minimizan la expresión sexual y la identidad social de este colectivo.

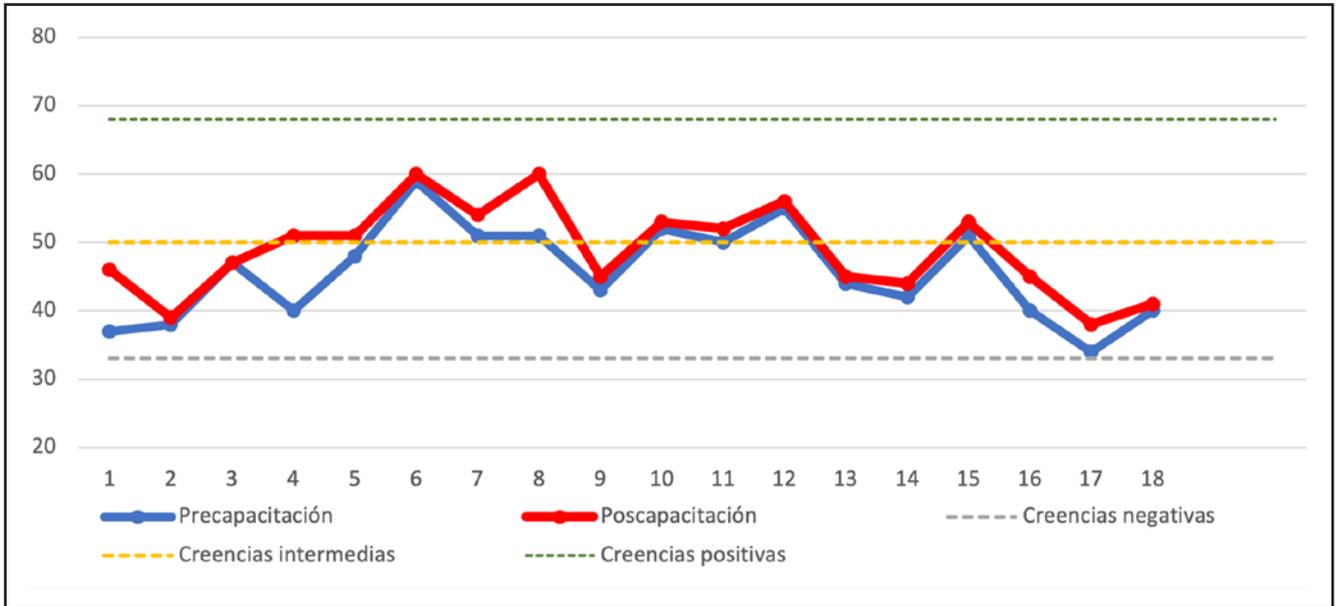


Figura 2. Comparación de las puntuaciones obtenidas en la evaluación de creencias de padres hacia la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual, precapacitación y poscapacitación (n = 18) (fuente: Cuestionarios precapacitación y poscapacitación, 2020).

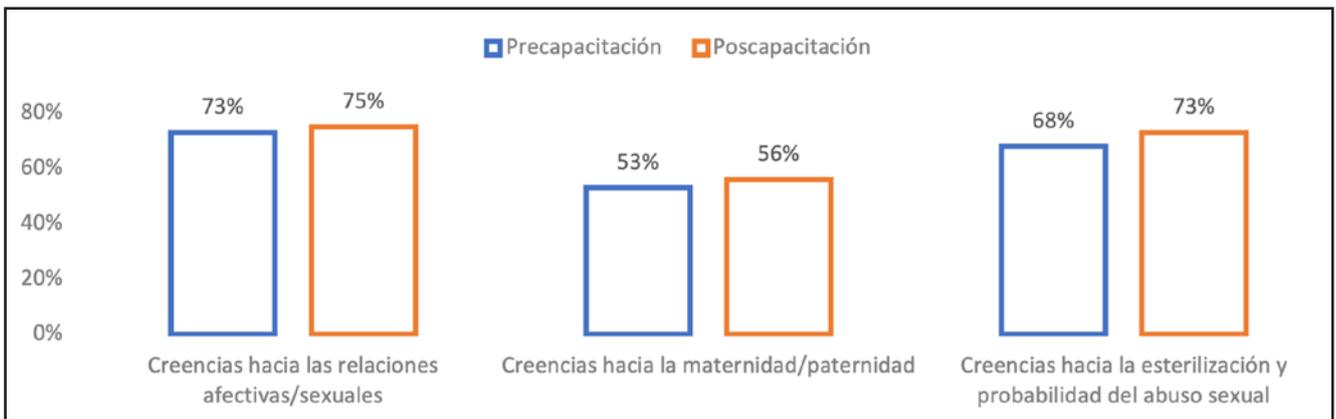


Figura 3. Comparación de las dimensiones de creencias de los padres hacia la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual, precapacitación y poscapacitación (n = 18) (fuente: Cuestionarios precapacitación y poscapacitación, 2020).

Los padres son un determinante en la influencia de las conductas sexuales de sus hijos, pero muchos no hablan sobre estos temas con ellos generalmente debido a déficit de conocimientos y creencias negativas para hablar sobre estos tópicos^{22,23}. Por lo tanto, confirmamos que la implementación de capacitaciones sobre sexualidad dirigidas a padres son un auxiliar importante para minimizar el vacío de conocimiento sobre aspectos de cambios físicos en la adolescencia y métodos anticonceptivos y creencias negativas, en especial aquellas relacionadas con la esterilización y la probabilidad del abuso sexual.

La bibliografía menciona que para cambiar una creencia es indispensable hacer uso de la psicoeducación, no obstante, también alude a cómo las personas que poseen mayor información sobre algún tema es más fácil que adquieran creencias positivas hacia algún tema o conducta^{7,10,11}; por ello, es importante la implementación de capacitaciones y

formación de redes de apoyo entre los padres para que compartan sus experiencias y conocimientos, y esto contribuya a que otros padres puedan hablar con sus hijos sobre estos temas sin temor y con información pertinente^{23,24}. Por lo anterior es importante seguir capacitando a los padres de personas con DI, para seguir fortaleciendo los esfuerzos en seguir mejorando la calidad de vida de este colectivo.

Conclusiones

La propuesta de mejora cumplió con el objetivo de aumentar en los padres los conocimientos y las creencias positivas sobre sexualidad en personas con DI. Y se espera que con ello sea posible disminuir la brecha de desigualdad y estigmatización que se tiene hacia el ámbito de la sexualidad de personas con DI y con ello mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Es importante mencionar la relevancia de promover la preparación, capacitación y formación de profesionales de la salud en el ámbito de la sexualidad de las personas con DI, ya que es un grupo poblacional que debido a su condición requiere un abordaje especial en esta temática.

Otro aspecto importante fue la creación de redes de apoyo entre los padres participantes y docentes de la institución educativa, con la finalidad de compartir experiencias y enriquecer el aprendizaje.

Dentro de las recomendaciones para mejorar el programa, se propone lo siguiente: que sea llevado a cabo de manera presencial, ya que sería más fácil aclarar dudas y atender comentarios; incluir más sesiones enfocadas a las creencias, ya que con esta capacitación se identificó que algunas de las veces los padres sí poseen conocimientos sobre la sexualidad de sus hijos, sin embargo, son los mitos y creencias negativas los que reprimen el adecuado ejercicio de la sexualidad de las personas con DI, y seguir realizando intervenciones de esta índole, ya que los padres de cierta manera se sienten olvidados por el personal de salud.

Algunas limitantes que se presentaron durante la implementación de la capacitación fueron: falta de participación de algunos padres, quizás por lo sensible de la temática, falta de tiempo por algunos de los participantes, y problemas con las diferentes plataformas, debido a la falta de habilidad de algunos participantes con los dispositivos móviles.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las autoridades y a los padres de familia de la institución educativa por otorgar las facilidades para el desarrollo del proyecto.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimos de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos 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 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

- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5.ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Organización Panamericana de Salud. Discapacidad [Internet]. [Citado 10/02/20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
- Rea Amaya AC, Ampudia Rueda A, García Méndez M. Caracterización de los conocimientos de las madres sobre la discapacidad de sus hijos y su vínculo con la dinámica familiar. *Act Colomb Psicol.* 2014;17(1):91-103.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos INEGI [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2018 [consultado: 24/09/2020]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- Schalock RL. La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Siglo cero.* 2013;40(1):22-39.
- Gomiz Pascual MP. La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Rev Esp Discapac.* 2016;4(2):123-42.
- Guevara Benítez Y, Robles Montijo SS, Rodríguez Cervantes M, Frías Arroyo B. Comunicación con padres, comportamiento sexual e indicadores de abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad visual. *Psychol Av Discip.* 2016;10(1):79-90.
- Fuenzalida Ríos I, Penelo E, Brun Gasca C. Estilos educativos y psicopatología en niños y adolescentes con discapacidad intelectual de Chile y España. *Quaderns de Psicologia.* 2017;19(1):101-12.
- Sánchez Escobedo P. Discapacidad, familia y logro escolar. *Revista Iberoam Educ.* 2014;20(2):1-10.
- Suria Martínez R. Análisis del empoderamiento en padres y madres de hijos con discapacidad. *Bol Psicol.* 2014;110(1):83-97.
- Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 [Internet]. México: Gobierno de México; 2013 [consultado: 11/02/2020] Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualReproductivaAdolescentes_2013_2018.pdf
- Ríos Becerril J, Cruz Bello P, Becerril Amero P, Maldonado González V. Intervención educativa de enfermería sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Rev Enferm IMSS.* 2016;24(1):51-4.
- Michelle Fernández A, Negrón McFarlane M, González R, Díaz, Betancourt-Díaz E. Actitudes hacia la comunicación sexual entre padres/madres y adolescentes en Puerto Rico. *Rev Puertorriquena Psicol.* 2017;28(1):80-95.
- Orcasita Pineda LT, James C, Montenegro Céspedes JL, Garrido Ríos D. Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Rev Colomb Psicol.* 2018;27:41-53.
- Arellano Torres A, Peralta López F. Autodeterminación personal y discapacidad intelectual: un análisis desde la perspectiva de las familias. *Siglo cero.* 2015;46(3):106-14.
- Gil Llarío MD, Díaz Rodríguez I, Ceccato R, Ballester Arnal R, Giménez García C. Conocimientos, actitudes hacia la orientación sexual, comportamientos de riesgo y abusos sexuales en mujeres con discapacidad intelectual. *INFAD [Internet].* 2014;2(1):397-406. Disponible en: <http://infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAE/article/view/455>
- Acosta Morales AB. Proyecto interdisciplinario multifuncional para padres, maestros y estudiantes con retardo mental, orientado a incorporar el aprendizaje de educación sexual en la formación de esta población [tesis de grado de maestría en Internet]. [Ambato, Ecuador]: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Facultad de Educación y Comunicación; 2015. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/553/1/TUAEXCOMMGE002-2015.pdf>
- Polanco Valenzuela M, Martín Ayala JL. Conocimientos, actitudes y prácticas de familias de adolescentes con discapacidad cognitiva en sexualidad y afectividad. *Divers Perspect Psicol.* 2017;13(2):187-99.
- Nespor J. The role of beliefs in the practice of teaching. *Journal of Curriculum Studies.* 1987;19(4):317-28.
- Bárcena S, Robles S, Díaz-Loving R. El papel de los padres en la conducta sexual de sus hijos. *Acta Investigación Psicol.* 2013;3(1):956-68.
- Aya Gómez V, Córdoba L. Asumiendo juntos los retos: calidad de vida en familias de jóvenes con discapacidad intelectual. *Riberdis.* 2013;61(2):155-66.
- Caricote Agreda E. La sexualidad en la discapacidad intelectual. *Ensayo. Educere.* 2012;16(55):395-402.
- Castillo Arcos LC, Álvarez Aguirre A, Valle Solís MO, Hernández Rodríguez VM. Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *Ciencia UANL.* 2016;73:44-50.
- Bárcena S, Romano H, Guzmán G. Comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad. *Integra2 Revista Electrónica de Educación Especial y Familiar [Internet].* 2018;2:47-64. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Susana-Barcena/publication/342751992_INTEGRA2_REVISTA_ELECTRONICA_DE_EDUCACION_ESP_ECIAL_Y_FAMILIA_Comunicacion_sobre_Sexualidad_en_Padres_de_Hijos_con_Discapacidad_1_Communication_on_Sexuality_in_Parents_of_Children_with_Disabilities/links/5f04e3e192851c52d6205c54/INTEGRA2-REVISTA-ELECTRONICA-DE-EDUCACION-ESP-ECIAL-Y-FAMILIA-Comunicacion-sobre-Sexualidad-en-Padres-de-Hijos-con-Discapacidad-1-Communication-on-Sexuality-in-Parents-of-Children-with-Disabilities.pdf