

Edición ESPECIAL **SALUD JALISCO**

Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco

Editorial

Artículos Originales

- Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y su interpretación con teorías humanistas en estudiantes de enfermería
- Determinación social del riesgo cardiovascular
- Impacto de un programa de educación para la salud promoviendo conductas de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 en el estado de Oaxaca
- Nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles
- Factores de riesgo para morbilidad, en un grupo de motociclistas del estado de Oaxaca

Artículo de revisión

- El sarampión: Enfermedad re-emergente. (S.L.P., Oaxaca, Jalisco)
- Integración al domicilio de una mujer hospitalizada con dificultad de la expresión verbal por sordera

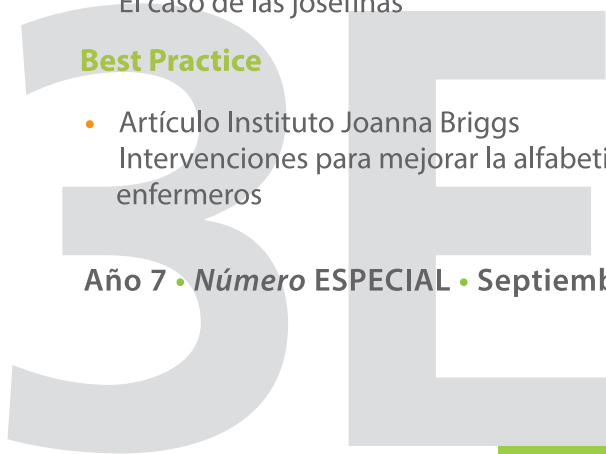
Cultura médica

- Saberes en resistencia: La incursión de enfermeras católicas durante la revolución mexicana, 1913-1919
El caso de las josefinas

Best Practice

- Artículo Instituto Joanna Briggs
Intervenciones para mejorar la alfabetización en investigación en enfermeros

Año 7 • Número ESPECIAL • Septiembre de 2020



Cada año
los adultos mayores
deben vacunarse
contra
la influenza.
Es segura
y gratuita.

Sigue la **Ruta de**
la Vacuna y protégete



Servicios de
Salud Jalisco



Salud



Servicio de Salud Jalisco DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Fernando Petersen Aranguren

Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Jalisco

OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. José de Jesús Méndez de Lira

Director del OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Arturo Múzquiz Peña

Director General de Planeación y Evaluación Sectorial, SSJ.

Dr. Ana Gabriela Mena Rodríguez

Encargada de la Dirección General de Prevención y Promoción a la Salud, SSJ.

Dr. Eduardo Vázquez Valls

Director de Generación de Recursos Profesionales, Investigación y Desarrollo

Lic. María Abril Ortiz Gómez

Directora General de Asuntos Jurídicos, Estudios Legislativos y Transparencia, SSJ.

Dr. Héctor Hugo Bravo Hernández

Director General de Salud Municipal, SSJ.

Mtra. Gabriela Serratos Fernández

Directora General de Administración OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Michel Bureau Chávez

Encargado de la Dirección Médica del OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Jaime Álvarez Sayas

Coordinador Especializado de Regiones Sanitarias OPD Servicios de Salud Jalisco

Ingeniero Biólogo Francisco Javier Aceves Aldrete

Director Hospitales

COMITÉ EDITORIAL

Director-Editor

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Administrador

Ricardo Flores Calleros

Distribución Nacional

Gregorio Ramos Robles Gil

Editores Asociados

Dr. Rafael Rivera Montero

Médico Pediatra experto en Bioética

Dr. Dionisio Esparza Rubio

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

Dr. Víctor Javier Sánchez González

Centro Universitario de los Altos

Universidad de Guadalajara

Mtra. Mercedes del Socorro Oliva González

Editor Jr.

Editores Locales

Dr. Mario Salazar Páramo

Profesor Investigador CUCS-U. de G.

Dr. Julio Enrique Martínez Merino

Coordinador de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria II

Dr. Catalina Figueroa García

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria IX

Dr. Ana Isabel Aguilar Lomeli

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XI

Mtra. Xóchitl Fernández Olvera

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XII

Dr. Marcos Noé Jiménez Laríz

Coordinador de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XIII

Dr. Bernardo Carrillo Barocio

COPRISJAL

Dr. Efraín Andrade Villanueva

Jefe de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética del Hospital General de Occidente

Dr. Víctor M. Tarango Martínez

Asesor de Desarrollo Institucional del

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"

Secretaría de Salud Jalisco

Mtra. Martha Cecilia Mercado Aranda

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional Puerto Vallarta

SaludJalisco Año 7, No. Especial 3, 2020. Es una publicación cuatrimestral editada por Servicios de Salud Jalisco, calle Dr. Baeza Alzaga 107 Zona Centro, Guadalajara, Jalisco, México. C.P. 44100. Tel: 30305000 ext. 35084. correo electrónico: revista.saludjalisco@gmail.com, Editor responsable. Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2015-062913055200-102. ISSN: 2428-8747, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Certificado de Licitud de Título y de Contenido en trámite, este último lo otorga la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Diseñada e impresa en México en la dirección de Publicaciones del Gobierno del Estado de Jalisco. Av. Prol. Alcalde1351, 1er Piso del Edificio C, Unidad Administrativa Estatal, Col. Miraflores, C.P. 44270, Guadalajara, Jalisco, México. Este número se terminó de imprimir el 5 de septiembre de 2020 con un tiraje de 1,500 ejemplares. El contenido y las fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total sólo podrá hacerse previa autorización del editor de la revista. Toda correspondencia debe ser dirigida al editor responsable, Correo electrónico: revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx

SALUDJALISCO, ya se encuentra indizada en:



Editores Nacionales**Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo**

ExPresidente de la Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Leopoldo Vega Franco

Fundador de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC)

Editores Internacionales**Dr. Radhamés Hernández Mejía/España****Dra. Dafna Feinholz Klip**

Directora de Bioética de la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO)

Reinaldo Godoy Novoa/Venezuela**Thankam Sunil, Ph.D., MPH/Universidad de Texas en San Antonio****Consejo Editorial****Dr. Ana Gabriela Mena Rodríguez****Dr. Eduardo Vázquez Valls****Dr. José Alfonso Gutierrez Padilla****Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias****Comité Científico****Dr. Ana Gabriela Mena Rodríguez**

Encargada de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Jalisco

Dr. Eduardo Vázquez Valls

Director de Generación de Recursos Profesionales, Investigación y Desarrollo

Dr. José Alfonso Gutiérrez Padilla

Director de Investigación Estatal

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Director-Editor de la Revista "SaludJalisco"

Dr. Roberto Carlos Rivera Ávila

Encargado del Departamento de Epidemiología Estatal SSJ

Dr. Rafael Santana Ortiz

Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, A.C.

Mtro. Jorge Laureano Eugenio

Asesor y promotor de investigación SSJ

Dr. Manuel Alejandro Barajas Zambrano

Director del Hospital General de Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre

Reumatólogo del Hospital General de Occidente

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Dra. María del Rocío Ferrusco Ontiveros

Director del Instituto Dermatológico de Jalisco

Dr. Hiran Osiris González Gutiérrez

Director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

Dr. José Enrique Cabañas Vázquez

Director del Instituto Jalisciense de Cancerología

Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva

Director General OPD Hospitales Civiles

Dr. José Sánchez Corona

Director del Centro de Investigación Biomédica de IMSS

Dr. Daniel Ojeda Torres

Jefe de Atención Médica de la Delegación Estatal del ISSSTE Jalisco

Dr. en C. José Francisco Muñoz Valle

Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

Dr. Jorge Tellez Lopez

Rector del Centro Universitario de la Costa

Mtra. Karla Alejandrina Planter Pérez

Rector del Centro Universitario de los Altos

Universidad de Guadalajara

Dra. Patricia Bustamente Montes

Decana de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de

Guadalajara

Dr. en C. Roberto Anaya Prado

Director de Educación e Investigación Corporativo Centro Médico Puerta de Hierro.

Dra. en C. Gabriela Vázquez Armenta

Decana Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Región Occidente, Tecnológico de Monterrey

Lic. Psic. Karla Fernanda Mungaray Peralta

Rectora de la Universidad del Valle de México Campus Zapopan

Mtro. Jorge Eduardo Rodríguez Salazar

Rector de la Universidad Cuauhtémoc-Campus Zapopan

Lic. Luis López Villaseñor

Rector de la Universidad Lamar

Pbro. Lic. Francisco Ramírez Yáñez

Rector de la Universidad del Valle de Atemajac

Mtro. Humberto Asael Trigueros Guzmán

Coordinación Especializada de Regulación y Calidad

Dra. Gabriela López Armas

Directora del Laboratorio de Salud Pública Centro Estatal de Laboratorios

Dr. Francisco Martín Preciado Figueroa

Comisionado de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL).

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia

Directora General del Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar

Lic. Ana Sofía Covarrubias Marrufo

Encargada del Despacho del Departamento de Capacitación y Desarrollo, OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Manuel Sandoval Díaz

Coordinador Estatal de Micobacteriosis, SSJ

Dr. Noé Alfaro Alfaro

CUCS-UdeG

Dra. En Cs. Blanca Miriam de Guadalupe Torres Mendoza

Profesor investigador Titular CUCS-U. de G.

† C. Rubén Acosta García

Depto. de Investigación SSJ

CONTENIDO

Editorial	4
Artículos Originales	
Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y su interpretación con teorías humanistas en estudiantes de enfermería	6
Gutiérrez-Campos M. de J., Cabral-de la Torre M. del R., Hernández-Esparza C.L., Morales-Pérez F., Martínez-Villagrán I.B., Verduzco-Brambila I. A.	
Determinación social del riesgo cardiovascular	16
Vergara-Lema N., Correa-Giraldo D.K., Moreno-Gutiérrez C.A., Mercado-Cerda J.I., Basto-Hernández G.J., Jairo-Ocampo J.	
Impacto de un programa de educación para la salud promoviendo conductas de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 en el estado de Oaxaca	24
Sánchez-Chávez N.P., Reyes-Gómez U., Reyes-Hernández K.L., Matos-Alviso L.J., Reyes-Hernández M.U., Cuevas-López L.L., Peñuela-Olaya M.A. Chávez-Solano L., Cervantes-García M.C., López-Cruz G., Quero-Hernández A.	
Nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles	31
Díaz-Rentería M.G., Díaz-Díaz G.J., Soto-García A.N., Campa-Aguilera K.C., Ulloa-Ruvalcaba N., Medina-González M.G., Rodríguez-Hernández J.J., Sánchez-González V.J.	
Factores de riesgo para morbilidad, en un grupo de motociclistas del estado de Oaxaca	38
Sánchez-Chávez N.P., Reyes-Gómez U., Reyes-Hernández K.L., Mejía-Mejía Y., Reyes-Hernández M.U., Matos-Alviso L.J., Reyes-Hernández P.O., López-Cruz G., Quero-Hernández A., Vargas-Vallejo M.P.	
Artículo de revisión	
El sarampión: Enfermedad re-emergente. (S.L.P., Oaxaca, Jalisco)	46
Matos-Alviso L.J., Reyes-Gómez U., Sánchez-Chávez N.P., Romero-Feregrino R., Comas-García A., Reyes-Hernández K.L., Pérez-Ortega F.P., Reyes-Hernández M.U., Guerrero-Becerra M., Luévanos-Velázquez A.	
Reporte de Caso	
Integración al domicilio de una mujer hospitalizada con dificultad de la expresión verbal por sordera	57
Reyes-Sánchez R.A., Martínez-Pérez E., Coronado-Ramírez J.F., Loza-Rojas M. G., Solórzano-López R.G.	
Cultura médica	
Saberes en resistencia: La incursión de enfermeras católicas durante la revolución mexicana, 1913-1919. El caso de las josefinas	62
Monterrubio-García G.E., Fernández-Olvera X.	
Best Practice	
Artículo Instituto Joanna Briggs	
Intervenciones para mejorar la alfabetización en investigación en enfermeros	76
Sonia-Hines, Joanne-Ramsbotham, Fiona-Coyer, Lucylynn-Lizarondo.	

EDITORIAL

Apreciable lector, es un gusto presentar a usted el editorial del tercer número Especial de la revista “Salud Jalisco”, principalmente por tratarse de un ejemplar conmemorativo dedicado a una profesión con alto grado de humanismo, vocación y profesionalismo, me refiero a la enfermería. Sea bienvenido a este recorrido que incluye cinco artículos originales, un artículo de revisión, un reporte de caso y un artículo sobre cultura médica, que además de interesantes, contienen un alto valor técnico y científico.

En el primer artículo original Gutiérrez-Campos y colaboradores, pertenecientes al cuerpo académico de la Universidad de Guadalajara nos presentan un muy pertinente estudio transversal realizado en más de dos mil estudiantes de enfermería sobre determinantes del comportamiento suicida, con una propuesta metodológica basada en dimensiones, caracteriza objetivamente sus resultados, además incorpora propuestas concretas mediante enfoque humanista e impone enfáticamente su evidencia para considerar a este fenómeno como un problema de salud pública. El segundo artículo original es una colaboración universitaria internacional México-Colombia, presentada por Vergara-Lema, Correa-Giraldo y colaboradores con un estudio descriptivo cuanti cualitativo aplicado en la localidad de Pereira-Risaralda en Colombia sobre la relación de riesgo cardio vascular y los determinantes sociales, el trabajo además nos brinda una perspectiva de proyección de impactos y muy interesantes resultados.

El siguiente artículo, colaborativo entre la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, el Instituto San Rafael de San Luis Potosí y el Instituto Universitario Carl Roger, donde Sánchez-Chávez y colaboradores evalúan el impacto de un programa de educación para el autocuidado de la salud en pacientes con Diabetes tipo 2; de tipo exploratorio, longitudinal, mediante entrevistas estructuradas, analiza el conocimiento de la enfermedad y su autocuidado; con un universo de más de 800 pacientes los resultados enfatizan la necesidad de fortalecimiento en la Atención Primaria a la Salud.

El artículo “Nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles” en el cual Díaz-Rentería y colaboradores del Centro Universitario de los Altos (CUALTOS) plantean medir y analizar a través de la escala Partners in Health, 12 ítems y 3 dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de los signos y síntomas; es un claro ejemplo que vinculado con los resultados del artículo anterior, evidencia la apremiante obligación de replantear los métodos de comunicación en salud pública.

El quinto artículo original trata de un estudio descriptivo con entrevistas estructuradas para motociclistas; Sánchez-Chávez y colaboradores exploran la hipótesis de conocimiento y percepción de riesgo en este grupo blanco, alerta que un levantamiento aleatorio el 33% de los conductores son adolescentes; un significativo trabajo que, aunque la muestra

es del Estado de Oaxaca, debería servir de referencia para replantear las leyes competentes al permiso de manejo y las medidas preventivas aplicadas en el transporte motorizado.

Este ejemplar cuenta con un artículo de revisión sobre sarampión a cargo de Matos-Alviso y colaboradores; un recorrido por su etiología, epidemiología, patogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico por laboratorio y diagnósticos diferenciales, complicaciones, por supuesto la vacunación y reacciones adversas, permite al lector refrescar los conocimientos científicos actuales que se tiene al respecto de esta enfermedad re-emergente.

En este punto, estimado lector, le invito a conocer un interesantísimo reporte de caso en el cual Reyes-Sánchez y colaboradores del Departamento de Enfermería Clínica Aplicada del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, documentan la aplicación del proceso enfermero a una mujer hospitalizada con dificultad de la expresión verbal por sordera; un camino de valoración clínica, establecimiento de diagnósticos de enfermería y priorización de detecciones, plan de cuidados, reporte de ejecución y evaluación de resultados; es sin duda una lectura recomendada para todo profesional de la salud en formación dentro de ésta área.

Y como cierre de este número especial le recomiendo maridar con un buen café, un sitio tranquilo y disfrutar del espacio de cultura médica con el artículo sobre la incursión de enfermeras católicas durante la revolución mexicana, acompañe a las Hermanas Josefinas a través de esta travesía histórica, un escrito de redacción envolvente que traslada la imaginación a la época.

Por último, extendiendo una especial felicitación al comité editorial y demás colaboradores por hacer realidad este espacio de divulgación científica. Nuestro reconocimiento y siempre agradecimiento a las y los grandes seres humanos que ofrecen su destino a la enfermería, “lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él” Florence Nightingale”.

Dr. Angel Israel Nuño Bonales

Director de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Jalisco, Médico Adscrito a la Unidad de Inteligencia Epidemiológica del OPD. Hospital Civil de Guadalajara, Presidente del Colegio Jalisciense de Salud Pública.

Artículo original

Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y su interpretación con teorías humanistas en estudiantes de enfermería

Gutiérrez-Campos M. de J.(1), Cabral-de la Torre M. del R.(1), Hernández-Esparza C.L.(1), Morales-Pérez F.(1), Martínez-Villagrán I.B.(2), Verduzco-Brambila I. A.(2).

(1) Docentes pertenecientes al Cuerpo Académico CA-665 Enfermería y su Práctica Profesional, UdeG.; (2) Docente de Departamento de Enfermería para la Atención, Desarrollo y Preservación de la Salud Comunitaria, UdeG.

Resumen

Antecedentes: El suicidio es un problema mundial propiciado principalmente por sentimientos como la frustración, pérdida de valores como la dignidad, el respeto a sí mismo y al prójimo. Los jóvenes universitarios se encuentran en una etapa “vulnerable” para el desarrollo de conductas de riesgo suicida, que implica profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, en gran medida generadoras de crisis conflictos y contradicciones. **Material y Métodos:** En un estudio transversal se incluyeron 2,624 estudiantes de enfermería donde se aplicó la Evaluación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA) conformado de 107 preguntas en 8 dimensiones del comportamiento suicida: factores de riesgo suicida no modificable, modificable, depresión-ansiedad, ideación suicida, factores precipitantes, creencias y protectores al suicidio. **Resultados:** La historia de intento suicida (HIS) se presentó en el 20% y 61% refirió tener ideación suicida. Los estudiantes con HIS tuvieron significativamente mayor frecuencia de factores de riesgo vs estudiantes sin HIS; la proporción de factores protectores fue significativamente mayor en aquellos sin HIS. La mayor frecuencia con HIS se mostró entre 20 a 25 años, en el sexo femenino y en las carreras presenciales. **Conclusiones:** Los resultados muestran que el comportamiento suicida en estudiantes de enfermería del CUCS, UDG, debe ser considerado un problema de salud pública; el enfoque humanista permite percatarnos de un vacío existencial y la carencia de un sentido de vida para enfrentar las demandas de la sociedad moderna que limitan el desarrollo del potencial humano para cubrir necesidades básicas de la convivencia humana y la autorregulación.

Palabras claves. Factores de riesgo, suicidio, comportamiento suicida, estudiantes, sentido de vida.

Abstract

Background: Suicide is a global problem caused mainly by feelings such as frustration, loss of values such as dignity, respect for oneself and others. University students are in a “vulnerable” stage for the development of suicidal behaviors, which implies profound biological, psychological and social transformations, largely generating crises, conflicts and contradictions. **Methods:** In a transversal study included 2,624 nursing students where the Suicide Risk Assessment in Adolescents (IRSA) was applied, consisting of 107 questions in 8 dimensions of suicidal behavior: non-modifiable suicide risk factors, modifiable suicide risk factors, depression-anxiety, suicidal ideation, precipitating factors, beliefs and protective of suicide. **Results:** The history of suicide attempts (SIS) was presented in 20% and 61% reported having suicidal behavior. Students with SU had significantly more risk factors than students without HIS; the proportion of protective factors was significantly higher in those without HIS. The highest frequency with HIS was shown between 20 to 25 years, in the female sex and in the face-to-face careers. **Conclusions:** The results show that suicidal behavior in nursing students at CUCS, UDG, should be considered a public health problem; The humanist approach allows us to notice an existential vacuum, and a lack of lives sense to meet the demands of modern society that limit the development of human potential to meet the basic needs of coexistence and human self-regulation.

Keywords. Risk factors, suicide, suicidal behavior, students, sense of life.

Introducción

A los jóvenes universitarios, en particular los estudiantes de la carrera de enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), los podemos situar en una etapa del ciclo vital humano, entre la adolescencia y adulto joven. A través de la historia, esta etapa se ha considerado “vulnerable” para el desarrollo de conductas de riesgo de suicida, que implica profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, en gran medida generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.

Los avances científicos y tecnológicos de las sociedades modernas están cambiando la “tarea de ser de los adolescentes”: Mientras se privilegian los logros individuales y la competitividad, al mismo tiempo propician la pérdida de valores como la dignidad, el respeto a sí mismo y al prójimo (Montes Sosa, 2009). Lo anterior, puede condicionar en los adolescentes la sensación de vacío existencial, pérdida del sentido de vida, falta de corresponsabilidad con el otro para la realización de la tarea común del crecimiento personal.

El humanismo es una respuesta vigente a la problemática del suicidio en el adolescente: enfatiza que la comprensión del ser humano debería de ser integral en el desarrollo del potencial humano. (Lafarga J, 2013).

Planteamiento del problema

El comportamiento suicida de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideran que es un problema de salud pública en todo el mundo.

La falta de acceso a la atención adecuada es uno de los factores que aumentan el estigma con el comportamiento suicida; el cual puede asociarse con la falta de conocimiento sobre el tema. Una de las formas de abordarlo es mediante programas educativos basados en la comunidad y dirigidos a grupos específicos de riesgo.

La mayoría de los suicidios pueden prevenirse. La OMS aconseja, entre otras cosas, reducir el acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego); tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia; realizar un seguimiento de los pacientes que intentaron quitarse la vida; fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación; y capacitar a los profesionales de la atención primaria de

salud para la detección y manejo del comportamiento suicida (OMS/OPS, 2013).

Magnitud del suicidio en el mundo (OMS/OPS, 2013)

- 250 mil suicidios anuales son de adolescentes y jóvenes menores de 25 años.
- 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue.

Magnitud del suicidio en América (OMS/OPS, 2013)

- El suicidio ocupa el lugar número 20 entre todas las causas de mortalidad en América.
- La mortalidad por suicidio es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Entre otros factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes para el desarrollo de una conducta suicida es la presencia de depresión, consumo de alcohol, drogas y un aspecto relevante podría ser la desesperanza para seguir viviendo (Ocampo R, 2009, Garlow J, 2008).

Todo lo anterior muestra que el suicidio en adolescentes es un grave problema de salud pública y que en gran medida puede ser prevenible, si se identifica el perfil de riesgo de los estudiantes y se interviene de manera efectiva en la modificación de los factores de riesgo.

Con base en lo anterior, se puede plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara?

Justificación

La determinación del comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de Enfermería del CUCS de la Universidad de Guadalajara (U de G), es esencial para elaborar y sustentar una propuesta que permita identificar, entender y explicar los factores que pueden prevenir, propiciar o evitar el intento o ejecución de un suicidio en una población tradicionalmente vulnerable a exposiciones externas e internas. Desde la perspectiva del desarrollo humano (Lafarga J, 1992), el fenómeno del suicidio podría ser explicado mediante una participación multidisciplinar y por el principio que considera que todo ser humano es capaz de promover su crecimiento; considera a la persona de manera integral y al mismo tiempo explica los mecanismos básicos para promover los valores como una responsabilidad individual y colectiva.

Es importante mencionar que no existe un registro de suicidio propio de la U de G y por tanto no se puede evidenciar la magnitud del problema en los estudiantes. Aunque, aún no se han documentado con una investigación rigurosa los factores de riesgo, ni de la frecuencia del suicidio en estudiantes de la U de G, datos empíricos muestran que los estudiantes (generalmente adolescentes) constituyen una población vulnerable y están expuestos a diversos factores de riesgo: drogadicción, tabaquismo y abuso de alcohol, ambiente escolar, falta de apoyo escolar, presencia de Bulling, inadecuado manejo de emociones, relaciones de pareja disfuncionales en el enamoramiento, embarazo no deseado, disfunción y falta de apoyo familiar, entre otros (Ocampo R, 2009, Garlow, 2008).

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Marco conceptual del suicidio

Las concepciones erróneas que la gente tiene sobre el suicidio dificultan más el abordaje científico, por lo que es necesario hacer algunas precisiones conceptuales antes de exponer una visión general sobre el tema.

La aplicación del término a conductas diversas y las múltiples consideraciones sobre el suicidio sólo han contribuido al incremento de la dispersión conceptual. Shneidman (1973) expone algunas dificultades que giran en torno al suicidio. La primera se refiere al hecho de que la palabra “suicida” se aplica indistintamente a la persona que ha cometido, intentado y pensado en el suicidio. La segunda confusión se relaciona con la temporalidad de acto y se aplica el concepto de “suicida” para designar tanto a una persona que cometió suicidio en el pasado, como para definir a una persona que en el momento presente comete un acto suicida. La tercera confusión se relaciona con el propósito, es decir, la intención del acto.

El término suicidio y suicida es relativamente nuevo (Clemente y González 1996), algunas fuentes lo ubican en Gran Bretaña en el siglo XVII, otras en Francia en el siglo XVIII, tradicionalmente se ha defendido que la palabra tuvo su origen en el abate Prévost en 1734, de quien la retomó el abate Desfontaines 1737 y Voltaire y los enciclopedistas.

La academia francesa de la lengua la incluyó en 1762 como “el acto del que se mata a sí mismo” y el Diccionario de la

Real Academia Española en la quinta edición publicada en 1817 con una etimología latina paralela a la de homicida, *Sui* (de sí mismo) y *Cadere* (matar) “*Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente*”.

Algunos autores como Pokorny (1986) proponen el término “suicidio consumado” para la muerte por suicidio y “conducta suicida” para una serie de términos relacionados como tentativa suicida, ideación suicida, amenaza, etc. En tanto que autores como Van Egmond y Diekstra (1989) en: Villardón GL, (1993) se adhieren al concepto de “Parasuicidio” acuñado por Kreitman en 1969 citado en: (Sarró, 1984) al considerar que el suicidio posee una intencionalidad de morir que no tienen todas las conductas autodestructivas, y por lo tanto el parasuicidio supone un comportamiento autolesivo para el sujeto pero conscientemente no mortal, en tanto que el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido. En este sentido el parasuicidio es equivalente al concepto de “gesto suicida” que utilizan otros teóricos.

En 1980 Farberow acuña los conceptos de Conducta Autodestructiva directa (CAD) y Conducta Autodestructiva Indirecta (CAI) en la primera aglutina todas aquellas que suponen una conducta autolítica consciente e intencionada, se busque o no la muerte. Las CAI integrarían todas las conductas que Shneidman (1985) clasificó como “sub-intencionadas” para identificar aquellas muertes en las que el sujeto inconscientemente influye para acelerar su muerte.

Estas diversas formas de clasificar la conducta suicida se pueden agrupar de acuerdo con Ellis (1988) en: la dimensión descriptiva, la dimensión situacional, la categoría psicológico-conductual y la teleológica. Y, para conocer más objetivamente un acto suicida hay que tener en cuenta los aspectos de letalidad, certeza, intencionalidad, circunstancias atenuantes y método lesivo utilizado (Pokorny, 1986). Sin embargo, considero que cada acto suicida es un acto único que tiene su historia y sólo se entiende y explica desde el acto y el actor mismo.

Por razones prácticas a lo largo del texto e independientemente de hacer en su momento la definición conceptual referida a variable, se utilizará el término de “conducta suicida” para una denominación general incluyente; y en situaciones necesarias del uso del concepto específico, utilizaré “suicidio” para indicar suicidio consumado, “tentativa suicida” para hacer referencia al acto fallido independientemente de la causa o forma, “conducta parasuicida” a toda la conducta sin la intencionalidad consciente de provocarse la muerte.

ENFOQUES HUMANISTAS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE

Frankl Viktor, 1946

El enfoque humanista-existencial dentro de la psicología representa una “tercera fuerza” (Maslow, 1968), visto por muchos autores como una teoría más apegada a la naturaleza filosófica, por tratar entre sus líneas los valores, la naturaleza de la condición humana, condenar el uso de etiquetas diagnósticas, por ser vistas como objetables, que sólo sirven como encasillamiento del ser humano y obturan la relación terapéutica, además de preferir un punto de vista holístico de la persona.

La teoría humanista afirma que nos impulsa una motivación positiva y que avanzamos hacia niveles superiores de funcionamiento, es decir; que la existencia humana no se limita tan sólo a resolver conflictos latentes, sostiene que las realidades personales son productos de experiencias y perfecciones únicas, además, el cosmos subjetivo de un individuo es más importante que los eventos por sí mismos, por lo que para entender por qué las personas se comportan como lo hacen, los humanistas deben reconstruir el mundo desde los ojos del individuo.

Carls Rogers, 1980

Uno de los principales representantes del humanismo, Carl Rogers sostuvo que el hombre y la mujer desarrollan su personalidad en torno a metas positivas; todo organismo nace con ciertas capacidades y potencialidades innatas, “una especie de proyecto genético al que agrega sustancia a medida que avanza la vida” (Maddi, 1989). La meta de la existencia humana es potencializar sus habilidades para convertirse en lo mejor que está intrínsecamente capacitado. Tendencia a la realización es el nombre que Rogers da a este impulso biológico; afirma que es una predisposición que caracteriza a todos los organismos.

Einstein, 2007

Maslow dirige su atención en la jerarquía de las necesidades establecidas: “se ha de lograr en primer lugar un estándar de vida satisfactoria y tan solo entonces se puede abordar la tarea de hallar una finalidad y un sentido a la vida” (Maslow, 1968); puesto que él creía que el ser humano se desarrolla a través de varios niveles, hacia su potencial completo. Unos cuantos alcanzan el nivel más alto del desarrollo y se le llama autorrealizados. Esta tendencia inherente del individuo por esforzarse a lograr la realización del propio potencial total, esa predisposición es a lo que él denomina “Actualización del sí mismo” (Maslow, 1968).

Perls, Sueños y existencia

Para Erikson, la identidad se resuelve en la medida que los jóvenes resuelven tres problemas fundamentales: el primero es referido a la elección de una ocupación, el segundo es la adopción de valores “en qué creer y por qué vivir”, y el último da cuenta del desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Cuando los jóvenes tienen dificultades para establecer una identidad ocupacional, cuando sus oportunidades están artificialmente limitadas, no se encuentra la razón de la vida, corren el riesgo de involucrarse en conductas con serias consecuencias negativas como la actividad delictiva, el embarazo temprano o la depresión.

En esta etapa los jóvenes están susceptibles a la búsqueda del sentido de vida fuera de la opinión de sus padres (Erickson, 1982) en donde la auto identificación emerge cuando los jóvenes eligen valores y gente a quienes ser leales, en lugar de limitarse a las elecciones de los padres. Para los adolescentes se vuelve muy importante confiar en ellos mismos.

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

Depresión

El 90% de los suicidios en adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psiquiátrico preexistente, en aproximadamente la mitad de éstos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente por dos o más años y aproximadamente un tercio de los suicidas ha hecho un intento de suicidio previo conocido (Shaffer y Pfeffer, 2001).

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes (Pérez Barrero S, 2001). Casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante. Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos están: tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio, pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban, trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia, intranquilidad, falta de concentración, irritabilidad, disforia, malhumor, pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas, sentimientos de cansancio y agotamiento, preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio, manifestar deseos de morir, sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna. Incrementó del uso del

alcohol y las drogas, falta de apetito o apetito exagerado, conducta rebelde sin una causa que lo determine, expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida, planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir, llanto sin motivo aparente, aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares, pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

La depresión en sus diferentes manifestaciones clínicas, es el trastorno mental que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida.

Trastornos de ansiedad

Se estima que los trastornos de ansiedad aumentan de 6 a 10 veces el riesgo de suicidio de la población en general, sin embargo, la tasa de suicidio en los trastornos de ansiedad es menor que en los depresivos. Se considera que en gran cantidad de casos el abuso del alcohol enmascara los trastornos de ansiedad (Téllez J, 2006).

Trastorno afectivo bipolar

Las ideas de autoeliminación y el comportamiento suicida son frecuentes en los enfermos bipolares. La impulsividad es un comportamiento prominente en el trastorno afectivo bipolar y está presente aún en los períodos eutímicos (Téllez J, 2006).

Esquizofrenia

El suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. Se estima que entre el 20 y 25% de los esquizofrénicos intentan suicidarse y esta tasa es similar a los trastornos afectivos y 20 veces mayor a la observada en general (Téllez J, 2006).

El consumo excesivo de drogas y alcohol también es frecuente entre los niños y adolescentes que cometen suicidio, se encuentra presente a menudo un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, con consecuencias adversas, incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, se asocian al consumo drogas se encuentran: cambios bruscos en amistades, en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos, disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo, cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados y sin deseos de compartir con el resto de la familia, hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga, robo de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes, cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios

nocturnos, señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos (Shaffer y Pfeffer, 2001).

La incidencia de alcoholismo en general es del 10% y el riesgo de suicidio en la vida de los pacientes de este tipo se estima en 15%, cifra similar en los trastornos afectivos (Téllez J, 2006).

Cuando se asocian depresión y alcoholismo, el riesgo de suicidio es de 75 a 80 veces mayor que el de la población general, es un importante predictor de suicidio.

Trastornos de la alimentación

En los enfermos con trastorno del comportamiento alimentario son frecuentes los suicidios y las conductas parasuicidas, especialmente relacionados con altos niveles de impulsividad, lo que es más común en la bulimia y en los cuadros de anorexia del tipo purgativo. Se sugiere que puede existir en estos casos una alteración en la biodisponibilidad de la serotonina, neurotransmisor que se relaciona con el comportamiento impulsivo, la conducta suicida y los trastornos de alimentación. (Téllez, J. 2006).

Material y métodos

Estudio transversal por censo, se estratificó a la población de estudio por grupos y niveles educativos cursados en la Escuela de Enfermería de la U de G. Posterior a la lectura y firma del consentimiento informado por escrito, se aplicó un instrumento para evaluar el riesgo suicida en los participantes [Instrumento de Evaluación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA).

Selección de la muestra

Se invitó a participar al 100% de los estudiantes de la Carrera de Enfermería, Licenciatura en Enfermería y Licenciatura en Enfermería Modalidad Virtual. 1).

Análisis estadístico

Se estableció el riesgo suicida con base en la presencia de antecedentes de conducta con o sin intento suicida. Para la comparación entre los grupos con y sin intento suicida se realizaron mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes en el caso de variables nominales y en la comparación de variables nominales se utilizará la prueba *Ch*².

Se establecieron categorías de riesgo mediante la distribución por cuartiles en cada una de las dimensiones y se comparó la distribución de las dimensiones del riesgo suicida de acuerdo a cada una de las categorías establecidas [(sin riesgo (percentil 1 al 25), riesgo leve (percentil 26 al 50), moderado (percentil 51 al 75) y alto (>

percentil 75)] y la distribución porcentual de cada una de las dimensiones evaluadas agrupadas por nivel de riesgo suicida. Se aceptó un valor $p < 0.05$ como significativo.

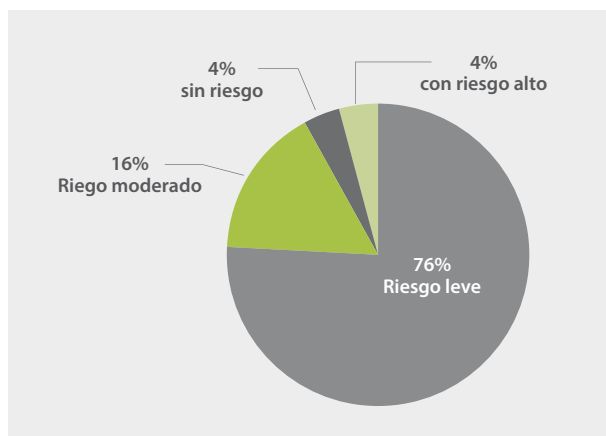
Adicionalmente, la discusión de los resultados fue interpretados desde el enfoque humanista por dos expertos en desarrollo humano.

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 2624 estudiantes, 79% del sexo femenino y 21% del masculino, la edad promedio fue de 22.7 años, con una desviación típica de 4.42, un mínimo de 15 años y un máximo de 60 años. De acuerdo al perfil de ingreso en la carrera de enfermería, la mayoría de los participantes corresponden a carreras presenciales, un poco más del 50% corresponden a la categoría de Licenciatura en Enfermería (LE), una tercera parte a Enfermería Básica (EB), mientras que en las carreras virtuales participan una menor proporción, 10 % en Licenciatura en Enfermería Virtual (LEV) y sólo el 3% en la categoría de Enfermería Básica Virtual (EBV).

La distribución del riesgo porcentual de acuerdo con la clasificación en categorías: sin riesgo, riesgo leve, riesgo moderado y riesgo alto en la población de estudio. Se puede observar que el 96% de la población mostró algún nivel de riesgo y pocos pacientes fueron clasificados sin riesgo de suicidio (Gráfico No.1)

Gráfico 1.
Distribución porcentual del riesgo
en la población de estudio



Se muestra la estimación del riesgo suicida de los participantes que respondieron positivamente la pregunta ¿He intentado suicidarme alguna vez? En un 20%. (Cuadro No. 1)

Cuadro 1.
Comparación de las características generales de la muestra de acuerdo a la historia personal de intento de suicidio.

Variable	CON HIS	SIN HIS	P
N (%)	513 (20)	2044 (80)	
Edad años	24 ± 5	22 ± 4	<0.0001
Sexo			
Femenino	439 (85)	1571 (78)	<0.0001
Perfil de ingreso, N (%)			
LE	242 (47)	1107 (54)	<0.0001
LEV	10 (2)	241 (12)	
EB	248 (48)	630 (31)	
EBV	13 (2)	66 (3)	
Lugar de origen, N (%)			
Guadalajara, Jal.	436 (85)	1614 (79)	0.007
Zapopan, Jal.	23 (4)	133 (6)	
Tlaquepaque, Jal.	12 (2)	72 (3)	
Tonalá, Jal.	7 (1)	79 (4)	
Otros	35 (7)	146 (7)	
Grado de escolaridad			
1er. Semestre	60 (12)	288 (17)	<0.0001
2do. Semestre	65 (13)	233 (13)	
3er. Semestre	43 (9)	267 (15)	
4to. Semestre	40 (8)	212 (12)	
5to. Semestre	34 (7)	180 (10)	
6to. Semestre	55 (11)	190 (11)	
7mo. Semestre	14 (3)	130 (7)	
8avo. Semestre	72 (15)	63 (4)	
Prestadoras de SS	107 (22)	165 (9)	

Abreviaturas: LE: Licenciatura en enfermería; LEV: Licenciatura en enfermería virtual; EB: Enfermería básica; EBV: Enfermería básica virtual; SS: servicio social.

Fuente: Elaboración de los autores

En promedio las participantes en el grupo con antecedente de intento de suicidio fueron 2 años más jóvenes, la proporción de mujeres fue significativamente mayor, la proporción de estudiantes que cursan EB fue significativamente mayor, seguidas de LE y menores proporciones en LEV y EVB y predominantemente de la Zona Metropolitana de Guadalajara en comparación con el grupo de participantes sin antecedente de intento de suicidio; con respecto al nivel cursado se observó que las mayores proporciones fueron en los niveles más avanzados: casi un cuarta parte de las alumnas en servicio social, seguidas por las que cursan el 8avo semestre, un poco más del 10% por las que participan el 1ero, 2do y 6to semestre, estas diferencias fueron significativamente diferentes (Cuadro No. 2).

Cuadro 2.

Comparación de los factores de riesgo no modificables en el comportamiento suicida.

Variable	CON HIS	SIN HIS	P
¿En el último año mis padres se separaron o divorciaron?	213 (43)	394 (19)	<0.0001
¿En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño?	291 (57)	567 (28)	<0.0001
¿He sufrido abuso sexual?	237 (46)	427(21)	<0.0001
¿En mi familia hemos sufrido violencia doméstica?	259 (54)	427(21)	<0.0001
¿Algún miembro de mi familia ha intentado matarse o se ha suicidado?	226 (47)	225 (16)	<0.0001
¿Un amigo o amiga se ha suicidado?	200 (42)	273 (13)	<0.0001
¿He pensado en matarme?	275 (58)	426 (21)	<0.0001
¿Me han tenido que atender u hospitalizar por problemas psicológicos?	257 (50)	372 (18)	<0.0001

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS: sin historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach* 0.754

Fuente: Elaboración de los autores

Con relación a factores de riesgo no modificables fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida en comparación con el grupo sin antecedente de intento suicida. La proporción de participantes que respondieron afirmativamente en todas

las preguntas fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida, excepto en las siguientes dos preguntas ¿Cuento con el apoyo de mi familia? y ¿Tengo amigos con quién apoyarme? (Cuadro No. 3)

Cuadro 3.

Comparación de los factores de riesgo modificables en el comportamiento suicida

Variable	CON HIS	SIN HIS	P
¿En los últimos 6 meses he consumido drogas (marihuana, cocaína, crack u otras)?	226 (44)	415 (20)	<0.0001
¿En los últimos 6 meses he consumido bebidas alcohólicas?	249 (49)	659 (32)	<0.0001
¿En mi familia con frecuencia hay conflictos y peleas?	279 (55)	711 (35)	<0.0001
¿En mi casa a menudo me castigan golpeándome?	202 (42)	206 (10)	<0.0001
¿Cuento con el apoyo de mi familia?	248 (52)	1528 (76)	<0.0001
¿A menudo me siento muy presionado y con demasiada responsabilidad?	338 (66)	1031 (51)	<0.0001
¿Constantemente fracaso en mis estudios?	193 (40)	404 (20)	<0.0001
¿Me han expulsado del colegio?	206 (43)	237 (12)	<0.0001
¿A menudo participo en peleas a golpes?	325 (63)	274 (13)	<0.0001
¿He tenido conflictos con la policía?	218 (43)	415 (20)	<0.0001
¿Tengo amigos con quien apoyarme?	260 (51)	1690 (89)	<0.0001

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS: sin historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach* 0.477

Fuente: Elaboración de los autores

En el cuadro No. 4, se muestra la comparación de respuestas de las preguntas que corresponden a la dimensión de factores de riesgo de ideación suicida por grupos. La proporción de participantes que

respondieron afirmativamente en todas las preguntas fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida en comparación con el grupo sin antecedente personal de intento suicida, excepto por la siguiente pregunta: ¿He escrito cartas de despedida por si deseo acabar con mi vida?

Cuadro 4.
Comparación de los factores de riesgo de ideación suicida.

Variable	CON HIS	SIN HIS	p
¿He pensado en un plan o método para matarme?	310 (61)	270 (13)	<0.0001
¿Últimamente he estado pensando en hacerme daño?	198 (42)	219 (11)	<0.0001
¿A menudo tengo deseos de morirme?	212 (41)	270 (13)	<0.0001
¿He pensado en el método de hacerme daño?	296 (58)	326 (17)	<0.0001
¿He escrito cartas de despedida por si deseo acabar con mi vida?	141 (27)	500 (24)	0.16
¿He buscado métodos para matarme en revistas, internet y otros medios?	151 (32)	303 (15)	<0.0001
¿Me he expuesto a situaciones que me ponen al borde de la muerte?	202 (42)	468 (23)	<0.0001
¿Hablo frecuentemente de la muerte o de los deseos de estar muerto?	199 (42)	249 (12)	<0.0001
¿Tengo acceso a armas de fuego?	197 (41)	440 (22)	<0.0001
¿Cuándo me enojo, me corto o hago cosas que me dañan?	215 (45)	368 (18)	<0.0001
¿He pensado alguna vez que lo mejor sería estar muerto?	232 (49)	457 (23)	<0.0001

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS con historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach 0.754*

Fuente: Elaboración de los autores

Cuadro 5.
Comparación de los factores de riesgo precipitantes.

Variable	CON HIS	SIN HIS	p
¿Algún amigo o familiar cercano murió recientemente?	280 (55)	575 (28)	<0.0001
¿Recientemente perdí a alguien que quería mucho?	249 (49)	725 (35)	<0.0001
¿Con frecuencia me siento muy confundido?	263 (55)	575 (29)	<0.0001
¿Estoy muy dolido porque terminé mi relación de pareja?	283 (60)	455 (23)	<0.0001
¿Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo?	189 (40)	215 (45)	<0.0001
¿Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible?	218 (46)	398 (20)	<0.0001
¿Últimamente he tenido muchos problemas con mi familia?	197 (41)	384 (19)	<0.0001
¿Me he sentido humillado y solo, en el lugar donde trabajo?	328 (44)	393 (20)	<0.0001
¿Recientemente terminé mi relación de pareja?	268 (52)	495 (25)	<0.0001
¿Actualmente estoy muy molesto con alguien muy especial para mí?	216 (42)	706 (35)	<0.0001
¿He sufrido una experiencia traumática recientemente?	225 (44)	502 (25)	<0.0001
¿Sufro de alguna enfermedad que me angustia o me desespera constantemente?	253 (49)	432 (21)	<0.0001
¿Alguna vez he pensado en hacerme daño luego de terminar una relación de pareja?	109 (20)	447 (22)	<0.0001
¿He tenido problemas con mi preferencia u orientación sexual?		279 (13)	<0.0001
		366 (18)	0.35

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS: sin historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach 0.888*

Cuadro 6.
Comparación de los factores protectores al suicidio

Variable	CON HIS	SIN HIS	p
¿Soy una persona valiosa?	246 (48)	1532 (75)	<0.0001
¿La mayoría de la gente me aprecia?	225 (44)	1638 (80)	<0.0001
¿Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa?			
¿Siento que la vida vale la pena?			
¿Tengo amigos con quienes contar?	252 (49)	1719 (84)	<0.0001
¿Siento que puedo confiar en las personas de mi familia?	225 (44)	1517 (74)	
¿Tengo planes para el futuro?	303 (59)	1564 (77)	<0.0001
¿Me extrañarían, si yo faltó?			<0.0001
¿La mayor parte del tiempo me siento bien?	284 (56)	1684 (82)	
¿Pienso que soy capaz de hacer casi todo lo que me propongo?	312 (61)	1600 (78)	<0.0001
¿Si me siento mal busco a alguien que me escuche y me ayude?	135 (28)	1531 (76)	<0.0001
¿Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes?	311 (65)	1563 (78)	<0.0001
	226 (48)	1618 (80)	<0.0001
	242 (51)	1364 (68)	<0.0001
	202 (42)	504 (20)	<0.0001
			<0.0001

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS con historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach 0.886*

Fuente: Elaboración de los autores

Se muestra la comparación de las respuestas de las preguntas que corresponden a la dimensión de factores de riesgo precipitantes. La proporción de participantes que respondieron afirmativamente en todas las preguntas fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida en comparación con el grupo sin antecedente personal de intento suicida, excepto por la siguiente pregunta que no mostro diferencia significativa. ¿He tenido problemas con mi preferencia u orientación sexual? (Cuadro No. 5).

En el cuadro No. 6, se muestra la comparación de respuestas de las preguntas que corresponden a la dimensión de factores protectores al suicidio. La proporción de participantes que respondieron afirmativamente en todas las preguntas fue significativamente mayor en el grupo sin antecedente de intento de riesgo suicida en comparación con el grupo con antecedente personal de intento suicida, excepto por la siguiente pregunta que no mostró diferencia significativa. ¿Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes?

Conclusiones

- El presente estudio muestra por primera vez que el riesgo de suicidio es alto en la población de estudio y que debe de ser considerado como un problema de salud que no ha sido suficientemente advertido.
- La distribución porcentual del riesgo alto es del 4% vs la frecuencia de intento previo del 20%, lo que sugiere que es probable que la intención suicida se distribuya en toda la población de estudio (sin riesgo, riesgo leve, moderado y alto).
- Los participantes más jóvenes presentaron mayor frecuencia de intento previo de suicidio.
- Las estudiantes de las carreras de presencial y aquellas con los niveles escolares superiores y en servicio social presentaron mayor frecuencia de intento previo de suicidio.
- La distribución por grupo de edad y sexo, mostró que la mitad de los hombres presentó intento previo de suicidio y 40% de las mujeres en las edades de 20 a 25 años; mientras se observó que una tercera parte en las edades de 16 a 20 años presentó el antecedente de intento previo de suicidio.
- Desde la perspectiva del enfoque centrado en la persona es necesario establecer programas de escrutinio y prevención de suicidio en estudiantes de la carrera de enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

- Proponer un modelo descriptivo-teórico para el desarrollo del potencial humano que ayude a comprender la conducta suicida tanto en el contexto individual como social que permita la realización de estrategias adecuadas a las necesidades de los estudiantes en la carrera de enfermería de la Universidad de Guadalajara para prevención, intervención y manejo oportuno de las conductas suicidas.

Responsable de correspondencia:

Dra. Ma. del Refugio Cabral de la Torre

Integrante del Cuerpo Académico CA-665 Enfermería y su Práctica Profesional, UdeG.

Tel. 1058 5285. Sierra Mojada 950. Edificio E, planta baja, C.P. 44340, correo electrónico: ma.cabral@academicos.udg.mx

Fuente de financiación: Recursos propios

Conflicto de intereses: Sin conflicto de intereses

Referencias bibliográficas

1. Ardilla-Herrero A, (2013). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students.
2. Borges G, 2010. Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *J Affect Disord* 2010; 124: 98-107. Doi:10.1016/j.jad.2009.10.022.
3. Clemente, M. González, A. (1996). Suicidio una alternativa social. Madrid España: Biblioteca Nueva S.L.
4. Einstein, 2007. Sobre el humanismo. Piados, México, DF.
5. Erikson, Erik H. 1950. "Youth and American Identity". Disponible en: <http://mills-soc116.wikidot.com/notes:erikson-youth-and-identity>
6. Erickson TB, 1982 Chronic phencyclidine abuse and physical assault. *Am J Psychiatry*. 1982 Dec; 139 (12):1604-6.
7. Espinoza-Gómez, 2010 Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes *Fan AP* 2012 Sep; 41(3):377-82. Suicidal ideation in medical students: who is at risk?
8. González-Forteza, (1997). Indicadores Sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana.
9. Garlow J, 2008. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety* 2008; 25: 482-488.
10. Lafarga J, 1992, Desarrollo del potencial humano. Ed. Trillas, México DF, 2003.
11. Lafarga J, 2013. Desarrollo del humano. El crecimiento personal. Ed. Trillas, México, DF.
12. Maddi 1989 I, Ritner M. Validación de la escala informatizada de riesgo de suicidio, un instrumento de red neural de retropropagación (CSRS-BP).
13. Maslow Abraham H, (1968). *Toward A Psychology of Being*, Second Edition, NY, EU.
14. Maslow, Abraham H. (2008). *Hacia una Biología Humanista*. (9ª Ed.). La Personalidad Creadora (pp. 21 - 44). España: Kairós.
15. Montes Sosa, Gabriel & Montes Villegas, Francisco. (2009). El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. <http://redalyc.uaemex.mx> (accesado el 29/09/2013)
16. Ocampo R, 2009. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006.
17. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. para la Prevención del Suicidio: En las Américas cada año se quitan la vida más de 60 mil personas. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8987%3Asuicide-claims-more-than-60000-lives-yearly-in-the-americas-&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es. (accesado, 29/09/2013)
18. Pérez Barrero, S (1996). "Factores de riesgo suicida en la adolescencia." *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, Año LX. N° 11.
19. Perls, Fritz 1956 Sueños y existencia
20. Pokorny, A.D. (1986). A Scheme for Classifying Suicidal Behaviors. En: Beck, A.T., Resnik, H.L. y Lettieri, D.J. (Ed.). *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press.
21. Shaffer, D, Pfeffer C. (2001). Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Octubre Volumen 65 N° 2.
22. Shaffer D, (1996) Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.
23. Shneidman ES, (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
24. Shneidman ES, (1973). Suicidio. En: Villardón Gallego, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
25. Stringer B, 2013 Apr 25. pii: S0165-0327(13)00224-3. Doi: 10.1016/j.jad.2013.02.038 recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: The role of borderline personality traits.
26. Téllez J, Forero J. (2006) Suicidio. Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención.
27. Villardón Gallego, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Artículo original

Determinación social del riesgo cardiovascular

Un estudio de caso

Vergara-Lema N.(1), Correa-Giraldo D.K(1), Moreno-Gutiérrez C.A.(2), Mercado-Cerda J.I.(2), Basto-Hernández G.J. (1), Jairo-Ocampo J.(1).

Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira; Colombia. (2) Universidad de Guadalajara, Jalisco; México.

Resumen

Introducción. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las primeras causas de morbilidad, mortalidad en las poblaciones con marcadas inequidades sociales. El objetivo fue identificar el riesgo cardiovascular (RCV) y su relación con algunos determinantes sociales de salud (DSS) en población mayor de 15 años de una localidad “La Florida” de Pereira- Risaralda. **Metodología.** Estudio descriptivo, cuanti-cualitativa. Muestra no aleatoria de 186 personas mayores de 15 años (no embarazadas, ni con ECV diagnosticada) en Pereira-Risaralda-Colombia. Se encuestó casa a casa realizando RCV utilizando Tabla de Framingham adaptada por la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira; los datos se analizaron con SPSS-V23. Para identificar determinantes sociales: psicosociales, socioeconómicos, socio-ambientales y Servicios de salud, se realizó entrevista y observación; la información se codificó y categorizó. **Resultados.** El Riesgo cardiovascular fue bajo y estuvo presente en un 6,5% de la población. Los factores de riesgo fueron, entre los no modificables: edad de 55 a 64 años, género masculino y entre los factores modificables tipo fisiológico: obesidad, riesgo alto de diabetes (findrisk), antecedentes familiares de hipertensión y de diabetes. De los determinantes sociales Relacionado a RCV fue: Psicosociales: tipología familiar, falta de actividad física y fumar. Socioeconómicas: hábitos alimentarios inadecuados, primaria incompleta, salarios mínimos y ocupación independiente. Socio-ambientales: buenas vías de comunicación, apoyo gubernamental. La atención primaria a través del sistema de salud es deficiente. **Conclusiones.** Población con RCV bajo, favorecido por las condiciones socio ambientales del sector y la actividad física. Se requiere fortalecer el acceso a la atención primaria en salud.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo, condiciones sociales, atención primaria de salud, salud pública.

Abstract

Abstract. The cardiovascular disease (CVD) is one of the leading causes of morbidity, mortality and years of life lost, mainly in populations with marked social inequities. The objective was to identify cardiovascular risk (CVR) and its relationship with some social determinants of health (SSH) in a population over 15 years of age in a locality of “La florida” Pereira- Risaralda. **Methodology.** Descriptive, quantitative study. Non-random sample of 186 people over 15 years of age (neither pregnant nor with diagnosed CVD) from the town of Pereira-Risaralda-Colombia, who signed informed consent. House-to-house VCT surveys were conducted using Framingham Table adapted by the Ministry of Health and Social Security of Pereira; the data were analyzed with SPSS-V23. To identify social determinants: psychosocial, socioeconomic, socio-environmental and health services, interviews and observations were conducted; the information was coded and categorized. **Results:** The Cardiovascular risk was low and was present in 6. 5% of the population. The risk factors were, among the non-modifiable: age from 55 to 64 years, male gender and among the modifiable physiological type factors: obesity, high risk of diabetes (findrisk), family history of hypertension and diabetes. Of the social determinants, VCL was related to the following conditions: Psychosocial: family typology, lack of physical activity and smoking. Socioeconomic: inadequate eating habits, incomplete primary, income between 1 and 2 minimum wages and independent occupation. Socio-environmental were shown as protective: good communication channels, government support. Primary care through the health system is deficient. **Conclusions.** Population with low CVR, favored by the socio-environmental conditions of the sector and physical activity.

Keywords: cardiovascular diseases, risk factors, social conditions, primary health care, public health.

1. Estudiantes Programa de Enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina Seccional Pereira. E-mail: nvergara9@estudiantes.areandina.edu.co; dcorrea25@estudiantes.areandina.edu.co

2. Estudiantes de México en verano de investigación Programa Delfín 2018.

3. Docentes Programa de Enfermería. Grupo de Investigadores de Enfermería de Risaralda. Línea: Salud Pública y Epidemiología. Fundación Universitaria del Área Andina Seccional Pereira.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), son enfermedades no transmisibles que incluyen las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. En el año 2015 fueron responsables de 17,5 millones de muertes prematuras (31% de las muertes mundiales). Y si no cambiamos nuestros hábitos, se estima que esa cifra crecerá y alcanzará los 23 millones de muertes en el año 2030 (1). Una de las metas del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible es que hasta el año 2030 se logre reducir en una tercera parte la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles con medidas preventivas, tratamiento eficaz y oportuno.²

En Colombia, entre 2005 y 2014 las ECV constituyeron primeras causas de mortalidad, causaron el 30,08% de defunciones y el 16,30% de todos los años de vida potencialmente perdidos.³ (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).⁵ En Pereira, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio muestra una tendencia al incremento a través de los años; el número de muertes por esta causa, en los últimos 5 años, se ha mantenido en el primer lugar, pero con un comportamiento similar cada año.⁴

Los anteriores informes epidemiológicos coinciden en afirmar que las ECV son multicausales y prevenibles, por lo tanto, se convierten en blanco de la Salud Pública principalmente con acciones de control del Riesgo Cardiovascular (Probabilidad de que una persona sufra una ECV en un período de tiempo). Una Teoría impulsada por la Organización Mundial de la Salud desde el año 2005 para comprender la multicausalidad es la Teoría de los Determinantes Sociales en Salud (DSS), la cual prioriza las interacciones entre individuo y contexto.³ Este estudio aborda esta teoría y busca identificar los determinantes sociales relacionados con el riesgo cardiovascular en población de un corregimiento de Pereira. Risaralda, en el año 2018.

Planteamiento del problema:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que, en Latinoamérica, las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de defunción y discapacidad, tanto en los hombres como en las mujeres. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de muerte y discapacidad. En la prevención de las ECV, la identificación de los factores de riesgo cumple un papel muy importante.

Los factores de riesgo cardiovascular son aquellos signos biológicos y hábitos adquiridos que se han encontrado con mayor frecuencia entre los enfermos de cardiopatía en relación con la población general. Entre los principales factores de RCV modificables se han identificado: lípidos altos, sedentarismo, tabaquismo, síndrome metabólico, diabetes, sobrepeso, obesidad, alcoholismo, influencias Sociales e influencias Ambientales. La estimación de RVC no es posible sumando los factores de riesgo, dado su efecto multiplicativo.⁵

La mayoría de estos factores van a estar fuertemente influenciados por “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el sistema de salud”, que han sido definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como determinantes sociales de la salud⁶ Dentro de los determinantes sociales se encuentran los factores grupales: posición económica, lugar de organización social, apoyo social, sometimiento a condiciones de exclusión, estatus marital, rol laboral, situaciones generadoras de estrés, normas sociales, aspectos culturales, educación, aspectos religiosos, condiciones ambientales.⁶ De la prevalencia y acumulación de los factores de riesgo depende la incidencia de las ECV; esto es, a mayor número de factores de riesgo, mayor probabilidad de padecer un evento cardiovascular. Conocer los factores de riesgo y su distribución en la población permite tomar medidas preventivas que disminuyan significativamente la aparición de ECV. Ante todas estas situaciones, se emprendió esta investigación que busca responder a la pregunta. ¿Cuál es la relación entre el RCV en población mayor de 15 años y los determinantes sociales en una población de Pereira- Risaralda en julio de 2018?

Justificación

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en la región de las Américas, las enfermedades no transmisibles de origen externo son las causantes de casi cuatro de cada cinco muertes presentadas, equivalentes al 79% de las defunciones registradas.⁷ Dicha cifra, sin ninguna evasiva aumentará en los próximos diez años debido al crecimiento y envejecimiento poblacional, lo que expone ampliamente la población a los factores de RCV, que en cualquier instancia pueden convertirse en morbilidad de origen cardiovascular asociada a la población. Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propone que en el año 2030 se logre reducir en una

tercera parte la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles con medidas preventivas, tratamiento eficaz y oportuno¹ y esta es la meta que se persigue.

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, la OPS data que son la principal causa de mortalidad en la región latinoamericana y que en cifras representa 1,8 millones de muertes al año lo que genera el interés por ahondar en el RCV al que está expuesto la población colombiana. Dicho panorama no es ajeno al departamento de Risaralda ya que para los años 2005 - 2014 fueron las enfermedades del sistema circulatorio también la principal causa de mortalidad.⁸ El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021 busca la reducción de la inequidad en salud y plantea entre sus objetivos: -Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos. - Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente, manteniendo cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables.⁹

En este sentido, es pertinente para los estudiantes de Programas del área de la salud, conocer, comprender y utilizar las herramientas que se usan para medir el riesgo que un individuo o una población tienen para desarrollar en el futuro una enfermedad cardiovascular, e interpretar este riesgo en función de los determinantes sociales; este conocimiento posibilita la implementación de medidas de promoción de la salud, prevención y detección oportuna.

Objetivos

General: Estimar el riesgo cardiovascular en población mayor de 15 años y relacionarlo con algunos determinantes sociales en una localidad de Pereira-Risaralda, en julio de 2018 Específicos:

Estimar el RCV de población mayor de 15 años utilizando tabla de Framingham.

Describir los determinantes sociales predominantes en la comunidad del corregimiento y

Relacionar el RCV estimado con los determinantes sociales predominantes en la región.

Referente teórico

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Estas son: hipertensión arterial; cardiopatía

coronaria (infarto de miocardio); enfermedad cerebrovascular (apoplejía); enfermedad vascular periférica; insuficiencia cardíaca; cardiopatía reumática; cardiopatía congénita; miocardiopatías. El Infarto agudo de miocardio (IAM) y los accidentes vasculares cerebrovasculares (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro; la causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro.¹ Este evento, denominado aterosclerosis, es la alteración subyacente en la enfermedad coronaria y cerebral, se desarrolla lentamente, desde la niñez, y cuando muestra manifestaciones ya es tarde para revertirla o para evitar el IAM o la muerte; en estas condiciones, los tratamientos ya son paliativos. De allí la importancia de estimar el RCV para intervenir oportunamente, pues se ha evidenciado la reducción de la morbi-mortalidad cuando se ha realizado prevención.⁵

Estimación de Riesgo cardiovascular -RCV

Los factores de RCV se encuentran clasificados en dos grandes grupos: 1. Los no modificables: edad, género y herencia y 2. los modificables. Entre los factores de RCV modificables se reconocen dos grupos: Los fisiológicos: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia y aquellos que se relacionan con el medio ambiente: vida sedentaria, malos hábitos nutricionales, tabaquismo y alcohol, y otros del estilo de vida.

Los factores de riesgo fisiológico y los que se relacionan con el medio ambiente pueden ser evaluados y detectados con métodos sencillos. La hipertensión se evalúa con la toma de la presión arterial (PA). La diabetes con pruebas de glicemia, La dislipidemia con una prueba para determinar el colesterol total y el HDL. La obesidad abdominal se mide con el perímetro abdominal con cinta métrica flexible, ajustada en el punto medio entre la última costilla y la cresta iliaca (se define ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres. De igual manera, se pueden observar y valorar los factores que se relacionan con el medio ambiente

De acuerdo con Kunstmann,⁵ los factores que afectan la salud cardiovascular tienen un efecto acumulativo multiplicativo sobre el riesgo global; por lo tanto, no tiene sentido sumarlos, la modificación en un solo factor de riesgo puede ser no representativo en la modificación del riesgo total. Para saber cuál es el beneficio real de una intervención en promoción o en prevención, se debe utilizar una tabla de evaluación del

riesgo total de cada individuo, que muestra el efecto combinado de todos los factores de riesgo presentes.

Existen diferentes herramientas para la estimación del RCV. Se han creado tablas, herramientas con programas computacionales que derivan de algoritmos matemáticos de riesgo, las cuales se han basado en el seguimiento de personas con factores de riesgo cardiovascular ya conocidos, sin eventos en el momento en que se inició el seguimiento. La herramienta más usada es la Tabla de Framingham, que incluye datos de edad, sexo, hábito tabáquico, presencia sí o no de diabetes, nivel de colesterol y presión arterial. Algunas tablas estiman el RCV a cinco años, o más, por combinación de factores de riesgo. La mayoría de los estimadores de riesgo están basados en la ecuación de Framingham,⁵ que es la utilizada en este estudio. La determinación del riesgo cardiovascular permite animar y empoderar al individuo para que adopte estilos de vida adecuados antes del evento patológico.

Determinantes Sociales en Salud. Una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado, para resolver problemas complejos de la salud, como lo es RCV, es el Modelo de los Determinantes Sociales y Económicos de la Salud, propuesto por la OMS en la Asamblea del 2004. Estos determinantes “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, además de las fuerzas que le rodean y condicionan su vida diaria”.¹⁰ Desde esta perspectiva, las investigaciones deben ser situadas en un tiempo y un espacio concreto, relevando las condiciones del contexto en que ocurre el evento. Diversos estudios han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos de tipo cultural y ambiental, que afectan a las comunidades y posibilitan un mayor riesgo CV.³

Metodología, enfoque y tipo de investigación

Estudio descriptivo de caso, con enfoque cuantitativo. En un primer momento de tipo exploratorio se recorrió el sector y se solicitaron las autorizaciones pertinentes al estudio.

Fase cuantitativa: De una población proyectada a 2018 de 2550 hab. mayores de 15 años, en la localidad del estudio, se seleccionó una muestra no aleatoria, correspondiente a 186 personas. Se hizo recorrido casa a casa por la localidad y previo consentimiento informado, se estimó el RCV aplicando la tabla de estimación de RCV utilizada por la Secretaría de Salud y Seguridad Social

de Pereira. Se realizó análisis descriptivo: frecuencias y cruces de variables utilizando SPSS-V23.

Fase cualitativa: Durante una semana, con inmersión en el campo y observación en terreno, se contactaron líderes y actores sociales para identificar factores de riesgo comunes a todos los pobladores de la localidad. Durante el recorrido por las viviendas se entrevistaron integrantes de las familias con respecto a determinantes sociales, la información se registró en notas de campo y se sometió a procesos de codificación y categorización, estableciendo cuatro categorías de análisis: 1. Condiciones socioeconómicas; 2. Condiciones Psicosociales; 3. Condiciones socioambientales y 4. Sistema de Salud. Se contó con gran aceptación y al finalizar se realizó validación y actividad académico-recreativa con la comunidad.

Consideraciones bioéticas: Riesgo mínimo, porque no se vulneró la integridad física de los participantes. Se preservaron los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía; este último a través de las autorizaciones de las entidades y de las personas participantes. Los resultados fueron presentados a la comunidad participante.

Resultados obtenidos

Perfil de RCV: Mayor obesidad y sobrepeso en mujeres ($P=0,005$), mayor obesidad abdominal en mujeres ($p=0,000$). En los hombres hay mayor consumo de jugos azucarados ($P=0,004$) y alcohol ($P=0,000$). Entre quienes no consumen verduras predominan los menores de 18 años ($p=0,008$). Las personas entre 18 y 35 años son los principales consumidores de tabaco ($p=0,036$). La hipertensión se reafirma como factor de riesgo CV, relacionada principalmente con la edad ($p=0,000$). La obesidad y el sobrepeso aumentan a medida que aumenta la edad ($0,026$).

Determinantes Sociales presentes

Socioeconómicos: Se cuenta con un 36% de empleados calificados. El 46% tiene escolaridad secundaria incompleta, lo que explica en parte los ingresos familiares menores de 1 SMLV (11%) y 1 a 2 SMLV (81%). El principal renglón económico es la agricultura, también se trabaja en ventas ambulantes, pesquería y actualmente se explota el paisaje cultural como atractivo turístico. Se observa una población de bajos ingresos, vulnerable por su escolaridad y su ubicación geográfica, condición que va ligada a altos riesgos de enfermar y morir.

Psicosociales: La mayoría de las familias con jefatura económica masculina y jefatura social femenina, son de tipo nuclear completa (50%), extensa (31%), nuclear incompleta (17%) y por asociación (2%). La mujer es ama de casa y el hombre sale a trabajar. La JAC (Junta de Acción Comunitaria) tiene buena relación con la Alcaldía y el Líder social tiene estrecha relación con la comunidad. Las instituciones trabajan coordinadamente y reciben apoyo para promoción de hábitos saludables. Estas interacciones posibilitan en parte, proteger a la comunidad del riesgo cardiovascular.

Socio-ambientales: La localidad celebra anualmente la Feria del “gallo ornamental” que convoca visitantes de varios países de Latinoamérica. Se dispone de transporte urbano permanente. La vía de acceso desde Pereira y alrededores permanece en buen estado de mantenimiento, es utilizada diariamente como ruta para entrenamiento de ciclismo y es de tránsito obligatorio hacia las reservas del Parque Nacional Natural Los Nevados. Las márgenes del Río Otún son espacios sociales de recreación familiar y comunitaria. Dos criaderos avícolas generan olores que incomodan a la población. El interior de las viviendas es limpio y ordenado; mientras que en el exterior hay presencia de vectores. En general, las interacciones socio ambientales son factores protectores frente al riesgo CV.

Del sistema de salud: Cuenta con un Puesto de salud de la ESE Pública; las EPS con mayor cobertura son Medimás (29%), Asmetsalud (16%) y SOS (15%). En

el corregimiento se reproducen las condiciones del Sistema de Salud colombiano, caracterizado por una organización inequitativa de los servicios de salud, un acceso inestable, fragmentado y mediado por los recursos económicos de las personas. La comunidad expresa total insatisfacción por la prestación del servicio aunada a comunicación poco asertiva con la persona encargada del Puesto de Salud.

Discusión

La muestra no aleatoria no permite generalizar resultados, sin embargo, los hallazgos en la población de menores de 15 años de la localidad analizada con congruentes con lo revisado en la literatura. Llama la atención que no todas las personas que tenían diabetes mostraron riesgo cardiovascular elevado. Al respecto, García¹¹ encontró que cerca del 30% de los pacientes con diabetes podría tener un RCV a 5 años, similar al de la población general, entre ellos, los menores de 40 años con corta duración de la enfermedad, sin embargo, el riesgo a lo largo de toda la vida, es sin dudas, mayor. Este hallazgo lleva a pensar el seguimiento individual estricto a las personas con diabetes puede llevar a la desaparición del RCV. Otro hallazgo interesante fue encontrar amas de casa con RCV, lo que puede estar relacionado con la edad, pues durante la menopausia aumenta el RCV porque disminuyen los estrógenos que son considerados cardioprotectores, gracias a su acción promotora de la vasodilatación.¹

Tabla 1.
Factores de Riesgo vs. Nivel de Riesgo cardiovascular

	Variables	Riesgo CV moderado, alto y muy alto			Riesgo CV bajo		Total (186)	Valor de P
		Valores	Frec.	%	Frec.	%		
No modificables	Grupo de edad	1. Menos de 45 años	0	0,0	123	100,0	123	0,000
		2. De 45 a 55 años.	5	17,9	23	82,1	28	
		3. de 55 a 64 años.	7	22,6	24	77,4	31	
		4. Más de 64 años.	0	0,0	4	100,0	4	
Factores de riesgo	Genero	Femenino	3	3,0	97	97,0	100	0,000
		Masculino	9	10,5	77	89,5	86	
	Antecedentes familiares	Diabetes	5	14,7	29	85,3	34	0,000
		Diabetes+ Hipert.Art.	7	25,0	21	75,0	28	
		Hipertensión arterial	0	0,0	49	100,0	49	
		Sin antecedentes	0	0,0	75	100,0	75	

	Variables	Riesgo CV moderado, alto y muy alto			Riesgo CV bajo		Total (186)	Valor de P
		Valores	Frec.	%	Frec.	%		
Factores de riesgo Modificables	Clasificación IMC	Bajo peso	0	0,0	4	100,0	4	0,005
		Normal	1	0,9	108	99,1	109	
		Sobrepeso	6	11,1	48	88,9	54	
		Obesidad	5	26,3	14	73,7	19	
	Riesgo de diabetes FINDRISK	Alto	11	44,0	14	56,0	25	0,000
		Medio	1	0,7	149	99,3	150	
		Bajo	0	0,0	11	100,0	11	
	Diabetes	SI	10	58,8	7	41,2	17	0,000
		NO	2	1,2	167	98,8	169	
	Actividad Física	SI	2	2,0	97	98,0	99	0,000
		NO	10	11,5	77	88,5	87	
	Hábitos alimentarios	Adecuados	3	7,1	39	92,9	42	0,000
		Inadecuados	9	6,3	135	93,8	144	
	Consumo de alcohol	SI	11	10,4	95	89,6	106	0,000
		NO	1	1,3	79	98,8	80	
	Hábito de fumar	SI	7	14,3	42	85,7	49	0,0000
		NO	5	3,6	132	96,4	137	
Determinantes sociales	Ocupación	Independiente	5	10,4	43	89,6	48	
		Ama de casa	5	15,2	28	84,8	33	
		Empleado-a	2	4,4	43	95,6	45	
		Otros	0	0,0	60	100,0	60	
	Escolaridad	Hasta Primaria	5	9,8	46	90,2	51	
		Secundaria o Técnica	7	5,7	116	94,3	123	
		Universitario	0	0,0	12	100,0	12	
	Ingresos	Hasta 1 SMLV	6	6,1	92	93,9	98	
		De 1 a 2 SMLV	6	8,0	69	92,0	75	
		Más de 2 SMLV	0	0,0	13	100,0	13	
	Habitantes por vivienda	Hasta 5 personas	4	8,3	44	91,7	48	
		Más de 5 personas	8	5,8	130	94,2	138	
	Tipología familiar	Extensa	6	10,0	54	90,0	60	
		Nuclear	1	0,9	114	99,1	115	
		Por asociación	5	45,5	6	54,5	11	

Fuente: Encuesta a hogares en la localidad seleccionada para el estudio. Cálculo de autores.

Conclusiones

El RCV bajo predominó en la población mayor de 15 años de la localidad del estudio

Los determinantes socioeconómicos valorados que muestran condiciones de inequidad social, se encuentran relacionados directamente con los indicadores de RCV.

Los determinantes psicosociales reflejan condiciones familiares que favorecen el riesgo CV de la población. Llama la atención que entre menor número de integrantes tiene la familia, hay mayor riesgo CV, esto puede relacionarse con una inadecuada red de apoyo.

Los determinantes socio ambientales constituyen factores de protección que explican en parte el bajo RCV en la población de la localidad.

La presencia insuficiente del Sistema de Salud se refleja en la falta de acciones de detección temprana y protección específica para la población de la localidad estudiada, hecho que puede ser considerado un factor ambiental de riesgo cardio-vascular.

La relación entre determinantes sociales y el riesgo cardiovascular se visibiliza en aspectos como la ocupación. Se encontró mayor proporción de factores de riesgo en mujeres amas de casa, hombres que laboran más de 8 horas diarias sin poder compartir con su núcleo familiar, alimentación inadecuada y salarios menores a un mínimo, con reducida oportunidad de empleo, dado el bajo nivel educativo que tiene la población.

La recolección de información en las viviendas de las familias y la socialización de los resultados en escenarios comunitarios, posibilitan el empoderamiento y la movilización hacia el autocuidado específico.

Impactos

Impacto Social: Los resultados muestran una comunidad comprometida con el cuidado del ambiente y la actividad

física. La cohesión observada en las familias posibilita el empoderamiento de la comunidad para el control de los factores de riesgo.

Impacto económico: A largo plazo, el continuar con bajo riesgo cardio-vascular y modificar los factores de riesgo presentes en la población mejora la calidad de vida y disminuye los costos derivados de la atención en salud.

Impacto ambiental: Se identificaron riesgos de tipo cultural y ambiental y se socializaron con la comunidad, asimismo se establecieron compromisos de trabajo con apoyo de estudiantes de enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina para vigilancia de los factores de riesgo como hábitos alimentarios, valoración nutricional y hábito de fumar.

Contacto:

Natalia Vergara Lema

Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira; Colombia.

Celular: 32 2509 0395 32 1365 4059

dcorrea25@estudiantes.areandina.edu.co,

nvergara9@estudiantes.areandina.edu.co

j_nefer1@hotmail.com

cristian.moreno.gtz@gmail.com

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la salud-OMS Nota Descriptiva. 17 de mayo de 2017. Enfermedades cardiovasculares [Internet] [citado 2019 Abr 03] Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. CEPAL. Objetivos de desarrollo sostenible N°3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet] 2016 [citado 2019 abr 02] Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
3. Álvarez-L S. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud; [Internet] jun 2009 [citado 2019 Abr 4];8(17):69- 79. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
4. Alcaldía de Pereira. Indicadores básicos de salud en Pereira 2015. Alcaldía de Pereira. Obtenido de <http://www.dlspereira.gov.co/intranet/intradocuments/webExplorer/perfiles>
5. Kunstmann S, Gainza F. Herramientas para la estimación del riesgo cardiovascular. Rev. Medicina. Clin. Condes [Internet] 2018 [citado 2019 Abr 08]; 29 (1):6-11 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300087>
6. Organización Mundial de la Salud. [OMS] (18 de julio de 2018). Cardiovascular Conditions and Social Determinants of Health.

- San Diego, California, Estados Unidos Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
7. OMS. Las 10 principales causas de defunción. Nota descriptiva de enero del 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index.html>
 8. 1 ASIS-Risaralda. Análisis de Situación de Salud con el modelo de los Determinantes Sociales en Salud. Secretaría Departamental de Salud de Risaralda. Dirección Operativa de Salud Pública. Risaralda 2015.
 9. Colombia. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012–2021 [Internet] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
 10. Carmona-M. Z, Parra-P. D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. Salud, Barranquilla [Internet]2015 [citado 2019 Abr 05]; 31(3):608-Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>
 11. García-G J. Riesgo cardiovascular en personas con diabetes mellitus. Revista cubana de Endocrinología [Internet];2017[citado 2019 Abr 04]; 28(3):1-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532017000300001

Artículo original

Impacto de un programa de educación para la salud promoviendo conductas de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 en el estado de Oaxaca

Sánchez-Chávez N.P. (1), Reyes-Gómez U.(2), Reyes-Hernández K.L.(3), Matos-Alviso L.J. (3), Reyes-Hernández M.U (3), Cuevas-López L.L. (3), Peñuela-Olaya M.A. (4) Chávez-Solano L.(2), Cervantes-García M.C. (5), López-Cruz G. (3), Quero-Hernández A. (3).

Directora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. Enf. Jefa de servicios del Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE; (2) Investigador Adjunto, Facultad de enfermería, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca; (3) Unidad de Investigación en Pediatría Instituto San Rafael San Luis Potosí; (4) Investigador del Instituto Universitario Carl Roger. Área de Neuro- endocrinología; (5) Coordinadora Académica de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.

Resumen

Introducción: En México la Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocupa el tercer lugar como principal causa de mortalidad. **Objetivo:** Evaluar el Impacto de un programa de Educación para la salud promoviendo conductas de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. **Material y Métodos:** Estudio, exploratorio, relacional, longitudinal, entrevistas estructuradas, para recibir intervenciones de enfermería encaminadas a la educación para la salud. El estudio se dividió en tres etapas; Evaluación, intervención y medición de impacto del programa con duración de tres años (2012-2014). **Resultados:** 882 encuestas a familias, 267 tiene por lo menos un integrante de la familia con diabetes mellitus tipo 2, en un total de 349 integrantes con DM2. Se incrementó de 11 a 247 familias con conocimientos de DM 2 que realizan acciones encaminadas a su autocuidado considerando como bueno a quienes obtienen un resultado en escala del 1 al 10, de manera regular disminuye de 48 a 8 familias y de manera deficiente disminuye de 208 a 12. Con un 95% de confianza, un 5% de margen de error, y un R^2 del 74.1 **Conclusiones:** Es importante incorporar el conocimiento de la enfermedad y del autocuidado para lograr que los pacientes obtengan su autonomía en recuperación y estabilidad en su estado de salud.

Palabras clave: Autocuidado, atención primaria, diabetes tipo II, intervenciones educativas

Abstracts

Introduction: In Mexico, diabetes mellitus type 2 (DM2) is third leading cause of mortality. **Objective:** To evaluate the impact of a program of health education to promote self-care behaviors in diabetic patients type 2. **Material and methods:** A exploratory, relational and longitudinal study. The structured interviews with informed consent for nursing interventions aimed at health education. The study was divided into three stages; Assessment, intervention and measuring program impact, lasting three years, 2012-2014. **Results:** 882 household surveys, 267 have at least one family member with diabetes mellitus type 2, a total of 349 members with DM 2. Increased from 11-247 families with knowledge of DM 2 who perform self-care activities aimed at considering as well to get a score on a scale of 1 to 10, regular how it decreases 48-8 and poor in the families who decreases of 208 to 12. The confidence index was 95%, the margin of error of 5%, and 74.1 R^2 **Conclusions:** It is important to incorporate knowledge of the disease and self-care knowledge to ensure that patients get their autonomy in recovery and stability of their health.

Key words: Self-care, primary care, diabetes mellitus type 2, educational interventions

Introducción

En México la DM2 ocupa el tercer lugar como principal causa de mortalidad. Lo anterior refleja lo grave del problema más aún cuando el objetivo nacional es elevar los niveles de salud de la población mexicana; lo que invita a buscar y/o mejorar las acciones de promoción, prevención y detección. El tratamiento de la diabetes es complejo y envuelve cambios en los estilos de vida, principalmente, en lo que se refiere a cambios en la alimentación, la realización de ejercicio físico y el tratamiento con medicamentos.¹ A partir del diagnóstico, los pacientes ponen en juego distintas estrategias de afrontamiento.² Evalúan la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente) para luego resolver los problemas de manera cognitiva o conductual, o reaccionar con simple pasividad o evitación.³ Para tratar de afrontar la enfermedad, es necesario normatizar los cambios en el estilo de vida. Meichenbaum y Turk⁴ hacen una diferenciación entre cumplimiento, que tiene una connotación pasiva, y adhesión, que implica un compromiso activo.

Diversas investigaciones^{5,6} señalan que, pese a conocer las pautas del tratamiento, la mayoría de los diabéticos tienen dificultades para seguirlo ininterrumpidamente en especial el ejercicio físico, el autoanálisis de glucosa y el cumplimiento de la dieta.^{7,8} Sin embargo existen algunos aspectos positivos que nos ayudan en el tratamiento y control de esta enfermedad, como son, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y el conocimiento de autocuidado.⁹ De esta manera, la postura frente a la enfermedad minimiza o incrementa el impacto en el mundo familiar y laboral del paciente.

Las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) resaltan la educación oportuna del enfermo y su familia mediante un programa estandarizado, además de establecer estrictos criterios de control glucémico basados en las cifras de hemoglobina glucosilada, en los valores deseables del control de la presión arterial, del perfil lipídico y el cese del tabaquismo.¹⁰

La OMS considera que la educación sanitaria es la parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones.¹¹ Como concepto educativo el autocuidado ha cobrado auge en los últimos años a raíz de la prioridad asignada a la Atención Primaria como estrategia de elección para alcanzar la meta de salud para

todos en el año 2000, y por la declaración de la Carta de Ottawa,¹² donde el documento expresa que la salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, y añade que la buena salud contribuye a un mejor recurso para el progreso personal, económico y social y a una dimensión fundamental de la calidad de vida de los hombres.¹³

Según Coppard¹⁴ el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad es decir todas las actividades individuales dirigidas a mantener su salud. Orem¹⁵ en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”, de acuerdo con esta autora el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas sociales.

Estas concepciones sobre el autocuidado incluyen las actividades referidas de promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para esta, la disminución de factores de riesgo y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud, y rehabilitación. Además, es importante destacar que el autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promueven la satisfacción de las necesidades básicas del hombre que lo integran como ser.¹⁵ Históricamente, la enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas para el autocuidado.⁷ Definiendo este como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para manutención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral.¹⁶

La habilidad para desempeñar el autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado.¹⁷ La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de las personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

Hacemos hincapié en los elementos del modelo de enfermería, quien nos da el supuesto de la enfermería como una manera de ayudar al bienestar humano. Los principales objetivos de enfermería son: Satisfacer la demanda terapéutica del paciente para su autocuidado. Orientar al paciente hacia una postura responsable de autocuidado, incrementando su independencia o adaptándolo a la limitación de sus capacidades. y Transferir responsabilidad a las personas encargadas del cuidado del paciente, haciéndolas cada vez más competentes para tomar decisiones acerca de los cuidados cotidianos.^{18,19}

Este estudio se basa en el modelo andragógico, donde la persona que facilita el aprendizaje toma en consideración el propósito de diseñar e instrumentar con la persona que desea aprender, un plan de acción que incluya el establecimiento de un clima que favorezca al aprendizaje, la creación de un mecanismo de planificación conjunta, el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje, la formulación de los objetivos, contenidos y estrategias apropiados para satisfacer esas necesidades, la evaluación de los logros y el diagnóstico de nuevas necesidades. Este modelo se basa en el principio de ofrecer al que aprende las fuentes de recursos que lo ayuden a adquirir información, conocimientos y habilidades por sí mismo.

Material y Métodos

Se aplicó un diseño descriptivo, correlacional, longitudinal, muestreo por conveniencia. Se realizaron entrevistas estructuradas en domicilios de los pacientes, al momento de la visita se solicitó su participación al estudio mediante consentimiento informado para recibir intervenciones de enfermería encaminadas a la educación para la salud, en la primera entrevista se realizó un cuestionario con preguntas relacionadas con la Diabetes Mellitus tipo 2, para hacer el diagnóstico de conocimientos, así como las actividades que los pacientes realizan para su autocuidado. El estudio se dividió en tres etapas: Evaluación, intervención y medición de impacto del programa, este tuvo una duración de tres años, se inició el 1º. Enero del 2015 con la primera etapa de detección, y diagnóstico situacional de la población de estudio, en el año 2016 se realizan las intervenciones educativas y durante los meses de Enero – Agosto del 2017, se realiza la etapa de evaluación de impacto. Se consideró el Autocuidado durante la enfermedad según el modelo Dorothea Orem con las siguientes preguntas.

- Busca asistencia médica apropiada en condiciones de enfermedad
- Atiende los efectos de la enfermedad

- Administra correctamente las dosis de medicamentos indicados
- Identifica los efectos de los medicamentos prescritos
- Acepta la necesidad del cuidado de salud

Se consideró el Sistema de enfermería educativo donde el paciente tiene aptitudes para aprender las medidas terapéuticas de autocuidado. Y se evaluó con una escala tipo Likert las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad donde: se registró como negativa (valorada como indiferente con evitación) Neutra (valorada como amenaza y pasividad) y positiva (valorada como desafío, conducta activa) Evalúan la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente).

Criterios de inclusión. Se incluyen pacientes con diagnóstico médico de diabetes tipo 2 y que aceptaran participar en la investigación firmando el consentimiento informado.

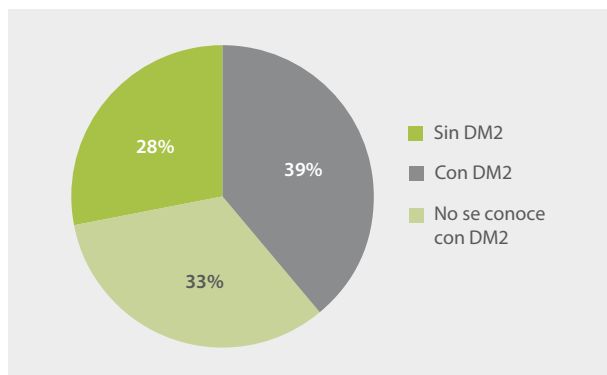
Criterios de exclusión. Se excluyen pacientes con antecedentes psiquiátricos y o dificultades para realizar actividades de autocuidado.

Análisis estadísticos. Se aplicó un nivel de confianza del 95% y un margen de error de +/-8. Sobre la base de un desvío estándar de 8 de la variable “autocuidado”. Con un coeficiente de determinación de R^2 para prueba de hipótesis de regresión lineal. Los datos fueron analizados estadísticamente de manera descriptiva e inferencial, según el nivel de medición de las variables, se realizó análisis de la varianza con pruebas post hoc Scheffer, análisis de correlación ANOVA.

Resultados

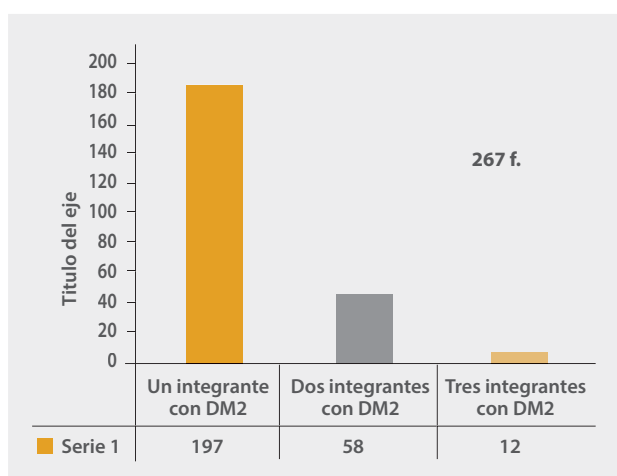
Se realizaron 882 encuestas a familias en sus domicilios por Áreas Geográficas Estadísticas Básicas (AGEBS), de las cuales 267 tiene por lo menos un integrante de la familia con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en sus clínicas, hospitales y centros de salud. El 39% 324 familias refieren no tener DM 2 por diagnóstico clínico, 267 (33%) padece DM2 y 230 (28%) corresponde a familias que no se conocen con DM 2. De las 267 familias con DM2, se obtuvo un total de 349 integrantes con DM 2. De las cuales 197 familias cuentan con solo un familiar que se conoce con esa enfermedad, 58 familias tienen dos integrantes con DM2 y 12 familias cuentan con tres integrantes con dicha enfermedad. (Gráficas 1 y 2)

Gráfica 1.
Población de estudio: Diagnóstico situacional de la DM tipo 2 en un grupo de población en el estado de Oaxaca.



El 39% 324 familias refiere no tener DM 2 por diagnóstico clínico, 267 (33%) padece DM2 y 230 el 28% corresponde a familias que no se conocen con DM 2.

Gráfica 2.
Etapas 1: Integrantes de las familias con DM2.



De las 267 familias, se obtuvo que un total de 197 familias tienen un familiar que se conoce con esa enfermedad, 58 familias tienen dos integrantes y 12 familias cuentan con tres integrantes con DM

En lo que respecta a la caracterización de la muestra N=267, un 57% fueron mujeres y 43% hombres, el promedio de edad fue de 49.64 años, y el de años transcurridos con la enfermedad fue de 10.12 años con un máximo de 18.26 y un mínimo de 4.56. En la primera etapa del estudio para la evaluación del conocimiento 177 tenían conocimientos deficientes referentes a la historia natural de la enfermedad y a las acciones de autocuidado encaminadas a su bienestar. En la tercera etapa del

estudio 22 solo fueron deficientes y 234 pacientes tenían conocimientos valorados como bueno (del 80 al 100) de respuestas en el cuestionario de historia natural de la enfermedad, esto dio como resultado en la valoración estadística un R^2 72.12 donde podemos inferir que la educación para la salud en este grupo de estudio fue de un 72% para adquirir conocimientos. (Gráfica 3) En la gráfica se observa que en la primera etapa 199 pacientes mostraron afrontamiento con evitación, y en la tercera etapa aun con el conocimiento muestran evitación 91 de los pacientes, en la primera etapa 46 pacientes mostraron una actitud neutra-amenazante y en la tercera etapa 32, los pacientes que tenían actitud desafiante en la primera etapa mostrando comportamientos de autocuidado fueron 22 y en la tercera etapa 144. Es posible en un 70% con el R^2 estadístico que el afrontamiento se vierta con actitudes positivas desafiantes y de afrontamiento activo. (Gráfica 4). En la tabla estadística ANOVA muestra una significancia estadística para todas las variables, cuanto más tendía a una actitud neutra o positiva, mejores fueron las prácticas de autocuidado en general, y en particular referidas la atención de efectos de la enfermedad, la administración de medicamentos indicados, la identificación de efectos de medicamentos prescritos y la aceptación de la necesidad del autocuidado de la salud, en menor significancia la búsqueda de asistencia médica apropiada en condiciones de enfermedad. En general la significancia estadística de ($p < 0.00$). (Tabla estadística 1).

Tabla estadística 1.
Actitudes hacia la diabetes en la tercera etapa de la investigación

Neutra	14.84	3.23
positiva	12.34	4.56

Neutra	11.89	2.33
positiva	13.12	4.23

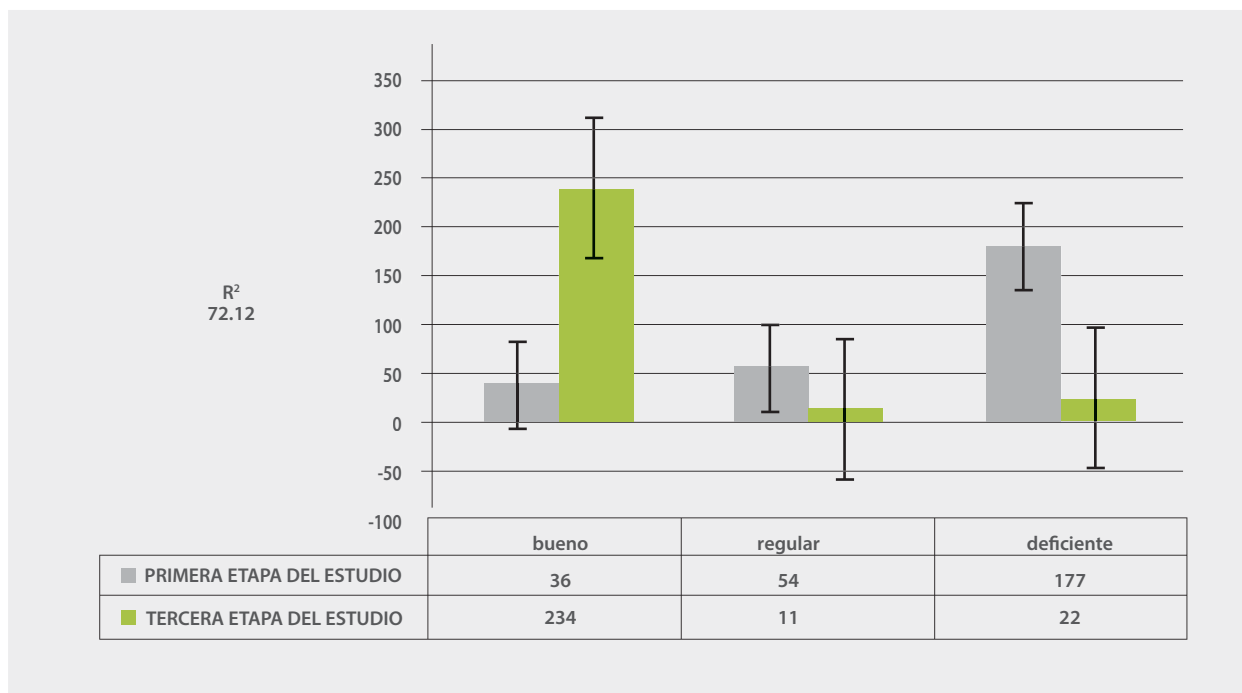
Tabla estadística 2.
Análisis descriptivos y análisis de la varianza (anova) De las prácticas de autocuidado referentes a la DM2.

Neutra	13.22	5.32
Positiva	14.23	2.89

Neutra	3.43
positiva	2.32

Gráfica 3.

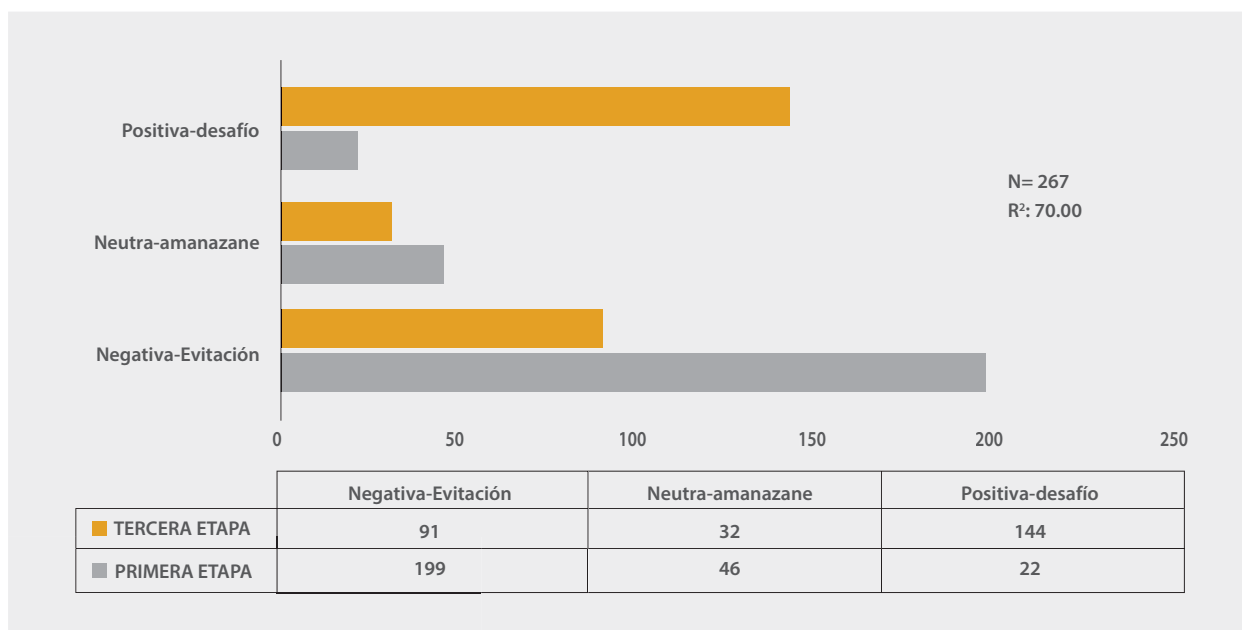
Evaluación del impacto del programa educativo para el autocuidado en pacientes con DM2.



Comparativa de conocimientos antes y después de la intervención educativo.

Gráfica 4.

comparativa de prácticas de autocuidado que realizan los pacientes según sus actitudes de afrontamiento hacia la DM2.



En la tabla estadística ANOVA (tabla estadística 2) se muestra una significancia estadística para todas las variables, es significativo que en cuanto más tendía a una actitud neutra o positiva, mejores fueron las prácticas de autocuidado en general, y en particular referidas cambios en la dieta, disciplina de medicación y autoexamen de glucosa capilar, ejercicio físico cuidados de los pies e higiene personal. En general la significancia estadística de ($p < 0.00$).

Discusión

Como mucho en medicina, la relación médico-paciente es vital para obtener los resultados requeridos en el éxito de los tratamientos. La gran demanda de los servicios médicos por Diabetes Mellitus y sus complicaciones cada vez es más agobiante de tal forma que los servicios de salud se verán colapsados en muy poco tiempo. Puesto que el médico de primer contacto no tiene el tiempo suficiente para explicar al paciente de su enfermedad y hacerlo copartícipe de la misma. Muchos de los actos del ser humano son inconscientes y una vez que se hacen conscientes es más fácil manejarlos.

La Atención Primaria a la Salud como concepto está ampliamente aplicada en los países de primer mundo. Comparativamente con lo que sucede en México esta aplicación es pobre, dado que el enfoque de la mayor parte de los servicios médicos es la atención secundaria y terciaria de la misma, es decir una vez que la enfermedad se ha desencadenado en donde no demeritamos que su atención oportuna evitara muchas de las complicaciones, el presente trabajo queda clasificado aquí. Es decir, una vez que ya se diagnosticó la enfermedad. En otro contexto no basta solo por parte del médico la prescripción de terapia farmacológica específica para coadyuvar la enfermedad, si no en una forma más integral la indicación precisa hacia el cumplimiento de una alimentación sana y saludable aunado al ejercicio físico. Tampoco basta solo

la prescripción sino la descripción detallada del cómo, cuándo y porqué de este. Se requieren grupos de trabajo que enlacen la práctica hospitalaria con los trabajos de campo.

El presente trabajo es justamente lo que se necesita a nivel de la comunidad. La promoción específica del autocuidado y la responsabilidad de mantenerse sano. Aun cuando se puede considerar un estudio pequeño la estadística aplicada muestra que esta es efectiva y puede traspolarse a otras patologías incluso algunos infecciosas que requieren monitoreo frecuente como el caso de tratamientos a largo plazo como el SIDA, la tuberculosis entre otras.

En este primer estudio exploratorio examinamos y dimos seguimiento a las familias con integrantes con DM 2 así mismo a las familias que no se conocen con esta enfermedad y dado que no era la finalidad de este estudio se seguirá el comportamiento de este segundo grupo en otra intención de seguir investigando.

Conclusión

La DM2 afecta una buena parte de la población adulta de valles centrales de Oaxaca, es común observar que las familias no tienen conocimientos acerca de la historia natural de la enfermedad, así como las medidas preventivas y medidas de autocuidado que favorecen el bienestar del individuo para el afrontamiento de la misma. Las familias aceptan las intervenciones de enfermería en su domicilio y cerca de su población, tiene la intención de mejorar su estado de salud y practican con frecuencia los conocimientos adquiridos según el seguimiento después de la intervención educativa.

El autocuidado se presenta como una alternativa viable y efectiva cuya incorporación a la atención integral de la población encuestada significa un paso adelante en la búsqueda de la equidad sanitaria.

Referencias bibliográficas

1. De León LA. Impacto de un programa educativo coordinado a pacientes Diabéticos. 4ª Reunión Nacional de Investigación en Enfermería, México; 1997.
2. Gómez OSL. Factores que contribuyen a que el paciente con enfermedades crónicas degenerativas tengan ingresos recurrentes en el hospital general. 5ª Reunión Nacional de Investigación en Enfermería, México; 1998.
3. Ahluwalia R, Vora J. Management of type 2 diabetes: from guidelines to clinical practice. Med Clin (Barc) 2010; 135(Supply 2): 9:14
4. Meichenbaum D, Turk DC. Facilitating treatment adherence: a practitioners guidebook. Nueva York: Plenum Press; 1987.
5. Organización Mundial de la Salud. 1991 Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus.

- Ginebra: OMS. División de enfermedades no transmisibles y tecnología de la salud. Informe OMS/DBO/DM 91-1.
6. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Martínez Roca, 1986
 7. Cano Vindel A, Miguel -Tobal JJ. Emociones y salud. Ansiedad y Estrés 2001; 7 (23): 111-21
 8. Podell RN, Gary LR. Compliance: a problema in medical management. American Family Physician 1976; 13: 74-80.
 9. Dunbar JM, Stunkard AJ. Adherence to diet and drug régimen. En: Levy R, Rifkind B, Denis B, Ernst N (comps.) Nutrition, lipids and coronary heart disease. Nueva York, Raven Press, 1980.
 10. Hayes E, McCahon C, Reeve Panahi M, Hamre T, Pohlman K. Alliance not compliance: Coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2008; 20 (3): 155-162
 11. Amigó I, Fernández C, Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: I Amigó (ed), Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide; 1998: p.229-70
 12. Díaz L, Galán S, Fernández G. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México. 1993; 35 (2): 169-17
 13. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud .1986 Una referencia internacional sobre la promoción de la salud. Ottawa, Noviembre 1986
 14. Coopppard L. La autoatención de la salud y los ancianos. En: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985.
 15. Orem D. Nursing. Concepts of Practice. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
 16. Kickbusch I. self-care in health promotion. Soc sc Med. 1989;29 (2):125:30
 17. Otero LM, Zanetti ML, Souza CRT. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15 (no. spe): 768-73.
 18. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en la Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Chile (Santiago): Organización Panamericana de la Salud; 2006.
 19. Woodbam Smith, Cecil, A. Florence Nigtingale, 1820-1910, McGraw-Hill Book Co., Nueva York, 1991

Artículo original

Nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles

Díaz-Rentería M.G. (1), Díaz-Díaz G.J. (2), Soto-García A.N. (3), Campa-Aguilera K.C. (3), Ulloa-Ruvalcaba N. (4), Medina-González M.G. (5), Rodríguez-Hernández J.J. (6), Sánchez-González V.J. (7).

(1) Doctora Enfermera, Profesor Titular, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de los Altos CUALTOS; (2) Licenciado en Nutrición, PSS Enfermería, CS Yugoslavia SSJ; (3) PSS Enfermería; (4) Maestro Enfermero, Profesor Asistente, CUALTOS; (5) Maestra Psicóloga, Profesor Asociado, CUALTOS; (6) Maestro Enfermero, Profesor de Asignatura, CUALTOS; (7) Profesor Titular, Departamento de Clínicas, Doctorado en Biociencias, CUALTOS.

Resumen

Objetivo: Identificar el nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas en municipios de la Región de los Altos de Jalisco. **Método:** La población de estudio se constituyó por 61 adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles de los municipios de Acatic, Tepatitlán y Arandas Jalisco; pertenecientes a grupos GAM de la secretaria de salud. Los participantes respondieron un cuestionario del que se obtuvieron características sociodemográficas y se utilizó el instrumento “Partners in Health Scale (PIH)” para conocer su nivel de automanejo, la escala PIH está compuesta por 12 ítems y 3 dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de los signos y síntomas. El instrumento se evalúa en una escala de Likert 0 a 8 puntos. Se utilizó estadística descriptiva y el programa estadístico SPSS versión 19 para el análisis de datos. **Resultados:** En la población de estudio el 95.1% fue del sexo femenino, con una edad media de 70 ± 7 [63-77]; la media en años de estudio es 5 ± 4 [1-9], el 60.7% presentó más de una enfermedad crónica. El nivel de automanejo es bajo en un 38.3%; medio con un 36.7% y alto con 25%. **Conclusiones:** El nivel de automanejo obtenido por medio del instrumento PIH que presentan los adultos mayores de los municipios de la Región de los Altos de Jalisco es bajo, por lo que se recomienda realizar intervenciones para mejorar el nivel de automanejo.

Palabras clave: Automanejo, Adulto mayor, Enfermedad crónica

Abstract

Objective: Identify the level of self-management in older adults with chronic diseases surveyed in municipalities of the Altos de Jalisco Region. **Method:** The study population consisted of 61 Elderly with Non-transmissible Chronic in the municipalities of Acatic, Tepatitlan and Arandas Jalisco; belonging to GAM groups of the Health Secretary. The Participants answered a questionnaire from which sociodemographic characteristics were obtained and the instrument “Partners in Health Scale (PIH)” was used to know its level of self-management, the PIH scale is composed of 12 items and 3 dimensions: knowledge, adherence and management of signs and symptoms. The instrument is evaluated on a Likert scale of 0 to 8 points. Descriptive statistics and the statistical program SPSS version 19 were used for data analysis. **Results:** In the study population, 95.1% were female, with an average age of 70 ± 7 [63-77]; the mean in years of study is 5 ± 4 [1-9], 60.7% presented more than one chronic disease. The level of self-management is low at 38.3%; medium with 36.7% and high with 25%. **Conclusions:** The level of self-management obtained through the PIH instrument presented by the aged in the municipalities of Los Altos de Jalisco region is low, so it is recommended to carry out interventions to improve the self-management level.

Keywords: Self-Management, Aged, Chronic Disease

Introducción

Las enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores son la principal causa de muerte en México, por lo cual las necesidades físicas y económicas van en aumento, no solo para el mismo paciente sino para la familia y el estado, llevando a una situación de carencia de recursos y una constante falta de cuidados adecuados por parte del personal de salud como el autocontrol que ejercen sobre sí mismos, denotando de ésta manera la falta de educación en materia de automanejo de su enfermedad.

Se estima que la mayoría de las defunciones se centran en la población de 60 y más años (64.7%) y las principales causas de muerte en los hombres son las enfermedades isquémicas del corazón (17.9%), la diabetes mellitus (15.9%), las enfermedades cerebrovasculares (6.1%) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (6%). En las mujeres la principal causa de muerte se debe a la diabetes mellitus (18.8%) y le siguen las enfermedades isquémicas del corazón (16.6%) y las enfermedades cerebrovasculares (7.2%).¹

En el estado de Jalisco, la principal causa de muerte entre los adultos mayores es la Diabetes Mellitus con el 16.1%, seguida de las Enfermedades Isquémicas del corazón con 15.1% y de la Pulmonar Obstructiva Crónica con 8.2%, enfermedades cerebrovasculares 6.6 % y las infecciones respiratorias agudas bajas con el 4.5 %.²

En el caso de morbilidad, en el año 2017 a nivel nacional se diagnosticaron 118 361 casos de hipertensión arterial y 80 378 de Diabetes Mellitus³ de los cuales 11 173 casos de hipertensión y 7 504 de Diabetes Mellitus se presentaron en Jalisco.⁴

El automanejo de las enfermedades crónicas es considerado como un método integral de atención, ya que establece un modelo de salud para tratar estas enfermedades, prevenirlas y promover el bienestar.⁵

En el automanejo el paciente participa activamente en el cuidado de su salud y desarrolla habilidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones en relación a la salud y la enfermedad a la vez que le permite implementar estilos de vida que le permiten vivir con una o más enfermedades crónicas.

The Partners in Health Scale (PIH) es una escala genérica autoadministrada confiable de automanejo en enfermedades crónicas fue elaborado y validado por un

equipo de investigadores de la Universidad Flinders en Australia y considera cuatro dimensiones: conocimiento, lidiar/manejar los efectos secundarios, reconocer y manejar los síntomas y adherencia al tratamiento; la Red de Automanejo de Enfermedades Crónicas lo ha validado en poblaciones de México y Perú; la escala modificada contiene 12 ítems derivado de 3 dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de los signos y síntomas. Las respuestas de los 12 ítems del instrumento están estructuradas en escala de Likert 0 a 8 puntos, donde más cerca a cero es “menor automanejo” y más cerca de 8 “mejor automanejo”.^{6,7,8,9,10}

Peñarrieta y et al., en el año del 2015 realizaron un estudio titulado “Automanejo en Enfermedades Crónicas: Diabetes mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial y Cáncer” con el objetivo de describir las características del automanejo de la enfermedad crónica en adherencia, conocimiento, manejo de signos y síntomas en personas con diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer. En sus resultados refieren una población con predominio el sexo femenino 63%, el promedio de edad fue de 60 años; a su vez reportan que el automanejo en personas con enfermedades crónicas es deficiente en todas sus dimensiones: conocimiento, adherencia, y manejo de signos y síntomas; la dimensión conocimiento fue el de más bajo índice con 65.¹¹

Mar y colaboradores¹² analizaron la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus; entre sus resultados encontrados la edad promedio fue de 58 años y el 67% fueron mujeres, el nivel académico fue en promedio de 7 años escolares cursados; nivel de automanejo se situó en una puntuación media de 81 donde 100 indica un adecuado automanejo de las enfermedades crónicas. En relación a las dimensiones de automanejo: conocimiento de la enfermedad, manejo de signos y síntomas y adherencia; la dimensión conocimiento obtuvo una media de 73 siendo la más baja y la dimensión con mayor puntaje fue la de adherencia con una media de 83 puntos. Destress y Vela¹³ determinaron el nivel de automanejo en pacientes con diabetes Mellitus Tipo II, y encontraron que, el 49.3% presento un bajo automanejo. Lagos y Flores.¹⁴

reportan que el automanejo de los pacientes con diabetes mellitus de tipo II y la hipertensión arterial fue regular en un 56% e inadecuado en el 9% en un grupo de estudio con 100 pacientes.

Peñarrieta y colaboradores¹⁵ en su artículo titulado el automanejo en enfermedades crónicas, refiere un

automanejo deficiente en todas sus dimensiones; conocimiento, adherencia y manejo de signos y síntomas, el índice general de automanejo presentó una media de 66 puntos.

La literatura reporta que las determinantes sociales afectan el nivel de automanejo, Escolar y colaboradores¹⁶ evaluaron el estado civil y el género como desigualdad social en la mortalidad por diabetes mellitus y encontraron que las mujeres solteras (viudas, separadas, divorciadas) con menor nivel educativo presentan una mayor razón de tasa de mortalidad (5.1) así mismo los hombres solteros tienen una razón más elevada en un (3.1). A su vez Simo, Hernández Muñoz y González¹⁷ analizaron la salud de las personas divorciadas en España y encontraron que la salud es peor en este grupo de personas de igual formas las mujeres separadas/divorciadas sufren mayores probabilidades de presentar ansiedad y depresión crónica. A su vez Bidinotto, Simonetti y Bochi¹⁸ en su estudio titulado La salud del hombre: las enfermedades crónicas y la vulnerabilidad social encontraron que los hombres solteros acuden menos a sus citas médicas, y a mayor edad mayor número de enfermedades crónicas, así mismo encontraron que a menor nivel académico menor asistencia a citas médicas, lo que condiciona menos acciones preventivas y menor control de las enfermedades.

Metodología.

El presente estudio es de diseño transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia, constituida por 61 participantes de los grupos GAM. Donde se seleccionó a Adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. Se excluyó a los pacientes que no desearon participar en el estudio y los pacientes que no se encontraron el día de la recolección de datos. Las variables a estudiar fueron las características sociodemográficas edad, sexo, estado civil y años de estudio y el nivel de automanejo de la salud; para ello se utilizó el instrumento The Partners in Health Scale (PIH) los entrevistadores recibieron capacitación previa por investigadores master trainer de la red temática de automanejo en enfermedades crónicas.

Los datos obtenidos del presente estudio fueron capturados y procesados a través del programa estadístico informático "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)" versión 19 para Windows, utilizando estadística descriptiva.

El presente estudio forma parte del macro proyecto de automanejo en enfermedades crónicas de la Red temática 2018: Automanejo de Enfermedades Crónicas CONACYT 2708422 y del cuerpo académico UDG-CA-1046

Aspectos éticos

El estudio se apega a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014) donde se consideraron los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Por tal motivo se respetaron los siguientes artículos:

Del Artículo 13, se respetará en todo momento la dignidad y los derechos de bienestar del participante, se aplicarán los instrumentos en un lugar cómodo y respetando la privacidad del participante al no permitir que la información obtenida sea manejada por personas ajenas a la investigación. Del Artículo 14, Fracciones VII y VIII, se contó con el consentimiento informado realizado por el equipo de investigación del proyecto. Respecto al Artículo 16, se protegerá la privacidad del sujeto de investigación ya que en los cuestionarios solo incluyó un número de folio, código que se asignará a cada participante omitiendo sus nombres.

Del Artículo 17, Fracción II, el estudio se considera de riesgo mínimo, ya que se basa en la aplicación de una encuesta de datos sociodemográficos y diferentes cuestionarios validados en contexto mexicano que no afectaran la integridad física, ni psicológica del participante. Del Artículo 21, Fracciones I, II, III, IV, VI Y VII, se le informará al participante el objetivo y la justificación de la investigación, procedimientos y se aclararan dudas respecto a la investigación.

Resultados y discusión

La población estudiada fueron adultos mayores con una media de edad de 70 ± 7 [63-77] años, En comparación con los resultados hallados por Peñarrieta y otros autores se encontró similitud en el predominio del sexo es femenino con un 95.1%.^{11, 12, 13, 14, 15}

En la población de estudio predominó el sexo femenino con (95.1%) la edad media fue de 70 años ± 7 de desviación estándar (DS) [63-77]; la media en años de estudio es 5 ± 4 [1-9]. El 44.3% tiene pareja (casado o unión libre) y 55.7% no tienen pareja (soltero, viudo o divorciado), (Tabla 1).

Tabla 1.
Características sociodemográficas

Características socio-demográficas	Frecuencia F	Porcentaje %
Edad en años		
<64	13	21.3
65-74	34	55.7
>75	14	23
Sexo		
Femenino	58	95.1
Masculino	3	4.9
Estado Civil		
Soltero	34	55.7
Casado	27	44.3
Escolaridad en años		
0	11	18
1-6	36	59
7-9	13	21.4
> 10	1	1.6

Fuente: Directa

El nivel de estudios se ubicó en primaria trunca, lo que podría explicar el nivel de conocimientos en materia de automanejo, resultados similares encontraron Escolar y colaboradores donde refieren que a medida que disminuye el nivel educativo aumenta el riesgo de muerte por Diabetes Mellitus.¹⁶

En relación al estado civil el 55.7% es soltero, Simo refiere que la salud empeora cuando los pacientes son solteros y las mujeres solteras tienen mayor probabilidad de sufrir ansiedad y depresión crónicas, a su vez Bidinotto encontró que la correlación del estado civil y las enfermedades crónicas no transmisibles es más fuerte entre los solteros $r=0.58$ con una $p=0.01$. a su vez Escolar hace referencia a que el estado civil modifica la desigualdad social en la mortalidad por DM^{16,17,18}

Se observó que cada vez es menor la edad en la que se presentan las enfermedades crónicas. El 60.7% de los

pacientes estudiados manifestaron ser multipatológicos al referir que presentan más de una enfermedad crónica, entre las que destacan hipertensión, Diabetes Mellitus tipo II, depresión y obesidad, resultado semejante reporta Bidinotto¹⁸ donde concluye que, a mayor edad mayor es el número de enfermedades crónicas.

La escala Partners in Health, (socios en salud) es un instrumento validado y confiable que permite evaluar el automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles y permite al personal de salud establecer estrategias en el automanejo ante los desafíos sociales, físicos y emocionales en los diferentes estados de salud con un enfoque holístico que permita establecer de forma conjunta con el paciente y la familia un plan de cuidados. Con respecto a la escala Partners in Health, de automanejo se utilizaron los siguientes ítems. (Tabla 2).

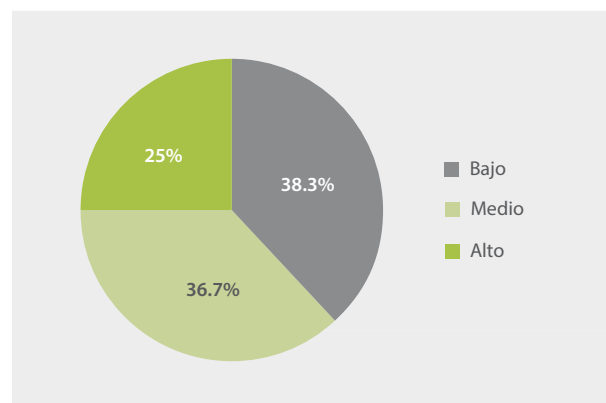
Tabla 2.

Automanejo	Puntuación media alcanzada en la escala del 0 al 8
CONOCIMIENTO	
En general, lo que conoce de su salud es:	6
En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es:	6
ADHERENCIA	
Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud	6
Le comparte a su médico o trabajador de salud sobre aspectos que usted decide en sus cuidados de su enfermedad, como tomar tes o recibir terapias alternativas	5
Es capaz de solicitarle al médico o trabajador de salud algunos aspectos que considere deben cambiar en su tratamiento o incorporar algunas cosas que a usted le gustaría, como cambiar las medicinas, interconsultas, etc.	5
Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud	7
Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo)	7
Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran	7
En general, llevan un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, alcohol moderado, alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):	7
MANEJO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	
Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar):	7
Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud.	7
Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud.	7

El nivel de automanejo en los adultos mayores con enfermedades crónicas estudiados está representado en su mayoría por un nivel bajo en el cual se recomienda realizar intervenciones para mantener el 25% que refiere un nivel alto y al mismo tiempo establecer líneas de acción para mejorar al 75% restante (Gráfica 1), siendo este último grupo el más beneficiado por el programa “Tomando Control de su Salud”. Resultados similares obtuvieron Lagos y Flores¹⁴, quienes reportan un nivel de automanejo regular en el 56% e inadecuado en el 9%.

En relación con el índice de automanejo, en las dimensiones se encontró que Conocimiento presento una media de 12.40, siendo su rango máximo de 16, Adherencia obtuvo una media de 43.60, con un rango máximo de 56 y Manejo de signos y síntomas se situó con una media de 20.91 con un rango máximo de 24. Los resultados muestran que la mayor diferencia se presentó en las dimensiones Conocimiento y Adherencia (Tabla 3).

Gráfica 1.
Porcentajes en nivel de automanejo en
participantes de los grupos GAM de la Región de
Los Altos Sur.



Fuente: Directa.

Tabla 3.
Índice de automanejo

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media
Conocimiento	0	16	12.40
Adherencia	2	56	43.60
Manejo de signos y síntomas	10	24	20.91
Índice general de automanejo	12	96	76.91

Fuente: Directa

Mar y colaboradores ¹² encontraron que el área más deficiente fue la de conocimiento con una media de 73 y el área con mayor puntaje fue la de adherencia con una media de 83 puntos con rangos máximos de 100, a su vez Peñarrieta ¹⁵ en el 2013 menciona que el automanejo es deficiente en las dimensiones conocimientos, adherencias y manejo de signos y síntomas en pacientes con enfermedades crónicas en una jurisdicción de centros de salud en Perú.

Conclusiones

El nivel de automanejo que presentan los adultos mayores de los municipios de la Región de los Altos de Jalisco es bajo por lo que se recomienda establecer un plan de acción eficaz en el grupo etario afectado, abordando esta problemática desde la perspectiva de género.

El identificar el nivel de automanejo en la cronicidad sirve como diagnóstico inicial para implementar

diversas estrategias de automanejo como es el programa “tomando control de su salud” a su vez se comprobó la utilidad de la herramienta “*Partners in Health scale*” como predictor para la medición del nivel de automanejo de enfermedades crónicas en una población rural.

Responsables de la correspondencia:

Dra. María Guadalupe Díaz Rentería; Dr. Víctor Javier Sánchez González

Departamento de Clínicas, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara

01 (378) 78 280 33 ext. 56823

Av. Rafael Casillas Aceves No. 1200, Tepatitlán de Morelos, Jalisco, México.

maria.drenieria@academicos.udg.mx, victor.sanchez@academicos.udg.mx

academicos.udg.mx

Fuentes de financiamiento de la investigación: Red temática 2018: Automanejo de Enfermedades Crónicas CONACYT Núm. 2708422

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2017) “Estadística a propósito del día de muertos” (2 de noviembre). [Citado el 29 de octubre de 2018]; Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf
2. Instituto de Información Estadística y Geográfica [IIEG] (2012), Día Nacional del Adulto Mayor. [Citado el 29 de octubre de 2018]; Disponible en: <https://www.iieg.gob.mx/contenido/PoblacionVivienda/adultoMayor.pdf>
3. Secretaría de salud. Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de mayores de 65 años Estados Unidos Mexicanos 2017 Población General. [Citado el 30 de octubre de 2018]; Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_sesentaicinco_mas.pdf
4. Secretaría de Salud. Veinte principales causas de enfermedad en Jalisco, por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2017 Población General. [Citado el 30 de octubre de 2018]; Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/principales/estatal_grupo/jal.pdf
5. Grady PA, Gough LL. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. Am J Public Health. 2014;104:e25-e31. doi: 10.2105/AJPH.2014.302041.
6. Wilkinson A. Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review Int J Nurs Stud. [internet] 2009 [citado 29 de ene 2019]; 46(8):1143-7.

- Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748908003581?via%3Dihub>
7. W Battersby M, Ask A, M Reece M, J Markwick M, P Collins J. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health* 9, 41-52. <https://doi.org/10.1071/PY03022>
 8. Veldman K, Reijneveld SA, Lahr MMH, Uittenbroek RJ, Wynia K. (2016) The Partners in Health scale for older adults: design and examination of its psychometric properties in a Dutch population of older adults. *Health Expect.* [internet] 2017 [citado 5 de nov 2018]; 20(4):601-607. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12488>
 9. León RC., Peñarrieta MI., Gutiérrez T. Validación de instrumentos de Indicadores de salud y psicosociales. Red de Automanejo de enfermedades crónicas. disponible en: <http://reddeautomanejo.com/assets/cap%C3%ADtulo-validacion-de-instrumentos.pdf>
 10. Peñarrieta M, Vergel O, Schmith L, Lezama S, Rivero R, Taipe J, Bejarano L. Validación de un instrumento para evaluar el automanejo en enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en salud. *Rev. Cient. de Enferm.* 2012; VIII(1):64-73
 11. Peñarrieta I, Reyes G, Krederdt S, Flores F, Reséndiz E, Chávez E. Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener.* [internet] 2015 [citado 29 de oct 2018]; 2015;4. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjWoaPeiJHgAhWdGTQIHf3YAowQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Freddautomanejo.com%2Fassets%2Fautomanejo_en_enfermedades_cronicas.pdf&usq=AOvVaw3rH5rR2yBcnSvFuo3bmvwG
 12. Mar J, Peñarrieta I, León-Hernández R, Gutiérrez T, Banda O, Rangel S. et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2017 [citado 2020 ene 30];14(3):155-161. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300155&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>.
 13. Destres P, Vela P. Nivel de automanejo en los pacientes con Diabetes mellitus tipo II, según sexo, en los Servicios de podología y endocrinología. Hospital municipal surco salud 2017. [internet] 2018 [citado 29 de ene 2019]; Disponible en: <http://repositorio.uwienner.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1691/TITULO%20-%20Vela%20Saboya%2c%20Tatiana%20del%20Pilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Lagos-Méndez H, Flores-Rodríguez N. Funcionalidad familiar y automanejo en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuid Salud.* [Internet]. 2014 [citado 29 de ene 2019];1(2):85-92. http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1111
 15. Peñarrieta M, Vergel S, Lezama S, Rivero R, Taipe J, Borda H. El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. *Rev enferm Herediana.* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2020 ene 30];6(1):42-49. Disponible en: <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-autoimanejo-peru-publicado-2013.pdf>
 16. Escolar A, Córdoba A, Goicolea I, Rodríguez J, Santos V, Mayoral E, Aguilar M. The effect of marital status on social and gender inequalities in diabetes mortality in Andalusia. *Endocrinol Diabetes Nutr.* [internet] 2017 [citado 29 de ene 2019]; 65(1):21-29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-el-efecto-del-estado-civil-S2530016417302501>. doi:10.1016/j.endinu.2017.10.006.
 17. Simó C, Hernández A. Muñoz D. y González E. The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas.* [internet] 2015 [citado 29 de ene 2019]; 151: 141-166. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/997/99743655008_2.pdf doi:10.5477/cis/reis.151.141
 18. Bidinotto P, Bertolini, Simonetti P, Bocchi M. Men's health: non-communicable chronic diseases and social vulnerability. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2016 [citado 29 de ene 2019]; 24: e2756. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100380&lng=en.Epub. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0735.2756>.

Artículo original

Factores de riesgo para morbilidad y mortalidad, en un grupo de motociclistas del estado de Oaxaca

Sánchez-Chávez N.P.(1), Reyes-Gómez U. (2, 3), Reyes-Hernández K.L.(2), Mejía-Mejía Y.(4), Reyes-Hernández M.U.(2), Matos-Alviso L.J. (2), Reyes-Hernández P.O (2), López-Cruz G.(3), Quero-Hernández A.(3). Vargas-Vallejo M.P (4).

(1) Directora Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, Enfermera Jefa de Servicio del Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE; (2) Unidad de Investigación en Pediatría Instituto Pedagógico San Rafael, San Luis Potosí; (3) Academia Mexicana de Pediatría, capítulo centro; (4) Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, profesor de tiempo completo

Resumen

Introducción: Tres de cada cinco accidentes de tráfico suelen ocurrir principalmente por el factor humano lo que significa que se pueden prevenir, los accidentes en motociclistas son cada vez más frecuentes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, con entrevistas estructuradas para conductores, para indagar sobre el conocimiento que se tiene acerca de las medidas de seguridad en el manejo de motocicleta. En un muestreo no probabilístico, en cinco cruces del estado de Oaxaca, en días al azar, y durante dos meses Las conductas demostradas por los conductores se clasificaron y evaluaron en 3 grupos: conductas negativas, neutras y positivas. Para la valoración probabilística se utilizó el procedimiento Monte Carlo. **Resultados:** Se evaluaron 208 conductores, la mayoría del sexo masculino, 69 eran adolescentes, 143 motociclistas viajan con dos, tres y cuatro personas, muchos son niños. 65 masculinos y 28 mujeres usan casco, de las y los acompañantes prácticamente nadie porta casco. La significancia estadística demuestra que las actitudes son significativas hacia el conocimiento, en su mayoría los conductores incurrir en actitudes irresponsables negativas y neutras ya que siempre las realizan de manera habitual. En lo que corresponde a velocidad excesiva, incurrir en infracciones de tránsito, no uso de casco que incluye acompañantes, e inclinación o propensión a accidentes, todas tuvieron significancia estadística. **Conclusiones:** Pese a los reglamentos de tránsito, los motociclistas hacen caso omiso de estas y el factor de riesgo aumenta. Se tienen que incrementar las penalizaciones a los conductores para que porten el casco. Y en definitiva no deberán ser transportados niños de ninguna edad en ellas. La inexperiencia de los conductores jóvenes y la sobreestimación de sus capacidades como individuos de exponerse a accidentes conducen finalmente a alta morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: Adolescentes, accidentes, cascos, factores de riesgo, motos, morbilidad y mortalidad

Abstracts

Introduction: Three of five accidents often occur mainly by the human factor, this meaning that can be prevented in motorcycle accidents are becoming more frequent. **Material and Methods:** A descriptive study was performed with structured interviews for drivers to inquire about the knowledge we have about the security measures in handling motorcycle. In a non-probability sampling, in five cruises of Oaxaca, in days at random, and for two months behaviors demonstrated by drivers were classified and assessed in 3 groups: negative, neutral and positive behaviors. The Monte Carlo method was used for the probabilistic assessment. **Results:** 208 drivers were examined, mostly male, 69 were teenagers, 143 motorcyclists traveling with two, three and four, there are many children 65 men and 28 women wear the helmet, and accompanying the almost nobody carries the helmet. Statistical significance shows that attitudes are significant to knowledge, most drivers engage in negative and neutral irresponsible attitudes, as always they have done as usual. As relates to speeding, traffic violations incurred, not wearing helmet including escorts, and inclination or propensity to accidents all were statistically significant. **Conclusions:** Despite the traffic regulations, motorcyclists ignore these and the risk factor increases. They have to increase the penalties for drivers to wear the helmet. And they shall not be transported children of any age on them. The inexperience of young drivers and overestimate their abilities as individuals exposed to accidents ultimately lead to high morbidity and mortality.

Key Words: Adolescents, accidents, helmets, risk factors, motorcycles, morbidity and mortality

Introducción

En nuestra práctica como profesionales del área de la salud es muy frecuente la atención de pacientes afectados por accidentes de tránsito en los servicios de Urgencias o Terapia Intensiva. Al indagar las causas se observa que en muchas ocasiones son errores humanos del conductor, lo que conlleva a la ocurrencia de dichos accidentes.

Los accidentes de tráfico suelen ocurrir principalmente por el factor humano lo que significa que se pueden prevenir, estos pueden, a su vez desglosarse en diferentes subgrupos, de acuerdo con diversos criterios. Según el propuesto por Evans en 1996, recogido y adaptado en la revisión de Petridou y Moustaky (2000) se pueden clasificar en los siguientes cuatro grupos y colectivamente representan la principal causa de 3 de cada 5 accidentes de tránsito.

1. Factores que reducen la capacidad de base a largo plazo: inexperiencia, vejez, enfermedad e incapacidad, alcoholismo y abuso de drogas.
2. Factores que reducen la capacidad de base a corto plazo: fase de digestión tras la comida, estrés psicológico agudo, distracción temporal.
3. Factores que promueven comportamientos de riesgo con impacto a largo plazo:

Sobreestimación de capacidades, comportamiento varonil, velocidad excesiva de forma habitual, desatender habitualmente las regulaciones de tráfico, comportamiento incorrecto conduciendo, no uso de casco, sentarse inapropiadamente mientras se conduce, inclinación o propensión al accidente.

4. Factores que promueven comportamientos de riesgo con impacto a corto plazo: consumo moderado de etanol, drogas psicotrópicas, homicidio con vehículos a motor, conducta suicida, actos compulsivos.¹⁻²

En este primer estudio detectaremos los factores que promueven comportamientos de riesgo con impacto a largo plazo, siendo conductas observables y modificables. Hacemos hincapié en las condiciones en las que deberán conducir los motociclistas. Podrán llevar un acompañante en su vehículo, el cual también deberá utilizar casco y elementos de seguridad.

Deberán usar de acuerdo con lo estipulado para vehículos automotores, las luces direccionales. Cuando transiten por las vías de uso público deberán hacerlo con las luces delanteras y traseras encendidas.

El conductor deberá portar siempre chaleco reflectivo identificado con el número de la placa del vehículo en el que transite.³

El enfoque de derechos y cuidados como actitud son dos miradas que se complementan y se retroalimentan, mientras el primero formaliza los principios morales para una sociedad y los aplica de forma imparcial y justa, el cuidado contextualiza de acuerdo a las particularidades y detalles concretos de cada situación. Igualmente, desde la mirada del cuidado hay una preocupación por ayudar al otro y sentirse responsables de las demás personas, ser capaces de sentir preocupación por el otro para salir de la indiferencia y actuar de manera protectora.⁴ Esta mirada promueve empatía, solidaridad y apoyo, porque en el mundo se entiende como una red de relaciones en donde todos nos afectamos mutuamente y cada individuo es responsable de todos los demás. Es necesario implementar la teoría de autocuidado y sus principios para la implementación, que, en resumen: ⁵

- Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones, por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.
- Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales. Tomando como base todos estos conceptos creímos conveniente conocer cuáles son los factores de riesgo relacionados con la morbilidad que ocurre en accidentes de motociclistas y en donde los niños como acompañantes de los mismos tienen un alto riesgo de morir.

Material y métodos

Estudio descriptivo, con entrevistas estructuradas para conductores en forma personal e indagar sobre el conocimiento que se tiene acerca de las medidas de seguridad en el manejo de motocicleta. Muestreo no probabilístico, como estrategia los entrevistadores y observadores realizaron las entrevistas en cinco cruceros del estado de Oaxaca, en días al azar, y durante dos meses en total 21 días de entrevistas en los tres turnos: Matutino, vespertino y nocturno. Para cuantificar las conductas

demostradas por los conductores éstas se clasificaron y evaluaron en 3 grupos:

Conducta negativa, valorada como aquella en donde no utiliza ningún mecanismo de precaución y cuidado hacia su persona y la o las personas que viajan con el conductor.

Conducta Neutra, valorada como aquella en donde tiene el conocimiento y algunas veces utiliza medidas de precaución hacia su persona y los demás

Conducta positiva, valorada como aquella en donde tiene conocimiento y siempre utiliza medidas de precaución y cuidado hacia su persona y los demás.

Criterios de eliminación: Se eliminaron motociclistas que habían sido entrevistados en otro cruce u otro turno.

Criterios de exclusión: se excluyeron motociclistas que trabajan para una empresa, como fueron

Repartidores de pizzas, y otros, telégrafos, policías federales. Ya que a ellos solo se les permite ir sin acompañantes y con uso de casco reglamentario.

Para la valoración probabilística se utilizó el procedimiento Monte Carlo para generar aleatoriamente, a partir de un modelo de distribución de una muestra de datos

observados, y a partir de las muestras simuladas, se evaluó el error estadístico, estimando parámetros para obtener el grado de significación de una prueba de contraste de hipótesis. Se realizó análisis estadístico descriptivo para variables sociodemográficas, y de actitudes de autocuidado. Se entrevistaron 208 motociclistas conductores que transitaban por los cruces de Oaxaca.

Resultados

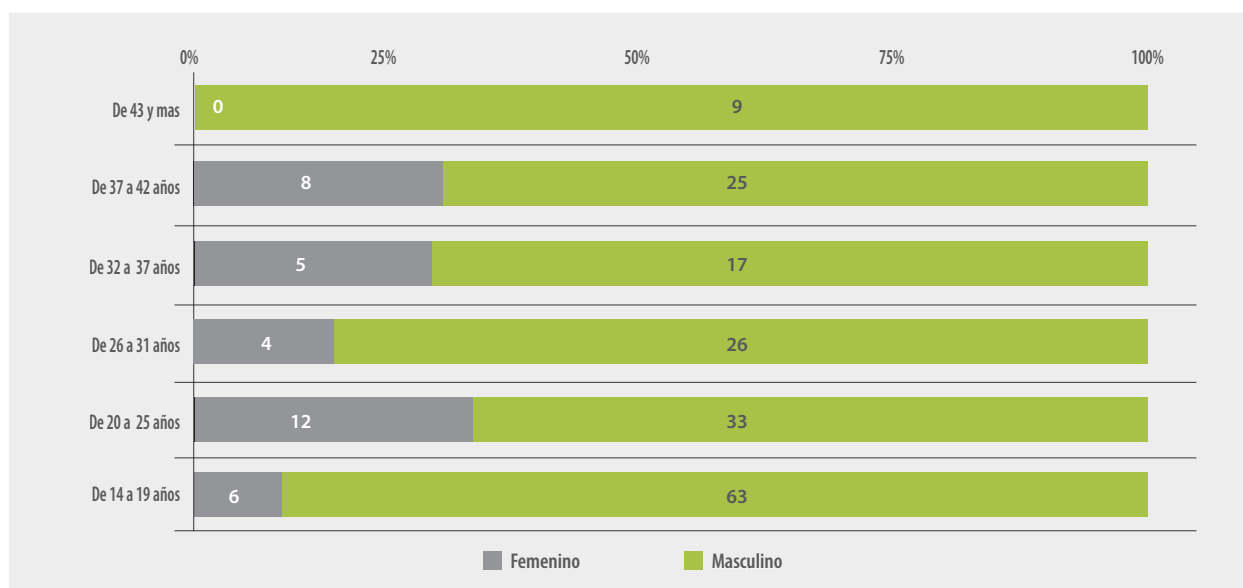
De un total de 208 conductores de motocicletas encuestados, 35 son de sexo femenino y 173 son de sexo masculino, de los cuales 69 eran adolescentes. Gráfica 1.

65 motociclistas viajan solos y 143 motociclistas viajan con dos, tres y cuatro personas del total de 208 conductores. Gráfica 2.

De un total de 208 acompañantes, 103 eran del sexo femenino y 98 del sexo masculino, del total de la muestra 18 son lactantes y preescolares, 24 son escolares, 29 adolescentes, 31 son adultos jóvenes, y 4 acompañantes femeninas de la tercera edad. Gráfica 3.

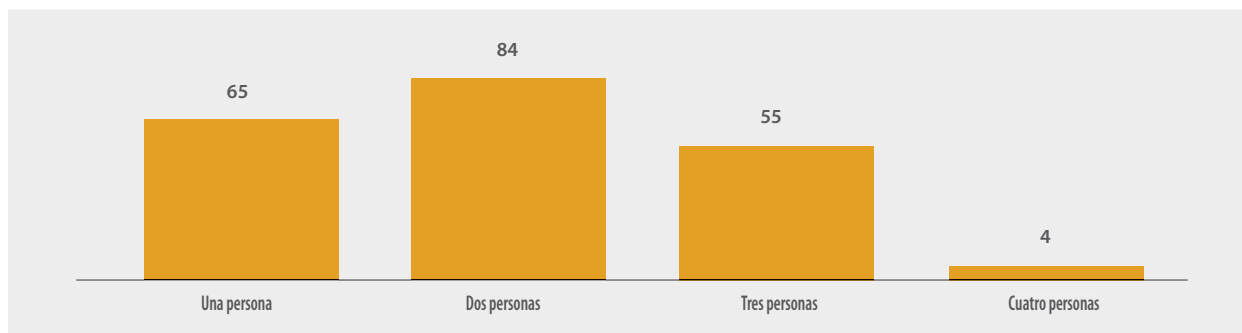
En cuanto a uso de casco, 65 motociclistas de sexo masculino lo portaban y 112 no, del sexo femenino 28 lo usan y 7 no, considerándose esto como una de las conductas más riesgosas. Gráfica 4.

Gráfica 1.
Grupo de estudio por edad y sexo de motociclistas conductores



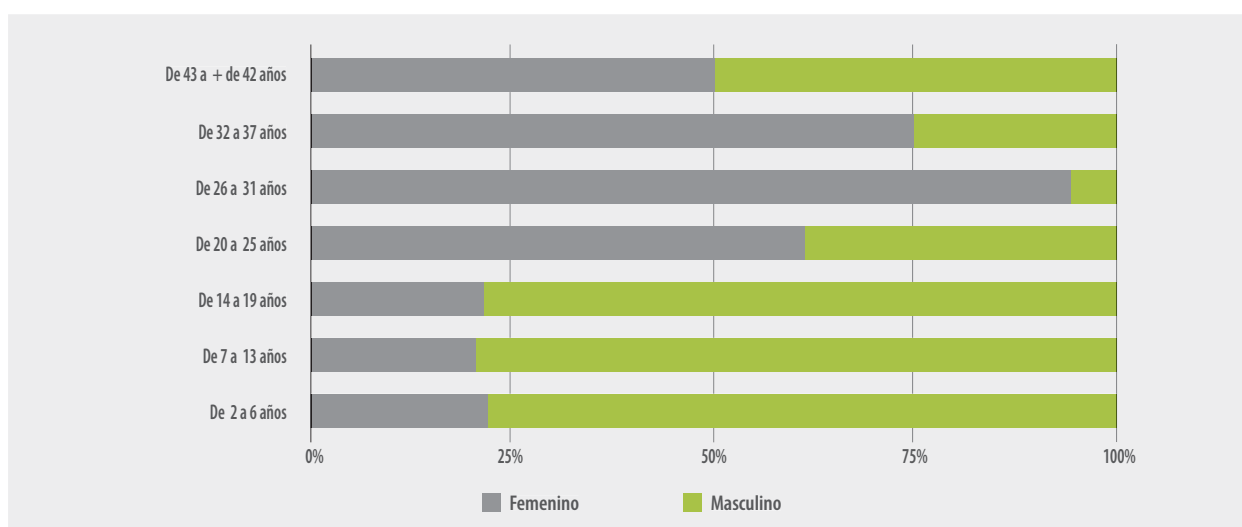
De un total de 208 conductores de motocicletas encuestados, 35 eran del sexo femenino y 173 del sexo masculino, de los cuales 69 son adolescentes.

Gráfica 2.
Número de personas que viajan por motocicleta



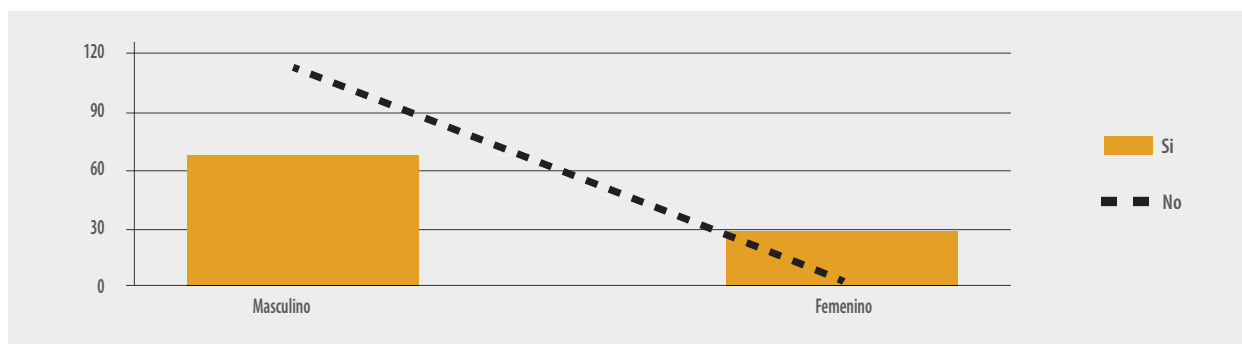
De tipo descriptiva: donde 65 motociclistas viajan solos y 143 motociclistas viajan con dos, tres y cuatro personas del total de 208 conductores.

Gráfica 3.
Personas que viajan en las motocicletas como acompañantes por grupo de edad y sexo



Describe en un total de 208 acompañantes, 103 son de sexo femenino y 98 de sexo masculino, del total de la muestra 18 son lactantes y preescolares, 24 son escolares, 29 adolescentes, 31 son adultos jóvenes, y llama la atención 4 acompañantes femeninas de la tercera edad.

Gráfica 4.
Gráfico de tendencia, uso de casco por sexo



El uso de cascos 65 motociclistas de sexo masculino lo usan y 112 no, del sexo femenino 28 lo usan y 7 no, una de las conductas más riesgosas es el no uso de casco ya que la persona de menos conductas riesgosas la primera conducta es el uso de casco.

Tabla 1.
Estadística de Conductas de autocuidado de motociclistas

Condiciones para conducir una motocicleta	Actitudes de autocuidado	Desviación estándar	Sig.
Utiliza casco reglamentario y lentes protectores	Negativa	2.10	0.000
	Neutra	3.23	
	Positiva	2.45	
El conductor conoce del reglamento de tránsito para motociclistas	Negativa	2.45	0.00
	Neutra	3.47	
	Positiva	3.32	
Lleva un acompañante en su vehículo, el cual también deberá utilizar casco y elementos de seguridad.	Negativa	2.12	
	Neutra	2.32	
	Positiva	1.24	
Usa de acuerdo con lo estipulado para vehículos automotores, las luces direccionales.	Negativa	1.43	0.001
	Neutra	2.24	
	Positiva	2.34	
Cuando transita por las vías de uso público lo hace con las luces delanteras y traseras encendidas.	Negativa	3.43	0.000
	Neutra	2.32	
	Positiva	2.43	
Conduce a una velocidad adecuada, transita en vialidades o carriles sin circular en forma paralela en un mismo carril o entre carriles	Negativa	3.21	0.000
	Neutra	1.23	
	Positiva	1.34	

Discusión

La significancia estadística demuestra que las actitudes son significativas hacia el conocimiento, en su mayoría los conductores incurrir en actitudes irresponsables negativas y neutras. Tabla 1.

En la escala de medición a largo plazo de comportamientos de riesgo se demostró que son significativos los cinco puntos de reflexión hacia los comportamientos constantes ya que siempre los realizan de manera habitual.

En lo que corresponde a velocidad excesiva, incurrir en infracciones de tránsito, el no uso de casco que incluye acompañantes, e inclinación o propensión a accidentes. Tabla 2.

De acuerdo a los resultados llevados a la estadística, las actitudes de conducta negativa: irresponsables y neutras predominan sobre las positivas. Esto es lo más importante del presente trabajo y es aquí donde se tiene que incidir, pues son estos los factores de riesgo que llevarán finalmente a accidentes que pudieron haberse previsto. En la escala de medición a largo plazo de comportamientos de riesgo se muestra que son significativos los cinco puntos de reflexión hacia los comportamientos constantes ya que siempre los realizan de manera habitual. En lo que corresponde a: Velocidad excesiva, incurrir en infracciones de tránsito, no uso de casco que incluye acompañantes, e inclinación o propensión a accidentes. Todos estos puntos mostraron un valor estadístico significativo.

Tabla 2.
**Estadística Monte Carlo en Factores que promueven comportamientos de riesgo
con impacto a largo plazo en motociclistas del estado de Oaxaca**

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO	MEDICIÓN DE ESCALA A LARGO PLAZO	Desviación estándar	Sig.
Sobreestimación de capacidades	Siempre	4.10	0.000
	A veces	3.23	
	nunca	1.32	
Velocidad excesiva de forma habitual	Siempre	3.45	0.00
	A veces	3.07	
	nunca	2.02	
Desatender habitualmente las regulaciones de tráfico, comportamiento incorrecto conduciendo,	Siempre	3.12	
	A veces	1.32	
	nunca	1.24	
No uso de casco, sentarse inapropiadamente mientras se conduce.	Siempre	3.43	0.000
	A veces	1.24	
	nunca	1.34	
Inclinación o propensión a accidentes	Siempre	3.43	0.000
	A veces	2.31	
	nunca	1.21	

En la escala de medición a largo plazo de comportamientos de riesgo se demostró que es significativo los cinco puntos de reflexión hacia los comportamientos constantes ya que siempre los realizan de manera habitual. En lo que corresponde a velocidad excesiva, incurrir en infracciones de tránsito, no uso de casco que incluye acompañantes, e inclinación o propensión a accidentes.

De acuerdo al informe sobre la situación mundial de la seguridad vial del 2013 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 6 las lesiones causadas por tránsito son la octava causa mundial de muerte y la primera entre los jóvenes de 15 a 29 años. Las tendencias indican que, si no se toman medidas urgentes, los accidentes se convertirán en 2030 en la quinta causa de muerte. Desde el 2009 instan en estrategias comprobadas para reducir estas lesiones. Gracias a su aplicación varios países han adoptado medidas exitosas, en 2010 gobiernos de todo el mundo proclamaron el Decenio de acción para la seguridad vial 2011-2020 cuyo objetivo principal es reducir las tendencias de estas muertes por accidentes de tránsito, se calculan que se salvarán 5 millones de vidas en esos 10 años de aplicarse bien esas medidas. Estamos refiriéndonos que cada año ocurren 1.24 millones de muertes en promedio desde el año 2007 con un aumento mundial de 15%. Los países de ingresos medios son los que tienen mayores tasas de mortalidad 20.1 por 100 000 en comparación de 8.7 en los de ingresos

elevados. En ellos tienen el 5 % de vehículos registrados de todo el mundo.⁷ La mitad de los fallecidos son peatones, ciclistas y motociclistas (22,5 y 23%) respectivamente. En los países del pacífico occidental 36% de accidentes implican vehículos motorizados de dos a tres ruedas.

Una de las estrategias de más impacto es reducir la velocidad de los vehículos en zonas urbanas esto protege a peatones y a ciclistas, es decir la velocidad aumenta la probabilidad de que se produzcan accidentes y estos sean de mayor magnitud conforme se incrementa esta. La propuesta consiste en limitar la velocidad en zonas urbanas a un máximo de 50 km/h, aunque se reconoce que el límite máximo de 30 km/h en zonas de gran concentración es aún mucho más eficaz. Si bien se han promulgado leyes sobre seguridad vial en 35 países, solo el 7% de la población mundial está cubierta por leyes más integrales. Solo un 39% tiene un límite de velocidad nacional en zonas urbanas de 50 km/h o menos.

La observación de los límites de velocidad es esencial para crear una conducción más segura, de igual forma sucede cuando se establece una alcoholemia máxima permitida de 0.05 g/dl o menos, solo 66% de la población tiene este estándar. Otra estrategia que es aplicable al presente estudio es seguir endureciendo las leyes sobre el uso del casco por los motociclistas y fomentar la normalización de los mismos. El Dr. Rivera en los Estados Unidos con una sola estrategia (EL PORTAR EL CASCO) logró disminuir la gravedad de los accidentes en los niños y por tanto con una gran repercusión en disminuir las tasas de mortalidad, el uso de casco de buena calidad también reduce el riesgo de muerte en un 40% y el riesgo de lesiones graves en un 70% de los traumas craneales. Noventa países (77%) de la población mundial, disponen de leyes integrales sobre el uso del casco que abarcan a todos los usuarios, todos los tipos de vía pública y todos los tipos de motores y aplican normas para homologar los cascos.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) 8 documentó que, según el testimonio de la madre o el cuidador, el 4.4% de los niños había sufrido algún accidente no fatal en el último año, con una mayor frecuencia en hombres que en mujeres (5.3 y 3.4%, respectivamente). El 13.71 % fue en accidentes viales en niños mayores de 10 años.

Un reporte reciente en Argentina documenta a casi un tercio de los ingresos a hospitales por traumatismo son heridos por chocar en moto (27.2%), la mayoría son varones de 14 a 34 años, los que más se lastiman al caer es la cabeza (28.4%), seguido de lesiones en las extremidades (21.7%) El trauma es mayor en varones 4 a 1, las lesiones de la extremidades son las que más tiempo de rehabilitación requieren con enormes costos, pérdidas de horas de trabajo y discapacidad, concluye que 32 mil personas al año mueren por trauma incluidos los accidentes en moto, concluyen que la mejor medida preventiva de protección lo es el casco y que no viajen más de dos personas por moto y ambas porten el casco.⁹

La sociedad de hoy está inmersa en un mundo altamente competitivo, falta de tiempo, falta de precauciones y seguridad, entre otros. El presente estudio no es la excepción. Los vehículos de motor cada vez son más potentes, las motocicletas de igual forma. Lo que es un hecho indiscutible es que las mujeres cada vez son conductores de ambas formas vehiculares pero sobre todo adolescentes y esto es un riesgo mismo por la edad en donde aún no toman consciencia y se vive en un mundo de alto riesgo llámese alcohol, conductas sexuales, estrés y comportamientos sociales en general. Pero no solo es esta

edad sino el riesgo se asume para los familiares de menores de edad incluidos lactantes los cuales son transportados en motos lo cual de entrada no debiera permitirse por tanto el riesgo de sufrir un accidente es secundario ya que ellos no toman decisiones y están supeditados al riesgo mismo que imponen los adolescentes o adultos conductores llámese hermanos, padres, tíos, etc. Ya que en su gran mayoría viajan 3 o más en una moto llevando implícito un alto riesgo de accidentes ya que incrementa el peso sobre la misma, pero además hará mas difícil su conducción por disminuir la posibilidad de maniobrar ante una situación que requiera realizarla (un tope, un alto, un rebase, etc.) pero aún más si se le agrega el aspecto personal temerario de rebasar por la derecha, el de no respetar los semáforos, el conducir en estado de ebriedad, o desvelado, etc. Incrementa aún más este riesgo de alta morbilidad, muchas de estas condiciones han sido ampliamente ya analizadas.¹⁰

En cuanto al uso del casco en términos generales tratándose del conductor 2 de cada 3 no lo usa, y menos aún los acompañantes, sin embargo, al comparar el sexo, la situación se invierte es decir 3 de 4 conductoras mujeres sí lo usan. La falta de casco es una conducta altamente riesgosa, en el caso del uso de casco sería una conducta altamente positiva.

Conclusión

A nivel individual, el principal determinante de la probabilidad que tiene un conductor de involucrarse en un accidente, es la intensidad de su exposición. A pesar de la aparente simplicidad de la exposición, su impacto en el largo plazo es un factor de riesgo para el conductor, los acompañantes y para aquel que transita en un paso peatonal.

El presente estudio pone de manifiesto que pese a los reglamentos de tránsito, los motociclistas hacen caso omiso de estas y el factor de riesgo aumenta en forma exponencial Se tienen que incrementar las penalizaciones a los conductores para que porten el casco. Y en definitiva no deberán ser transportados niños de ninguna edad en ellas. La inexperiencia de los conductores jóvenes y la sobreestimación de sus capacidades como individuos les exponen a mayor número de accidentes.

La Atención Primaria a la Salud es el camino correcto, en este caso para la prevención de accidentes, que cuando se trata de motociclistas, muchos de los accidentados ya no alcanzan el beneficio de los hospitales por ser de alta mortalidad, debido a lo endeble y poco protectora que resulta ésta ante un percance.

Referencias bibliográficas

1. Petridou E, Moustaky M. Human factors is the causation of road traffic crashes. *Eur J Epidemiol* 2000; 16:819-826
2. Peden M (Edit). *World Report on Road Traffic Injury Prevention*. Geneva: World Health Organization, 2004
3. Blantari J et al. An evaluación of the effectiveness of televised road safety messages in Ghana. *International Journal of injury Control & Safety Promotion* 2005; 12: 23-9
4. Liu B et al. Helmets for preventing injury in motorcycle riders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*: 2005
5. Kitzinger J. Qualitative research; Introducing focus groups. *British Medical Journal* 1995; 311: 299-302.
6. Organización Panamericana para la Salud La estrategia mexicana de seguridad vial 2010 Disponible [http://www.paho.org/mex/](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=496:estrategia-mexicana-seguridad-vial&Itemid=380)
7. Organización Mundial de la Salud. Decenio mundial para la seguridad Vial 2011-2020 http://www.who.int/roadsafety/publications/global_launch_es.pdf
8. Gutiérrez JP, Rivera DJ, Shamah LT, Villalpando HS, Franco A, Cuevas NL, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México; Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.
9. La motos primera causa de accidentes en los jóvenes en Argentina disponible en internet: http://www.clarin.com/sociedad/moto-primer-causa-accidentes-jovenes_0_664733557.html
10. Bustos CE, Cabrales MR, Cerón RM, Naranjo LM. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños revisión de estadísticas internacionales y nacionales *Bol Med Hosp Infant Mex* 2014; 71: 2-10

Artículo de revisión

El sarampión: Enfermedad re-emergente (S.L.P., Oaxaca, Jalisco)

Matos-Alviso L.J.(1), Reyes-Gómez U. (1)(2), Sánchez-Chávez N.P.(2), Romero-Feregrino R.(3), Comas-García A. (4), Reyes-Hernández K.L. (1), Pérez-Ortega F.P. (1), Reyes-Hernández M.U. (1), Guerrero-Becerra M. (5), Luévanos-Velázquez A. (5).

Unidad de Investigación en Pediatría Instituto San Rafael San Luis Potosí; (2); Dirección Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma Benito Juárez, Oaxaca; (3) Asociación Mexicana de Vacunología; (4) Facultad de Medicina Universidad Autónoma de San Luis Potosí; (5) Departamento de infectología pediátrica, Antiguo Hospital Civil, Guadalajara.

Resumen

El sarampión es una enfermedad viral exantemática, extremadamente contagiosa, febril, su modo de transmisión es aérea a través de inhalación del virus contenido en microgotas de secreciones del tracto respiratorio de una persona infectada lo que explica su alta contagiosidad. A pesar de que el sarampión es una enfermedad prevenible por vacunación, sigue siendo persistente en algunos países del mundo por la baja cobertura de vacunación en su población de riesgo, favoreciendo su diseminación en regiones de África, Asia Europa y Oceanía, en donde se ha reportado la presencia del virus, aunando al constante flujo de personas migrando de su país de origen a otro y los que viajan por el mundo a otras regiones. En México la última epidemia de sarampión ocurrió en 1989-1999 reportándose 89, 163 casos. El último caso autóctono en nuestro país, se registró en 1995. Recientemente en marzo del 2018 se registraron cuatro nuevos casos clasificados como importados, en el presente año se siguen reportando casos importados. Todo ello implica un panorama preocupante para estar al pendiente de que las coberturas vacunales para sarampión esté por arriba del 90% sobre todo en grupos de riesgo, incluidos los menores de 5 años y adultos mayores. El presente artículo es una revisión de conceptos básicos sobre esta enfermedad exantemática.

Palabras clave: grupos susceptibles, reemergencia, riesgo, niños, sarampión importado, vacunación.

Abstracts

Measles is an exanthematic, extremely contagious, febrile, respiratory viral disease. Its mode of transmission is aerial through the inhalation of the virus contained in micro-drops of respiratory tract secretions of an infected person that explains its high contagiousness. Although measles is a disease preventable by vaccination, it remains persistent in some countries of the world, due to the low vaccination coverage in its population at risk, favoring its dissemination in regions of Africa, Asia, Europe and Oceania, where the presence of the virus has been reported. Combining the constant flow of people migrating from their country of origin to another and those who travel the world to other regions. In Mexico, the last measles epidemic caused 89, 163 cases in 1989-1999. The last indigenous case in our country is registered in 1995. In March 2018, four new cases classified as imported are registered, in this year imported cases continue to be reported. All this implies a worrying panorama to be aware of the measles vaccination coverage over 90%, thus avoiding susceptible groups, especially in children under 5 years of age and older adults. This article is a review of basic and concepts about this rash disease.

Key words: susceptible groups, reemergence, risk children, imported measles, vaccination

Introducción

El sarampión es una enfermedad viral extremadamente contagiosa, febril, respiratoria y exantemática. Su modo de transmisión es aérea a través de inhalación del virus contenido en microgotas de secreciones del tracto respiratorio de una persona infectada lo que explica

su alta contagiosidad. El virus del sarampión crece habitualmente en las células del revestimiento de la parte superior de la garganta y de los pulmones. El único reservorio del virus es el hombre y puede ser prevenible por la vacunación. 1-4 A pesar de que el sarampión

es una enfermedad prevenible por vacunación⁵ sigue siendo persistente en algunos países del mundo, por la baja cobertura de vacunación en su población de riesgo, favoreciendo su diseminación en regiones de África, Asia, Europa y Oceanía, en donde se ha reportado la presencia del virus.

En Europa la situación epidemiológica del sarampión en 2017 se cuadruplicó con respecto al número de casos notificados en 2016, solo el 72% de los casos se concentran en tres países: Italia, Rumania y Ucrania.⁶ En la región de las Américas en 2017 se notificaron casos confirmados en Argentina (3), Canadá (45) Estados Unidos de América (120) y la República Bolivariana de Venezuela (727).

En México la última epidemia de sarampión ocurrió en 1989-1999 reportándose 89, 163 casos. El último caso autóctono en nuestro país, se registró en 1995. Recientemente en marzo del 2018 se registraron cuatro nuevos casos clasificados como importados⁷

El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas, sigue siendo de las principales causas de muerte en niños no inmunizados a pesar de que hay una vacuna segura y eficaz desde hace 40 años. La baja cobertura de vacunación y la presencia de brotes activo, es la evidencia de circulación del virus que amenaza con la expansión de la enfermedad aunado al constante flujo de personas migrando de su país de origen a otro y los que viajan por el mundo a otras regiones.

Etiología

El sarampión es una enfermedad exantemática febril, muy contagiosa de distribución universal con variación estacional dado que el 90 % de las personas cercanas a un enfermo y que no tengan inmunidad también se infectarán.⁸⁻¹⁰ es considerada una enfermedad de declaración obligatoria.¹¹ Se ocasiona por un virus ARN familia paramixoviridae del género Morbillivirus. Ha sido y es actualmente responsable de un gran número de muertes en el mundo, principalmente en niños menores de cinco años.⁸ La incidencia, la evolución clínica y la letalidad del sarampión es influenciada por las condiciones socioeconómicas, el estado nutricional e inmunológico del paciente; situaciones agravadas por la aglomeración tanto en lugares públicos y como en las residencias particulares.¹¹ Cumple criterios de enfermedad potencialmente eliminable dado que el reservorio del virus es exclusivamente humano.¹² Es una enfermedad casi erradicada que en los últimos años está reemergiendo.¹³

Epidemiología mundial

La OMS ha reconocido 24 genotipos del virus, siendo los genotipos B3 D4 y D8 los de mayor circulación en los años recientes. La genotipificación se utiliza para confirmar el origen de un brote y para excluir la circulación endémica. Es la única forma de distinguir las cepas vacunales del virus salvajes.¹⁴ En las poblaciones con alta cobertura de vacunación, la fuente de los casos incluyen los viajeros no vacunados expuestos en el exterior, con transmisión posterior a grupos no vacunados en forma intencional (grupos anti-vacunas) y aquellos que no pueden ser inmunizados, como son los menores de 6 meses, los inmunocomprometidos y las embarazadas. La diseminación del virus hacia otras áreas geográficas se explica, entre otros factores, por el elevado movimiento migratorio de la población, generado por la actividad económica formal e informal en torno a la actividad minera y comercial. Para mantener la inmunidad de rebaño en la comunidad y prevenir los brotes se requieren tasas de vacunación de 96% a 99%. Dado el alto grado de contagiosidad, pueden ocurrir brotes de sarampión en comunidades aún con tasas bajas de susceptibles.¹⁵

A nivel mundial, la gran mayoría de los casos informados en 2015 fueron de África (40%), Pacífico Occidental (27%), Sudeste Asiático (12%) y la Región Europea (11%). Entre 2000 y 2015, las muertes estimadas disminuyeron en un 79% (651,600 a 134,200). Las regiones con mayor mortalidad fueron África y el sudeste Asiático. Es importante hacer hincapié en el hecho de que, a partir del año 2011, se ha observado un incremento en el número de casos. Los países con mayor número de casos en los últimos ocho años, ocupando los primeros lugares: Canadá, Estados Unidos de Norteamérica, Brasil y la República Bolivariana de Venezuela. De enero hasta el 21 de septiembre de 2018, se han notificado 6,629 casos confirmados, incluidas 72 defunciones, en 11 países de la región de las Américas: Antigua y Barbuda (un caso), Argentina (11 casos), Brasil (1,735 casos, incluidas 10 defunciones), Canadá (22 casos), Colombia (85 casos), Ecuador (19 casos), Estados Unidos de América (124 casos), Guatemala (un caso), México (cinco casos), Perú (21 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (4,605 casos, incluidas 62 defunciones).⁸

El sarampión sigue predominando entre los países en desarrollo principalmente en África y Asia. La gran mayoría de las muertes (95%) se registran en países con bajos ingresos per cápita e infraestructura sanitaria deficiente. Los brotes de sarampión pueden ser especialmente mortales en países que estén sufriendo desastres naturales o conflictos, los hacinamientos en los

campamentos de refugiados o de migrantes desplazados aumentan en gran medida el riesgo de infección.¹⁶

En el último año los países con mayor número de casos y tasa de incidencia son:

	Casos	Tasa de Incidencia	
India	65657	49.58	casos por cada 100 mil habitantes
Ucrania	36520	821.81	
Filipinas	16112	155.94	
Brasil	10274	48.94	
Yemen	9043	327.86	

Solo estos países concentran el 31% de los casos a nivel mundial.¹⁷

En Canadá entre la semana Epidemiología 1 a la semana Epidemiología 29 de 2019. Se notificaron 82 casos confirmados de sarampión.¹⁸⁻¹⁹

En los E.U.A. Entre el 1° de Enero y el 1° de Agosto del 2019 se han confirmado 1172 casos individuales de sarampión en 30 estados, siendo esta la mayor cantidad de casos notificados desde que se había eliminado el sarampión en el año 2000. Hasta el 1° de Agosto del 2019, 124 personas han sido hospitalizadas y 64 de ellas se notificaron que presentaron complicaciones como neumonía y encefalitis. La mayoría de estos casos corresponden a personas que no se habían vacunado contra el sarampión más del 75% de los casos de este año se presentaron en la ciudad de Nueva York.¹⁹⁻²⁰ En México la última epidemia de sarampión ocurrió en 1989-1990 reportándose 89163 casos; el último caso autóctono en nuestro país se registró en 1995. En el periodo 2000 a 2019 se han identificado 188 casos importados o asociados a importación.

En el transcurso de este año 2019 se han identificado y confirmado tres nuevos casos, correspondiendo el primero de ellos a una femenina de 54 años de edad residente de la ciudad de Monterrey, N.L., con antecedente de viaje del 22 de Enero al 4 de Febrero a San Antonio Texas, E.U.A. y París Francia.¹⁷ El segundo caso corresponde a una niña de 11 meses de edad residente del municipio de Ecatepec . Estado de México. No tiene antecedente de viaje fuera del país y probablemente adquirió la enfermedad cuando estuvo en contacto con ciudadanos Europeos en un evento masivo en el zócalo de la Ciudad de México.¹⁹ El tercer caso es de una femenina de 22 años de edad residente de San Luis Potosí, S.L.P. México con antecedente de viajar fuera del país, este caso fue confirmado como importado de sarampión.²¹

Patogenia

El virus se transmite por vía respiratoria y con las mayores tasas de contagio (hasta 18 casos secundarios de un individuo enfermo en poblaciones susceptibles). Los brotes anuales suelen ocurrir a finales del invierno y principios de primavera en climas templados y en regiones tropicales los patrones estacionales son mucho más variables.⁸ La infección se inicia luego de la unión de la hemaglutinina (H) a su receptor celular; pronto la proteína de fusión (F) induce fusión viral con la membrana celular liberando su complejo ribonucleoproteico al citoplasma para que, luego de transcripción y replicación, se generen nuevas partículas virales que germinan fuera de la célula. Desde el año 2000 se identificó al receptor CD150, tanto para el virus sarampión salvaje como de laboratorio; este receptor se encuentra en la superficie de timocitos, macrófagos, células dendríticas además de linfocitos T y B. Existe un receptor lectina tipo C expresado por células dendríticas, también identificado como receptor del virus sarampión; esta unión participa modulando a través de un toll-like receptor, un aumento en la producción de IL-10 por la célula dendrítica. El virus sarampión, también infecta células epiteliales, endoteliales, y neuronales sugiriendo la existencia de otros receptores para este mecanismo. En el modelo animal y a través de fluorescencia, se ha demostrado que las principales células foco de la replicación viral del sarampión son los linfocitos T y B (con receptores CD150) y que éstos son quienes participan en la diseminación virémica en macacos; así entonces, esta gran afectación de linfocitos de memoria, se relacionaría con la inmunosupresión propia de esta enfermedad.²²

Manifestaciones clínicas

El periodo de incubación es de 10 días desde el momento de la infección hasta el inicio de la fiebre o de 14 días hasta la aparición del exantema, en promedio de 12.5 días (11.8 a 13.2 días), aunque podría ser más prolongado. La fase de contagio inicia a los tres o cuatro días antes de la aparición del exantema y persiste cuatro días después, coincidiendo con los picos de viremia y cuando la tos y la coraza son más intensas, lo que facilita la transmisión.^{18, 10} La transmisibilidad disminuye rápidamente luego del inicio del exantema hasta los cuatro a cinco días siguientes, 23 o de 14 días hasta la aparición del exantema, en promedio de 12.5 días (11.8 a 13.2 días), aunque podría ser más prolongado. La fase de contagio inicia a los tres o cuatro días antes de la aparición del exantema y persiste cuatro días después, coincidiendo con los picos de viremia y cuando la tos y la coraza son más intensas, lo que facilita la transmisión.^{18, 10} La transmisibilidad disminuye rápidamente luego del inicio del exantema hasta los cuatro a cinco días siguientes.²³

Enfermedad exantemática causada por un Morbillivirus (Paramyxovirus-virus ARN). Suele aquejar al lactante y preescolar, pero en la actualidad, se presentan casos en adolescentes o adultos jóvenes, no vacunados o con esquema incompleto, e historia de contacto reciente (menos de 21 días) con personas enfermas. Se adquiere principalmente a finales de invierno y principios de primavera por contacto directo con partículas infectantes y aerosoles. Tiene un período de incubación de 1 a 2 semanas, en promedio 10 días. Su máxima contagiosidad abarca la fase prodrómica hasta cinco días posteriores a la aparición del exantema. Su fase prodrómica tiene una duración entre 3-5 días, caracterizado por fiebre alta (con aumento progresivo hasta el quinto o sexto día de la enfermedad y disminuye al segundo o tercer día después del exantema), irritabilidad, tos no productiva, rinitis, conjuntivitis con fotofobia. En casos graves se observan pequeñas zonas hemorrágicas en el párpado inferior conocidas como líneas de Stimson. En la exploración orofaríngea se observan pápulas blanquesinas sobre un halo eritematoso en mucosa yugal opuesta a molares inferiores (manchas de Koplik), son patognomónicas, se pueden visualizar en el 50-80% de los casos y persisten hasta dos días después de la aparición del exantema.²⁴⁻²⁸

La erupción cutánea aparece en el cuarto al sexto día del inicio del cuadro infeccioso, es maculopapular, eritematoso, no blanquea a la presión y puede ser confluyente en algunas zonas. Comienza en partes laterales del cuello, zona retroauricular, y se generaliza en progresión cefalocaudal afectando palmas y plantas. Se resuelve con una fina desmación furfurácea en el mismo orden de aparición.²⁴⁻²⁸ Existen dos formas poco comunes de presentación: el modificado o atenuado, que es aquel que se presenta en un individuo previamente vacunado; y el atípico, que se debe por la exposición al virus del sarampión después de vacunarse con vacuna de virus muerto. Ambas presentaciones son un reto diagnóstico para el médico tratante, que tiene que apoyarse de los antecedentes vacunales, las manifestaciones clínicas y en estudios complementarios.²⁶

El ARN del virus puede detectarse durante varios meses en sangre, orina y muestras nasofaríngeas después del inicio de la erupción. El exantema es de tipo maculopapular eritematoso, tiene distribución centrífuga, con espacios de piel sana, comienza en la cara, en la zona retroauricular y desciende al tronco y por último a los miembros, luego de 5-7 días se observa la descamación.³ La enfermedad comienza con fiebre, tos, coriza y conjuntivitis. Las manchas de Koplik aparecen en la mucosa bucal como pequeñas pápulas blancas y brindan la oportunidad de diagnosticar clínicamente modificado por la vacuna

y pueden no tener tos, coriza o conjuntivitis. Existe el Sarampión modificado que aparece en un individuo previamente vacunado. El pródromo es más leve y con duración menor; el exantema es menos notable. En ocasiones no aparecen las manchas de Koplik por lo que resulta difícil hacer su diagnóstico. El Sarampión atípico Raro en personas con exposición al virus del sarampión después de vacunarse con la vacuna de virus muertos se presenta con fiebre alta, cefaleas y mialgias, exantema, neumonía. Puede haber manifestaciones hemorrágicas.^{1,11} Los niños desnutridos pueden desarrollar una erupción con pigmentación profunda que se descama durante la recuperación. Como la erupción representa una infiltración linfocítica perivascular, los niños con inmunidad celular alterada, como aquellos infectados con VIH, podrían no desarrollar el exantema característico o podría retrasarse.

Diagnóstico clínico

El diagnóstico del sarampión es clínico; en ocasiones es necesario confirmarlo con estudios serológicos que muestran un aumento cuatro veces mayor del valor.^{8,29} Si es diferencial se hace con otras infecciones virales agudas entre las que incluyen rubeola, virus herpes humano tipo 6, dengue parvovirus B19. El método laboratorial más común para confirmar la infección es la detección de anticuerpos séricos IgM específicos detectables después de 4 días. Sin embargo, si la muestra está tomada muy cerca del comienzo de los síntomas y es IgM negativa se requiere el análisis de otra muestra de seguimiento.³⁰ La prueba de oro con la sensibilidad más alta es el ensayo de neutralización por reducción de placa. La infección puede confirmarse mediante detección de ARN viral mediante RT-PCR utilizando muestras faríngeas, nasales, nasofaríngeas y de orina.¹

Diagnóstico por laboratorio

La detección de anticuerpos IgM específicos son la prueba de elección para establecer el diagnóstico y debe de tomarse en el primer contacto con los servicios de salud (permanecerá positivo desde el 4o día de la enfermedad hasta el día 35 tras el inicio del exantema, los anticuerpos específicos alcanzaran su máxima cantidad dentro de 1 a 4 semanas después de la aparición de la erupción y disminuyen a niveles indetectables dentro de las 4 a 8 semanas). El exudado faríngeo y la muestra de orina se requieren para el aislamiento y la genotipificación viral,²⁴⁻²⁸ La infección aguda también puede confirmarse serológicamente midiendo los niveles de anticuerpos IgG específicos en sueros pareados con dos semanas de diferencia entre uno y el otro; si éstos aumentaron cuatro

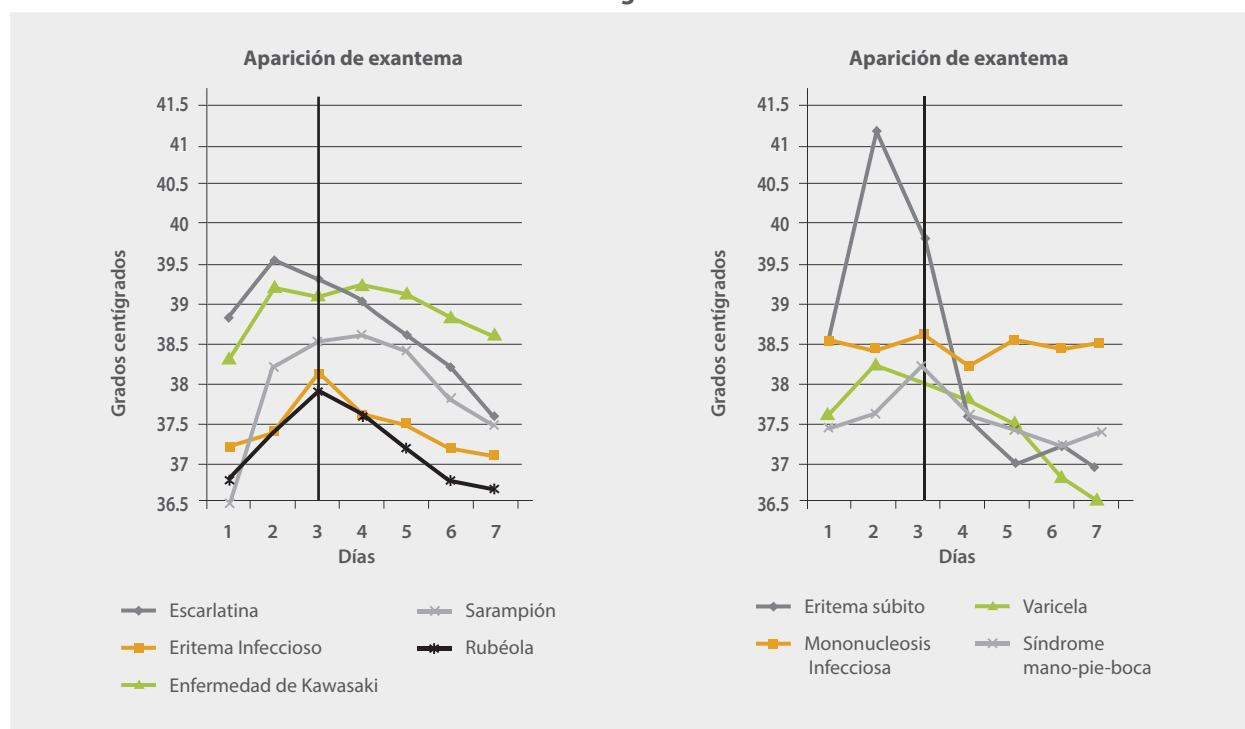
veces el valor inicial, entonces la prueba se toma como positiva y el paciente es diagnosticado con sarampión.²⁹

³⁰ La presencia de anticuerpos IgG en una sola muestra de suero únicamente es evidencia de una infección o inmunización previa. Los inmunoensayos enzimáticos son los que se utilizan con mayor frecuencia y detectan la presencia de anticuerpos. La prueba de oro con la sensibilidad más alta es el ensayo de neutralización por

reducción de placa. La infección se puede confirmar mediante la detección de ARN viral mediante RT-PCR utilizando muestras faríngeas, nasales, nasofaríngeas y de orina antes de que se detecten anticuerpos IgM específicos, están recomendados en casos de sarampión atípico o ante la presencia de neumonía/encefalitis inexplicable en un paciente inmunocomprometido, estudios se deben hacer en los primeros 5 días de iniciado el exantema.^{31,33}

Diagnósticos diferenciales

Imagen 1.



Observamos la magnitud, duración, persistencia o desaparición de la fiebre tras el exantema. En la enfermedad de Kawasaki y en la mononucleosis infecciosa, la fiebre tiene un comportamiento persistente y de alto grado, en cambio varicela y síndrome mano-pie-boca, suele ser de bajo grado. Rubéola y eritema infeccioso característicamente se presenta afebril o con fiebre de bajo grado. El exantema súbito presenta fiebre alta por tres días, aparece el exantema y desciende. Sarampión y escarlatina se caracterizan por presentar fiebre de alto grado en un inicio y desciende paulatinamente posterior al exantema.³⁴

Complicaciones

Pueden afectar la mayoría de los sistemas de órganos y son más comunes en lactantes, adultos mayores de 20 años,

mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas o desnutridas, especialmente niños con deficiencia de vitamina A.³⁵ La afectación oftalmológica es bien conocida siendo la conjuntivitis un signo diagnóstico. También se han descrito casos de queratitis, perforaciones corneales, coriorretinitis y obstrucción de vena central asociadas al sarampión.³⁶ El tracto respiratorio es un sitio frecuente de complicaciones. La neumonía representa la mayoría de la morbilidad y mortalidad asociadas y es causada por patógenos virales y/o bacterianos secundarios, pero puede deberse al virus como consecuencia de la neumonía de células gigantes de Hecht. Otras complicaciones del tracto respiratorio incluyen laringotraqueobronquitis (crup) y otitis media. La diarrea se debe a infecciones secundarias. Neurológicamente pueden presentar Encefalomielitis diseminada aguda, encefalitis por cuerpos de inclusión,

panencefalitis esclerosante aguda.¹ Estas complicaciones ocurren en 1 de cada 100 000 pacientes con sarampión.

Existen complicaciones asociadas, como consecuencia de la propia infección vírica o por sobreinfección bacteriana, como otitis media aguda, laringotraqueobronquitis, neumonía (neumonía de células gigantes de Hecht); alteraciones neurológicas como meningoencefalitis (1/1000 casos) o menos común panencefalitis esclerosante subaguda (1/100,000 casos); entre otras. Los pacientes con inmunodeficiencia celular, menores de 5 años y mayores de 20 años tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones.²⁴⁻²⁸

Tratamiento

No existe tratamiento antiviral específico, por lo que consiste en la terapia de apoyo, tratamiento de las infecciones secundarias y el suministro de vitamina A. La OMS recomienda la administración de una dosis diaria de 200,000 UI de vitamina A en dos días consecutivos para todos los niños mayores de un año de edad.^{8, 22}

No existe tratamiento específico contra el sarampión. En nuestro país se sugiere administrar dos dosis de vitamina A 200,000 UI en mayores de 1 año, con un intervalo de 24 horas, y 100,000 UI en menores de 1 año. La administración de vitamina A durante el cuadro agudo puede disminuir la incidencia de complicaciones como diarrea y neumonía; así como su mortalidad. La recomendación para su administración es en pacientes hospitalizados de 6 meses a 2 años, en paciente inmunocomprometidos mayores de 6 meses, y en quienes se tiene documentada la deficiencia de esta vitamina (pacientes con malaabsorción intestinal, desnutrición moderada o grave). Se recomienda hospitalizar a los pacientes con inmunodeficiencia y aquéllos que desarrollaron alguna complicación moderada o grave. Debe permanecer con aislamiento de vía aérea por cinco días de la aparición del exantema. El paciente ambulatorio tiene que respetar el mismo período de tiempo antes de asistir a la escuela o estancia infantil.²⁴⁻²⁸

Con respecto a la eliminación del sarampión es importante recordar que este existirá si existe ausencia de transmisión endémica en un territorio durante un periodo de al menos 12 meses, siempre que exista un sistema de vigilancia de alta calidad.¹² Si es factible, durante la fase final de la eliminación hay que documentar “la ausencia de transmisión endémica de los virus en el territorio” y para ello hay que aportar evidencias sobre:

- la dinámica de la transmisión, las características, el tamaño y la duración de los brotes
- la calidad del sistema de vigilancia demostrando que es lo suficientemente sensible y específico para identificar, confirmar y descartar todos los casos clínicamente sospechosos
- y aportar información sobre los genotipos de los virus que apoyen que se ha interrumpido la transmisión endémica.³⁷

La vacunación

Las vacunas atenuadas derivadas del único genotipo del virus aislado en la década de 1950 (las cepas schwarz, Edmonston Zagreb, Enders y Moraten) continúan siendo protectoras en todo el mundo, ya que los epítopes neutralizantes de la proteína están altamente conservados. Los contactos susceptibles deben de vacunarse en las siguientes 72 horas post-exposición; sin embargo, pacientes inmunosuprimidos, menores de un año o embarazadas, deben recibir gammaglobulina en los primeros cinco días post-exposición. La prevención primaria es mediante la vacunación con triple viral al año y a los 6 años de edad, si existiese un brote o una importación se debe aplicar en lactantes de 6 a 11 meses aparte de sus otras dos dosis habituales. En caso de aplicación de gammaglobulina se requiere un intervalo establecido antes de la aplicación de la vacuna para que esta última sea efectiva.²⁴⁻²⁸ Es una enfermedad de notificación inmediata a la jurisdicción correspondiente, para que se realice el estudio epidemiológico.^{24, 34}

Reacciones adversas de la vacuna

La vacunación es uno de los grandes logros de la salud pública. El desarrollo tecnológico en los procesos de fabricación, la calidad de los ensayos clínicos y la mejora en los conocimientos inmuno-biológicos hacen que, las vacunas utilizadas en los programas nacionales de vacunación, se consideren seguras y efectivas cuando se usan correctamente. Sin embargo, las vacunas no están libres de riesgos y ocasionalmente ocurrirán eventos adversos después de su aplicación. Aunque la mayoría de las reacciones adversas son menores (por ejemplo, fiebre), pueden ocurrir reacciones más graves (convulsiones o reacciones anafilácticas) aunque con una frecuencia muy baja.³⁸

Se define evento adverso posterior a la vacunación:

A cualquier signo desfavorable o involuntario, hallazgo de laboratorio anormal, síntoma o enfermedad observado después de la inmunización, y que no necesariamente,

tiene una relación causal con el uso de la vacuna. La Organización Mundial de la Salud (OMS), los dividen en 5 categorías de eventos.³⁸ Algunos pueden deberse a la vacuna, algunos otros, debido a un error en la administración, y otros más, son el resultado de una coincidencia no relacionada.

Una reacción adversa se refiere:

A los eventos causados o precipitados por la vacuna cuando se administran correctamente, causados por las propiedades inherentes a la misma. Las vacunas en sus estructuras contienen diferentes componentes (antígenos, adyuvantes, antibióticos, estabilizadores y preservativos) esto para hacerlas efectivas o mantener su conservación, sin embargo, cada elemento agrega un riesgo potencial, al igual que la ruta de administración.¹ Recordemos que las tasas de reacciones adversas a la vacuna son mucho menores que la tasa de complicaciones perjudiciales para la salud que resultan de la enfermedad en individuos no vacunados.

Las reacciones adversas se pueden clasificar en dos grupos:

Reacciones menores y reacciones severas

Las reacciones menores (por ejemplo, fiebre) por lo general, ocurren en las primeras horas tras la inyección, y se resuelven después de un corto periodo de tiempo y pueden dividirse en locales o sistémicas.

La fiebre es una reacción adversa sistémica frecuente ($\geq 1\%$ pero $< 10\%$) pero usualmente leve o moderada y forma parte de la respuesta inmune desencadenada. Las reacciones severas (por ejemplo crisis convulsivas febriles) no resultan en problemas a largo plazo, pueden ser incapacitantes y rara vez amenazan la vida

SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)

La vacuna triple viral, es una preparación de cepas de virus vivos atenuados que previene para dichas enfermedades. También se cuenta con vacuna doble viral (SR), formas monovalente liofilizadas, o combinadas con la vacuna de varicela. Son de aplicación subcutánea. En general la combinación de antígenos no aumenta el riesgo de reacciones adversas, de hecho, puede conducir a una reducción de las reacciones indeseables. Sin embargo, con la vacuna triple viral y la varicela no ocurre dicho fenómeno. La mayoría de los eventos adversos como fiebre después de la vacunación con SRP, se deben al componente del sarampión.

La vacuna monovalente contra el sarampión ha reportado tasas de fiebre $> 39.4^{\circ}\text{C}$ en el 5 al 15% de los vacunados entre 7-12 días después de la vacunación y dura de 1 a 2 días. En algunos casos, la fiebre puede ser coincidente debido a otras infecciones. La fiebre ocurre menos frecuente después de la segunda dosis. Puede causar crisis febriles en 1/2000-3000 dosis.³⁹

En estudios previos a la licencia, la vacuna contra la parotiditis reporta fiebre leve en menos del 1%, en cambio, para la vacuna contra rubéola, se puede presentar hasta en el 2% de los vacunados. En el caso de vacunas combinadas, la vacuna SR puede causar fiebre leve en porcentajes variables.³⁹

Un apartado importante es la vacuna triple viral (SRP) y la vacuna de varicela (V), que se administra de manera simultánea en nuestro país. Sin embargo, es factible conseguir una vacuna tetraviral (SRPV). En estudios previos a la licencia, con tamaño de muestra pequeños realizados entre niños de 12-23 meses de edad, las tasas de fiebre (temperatura oral $\geq 38.9^{\circ}\text{C}$) fueron mayores en los receptores de SRPV que en los receptores de SRP + V. En unos estudios reportan un 21.5% versus 14.9%, de 5 a 12 días después de la vacunación; en otros, éste porcentaje aumenta hasta 39.1% versus 33.1% tras 42 días de la vacunación. Las fiebres fueron transitorias y no hubo diferencia en la incidencia de las convulsiones febriles. La incidencia de experiencias adversas después de una segunda dosis de SRPV fue menor que la que siguió a la dosis inicial.³⁹

Estudios de vigilancia posteriores (Vaccine Safety Datalink y los propios de la compañía Merck) documentaron una tasa de convulsiones febriles más alta después de la vacuna SRPV que la vacuna SRP. La gran mayoría eran niños entre 12-23 meses de edad y se presentaron los episodios entre los 5 a 12 días después de la vacunación. Se informó una tasa entre 7-8.5/10,000 versus 3.2-4.2/10,000 vacunaciones. Los resultados de los dos estudios indicaron que se produjo una convulsión febril adicional por cada 2,300-2,600 vacunaciones. Estos estudios no sugieren que los niños de 4 a 6 años que recibieron la segunda dosis de vacuna SRPV tuvieran un mayor riesgo de convulsiones febriles en comparación con los que recibieron la vacuna SRP y V administrados como inyecciones separadas en la misma visita.^{39, 40}

Nuestro grupo reportó recientemente un caso de reacción anafiláctica severa a la triple viral en su segunda aplicación, en este caso se tenía el antecedente de alergia al huevo, lo

cual se deberá de tener presente en el interrogatorio como una rutina necesarias.⁴

Sarampión y Vitamina A

Específicamente en niños que presentan sarampión muchos mueren por sus complicaciones, especialmente por. neumonía.⁴² Sabemos que este deprime el sistema inmunológico⁴³ por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el uso de la vitamina A al momento de su diagnóstico por vía oral en dosis de 100 000 UI por vía oral en los lactantes menores de 12 meses de edad y 200 000 UI en los niños mayores, lográndose con ello la reducción de la mortalidad.⁴⁴

Otras recomendaciones recientes por infectólogos clínicos en pacientes con sarampión son dos dosis de 200,000 UI de vitamina A ya que esto reduce el riesgo de mortalidad en niños 64% (RR 0.36; IC95% 0.14-0.82) comparado con placebo.⁴⁵ Además se registró un incremento en la reducción de riesgos de mortalidad por 82% en niños menores de dos años (RR 0.18; IC95% 0.08-0.92) el riesgo específico de mortalidad por neumonía. Es mejor utilizar la vitamina A con base de agua ya que disminuyó 81% (RR 0.19; IC95% 0.02-0.85) el riesgo de mortalidad en niños, comparado con 48% (RR 0.52; IC 95% 0.16-1.40) de la preparada en aceite. En una revisión sistémica que incluyó seis ensayos con 1,304 niños con infección respiratoria con el propósito de conocer si además de la vitamina A se debería utilizar tratamiento antibiótico profiláctico de neumonía, se concluyó usar estos sólo si existían signos clínicos (cianosis, dificultad para alimentarse o taquipnea).⁴⁶ La vitamina A es un sustrato necesario para el mantenimiento de la integridad de las células epiteliales; además, desempeña un papel importante en la modulación de la inmunidad durante un cuadro de sarampión. Se recomienda la forma comercial hidrosoluble: Por ser esta de mejor absorción que la liposoluble cada ml contiene Palmitato de retinol (vitamina A) 5000 U.I., Ergocalciferol (vitamina D2) 400 U.I. y Ácido ascórbico 30mgs de vitamina C.

La opinión de la OMS^{47, 48}

Los niños con carencia de vitamina A parecen presentar mayor riesgo de enfermedad y muerte por infecciones respiratorias. Al parecer, una carencia previa agrava la infección. En niños de 6 a 59 meses se ha observado que la administración de suplementos de vitamina A reduce el riesgo de muerte en un 23%-30%^{49, 50} En el caso de la neumonía asociada al sarampión, el aporte de grandes dosis de vitamina A ejerce un efecto protector evidente. Sin embargo, no se han observado efectos similares con

dosis altas o bajas de vitamina A en infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores. Con las dosis más bajas se ha descrito una reducción del riesgo de infecciones respiratorias y las dosis altas producen un efecto negativo⁵¹ En niños con una reserva suficiente de vitamina A, la suplementación con dosis muy elevadas de esta vitamina puede provocar una alteración transitoria de la regulación inmunitaria, lo que podría aumentar la susceptibilidad a enfermedades infecciosas.^{52, 53} Se recomienda administrar suplementos a niños con estado nutricional deficiente. Los resultados también indican que la dosis y los posibles efectos adversos son consideraciones importantes a la hora de formular recomendaciones.⁵⁴ Una sobredosis de vitamina A puede resultar tóxica y provocar náuseas, vómitos y pérdida del apetito que pueden contribuir a reducir aún más la ingesta de nutrientes. En un estudio en el que se evaluaron los efectos de una dosis moderada de vitamina A se observaron efectos positivos en niños cuya ingesta de esta vitamina era suficiente y no se registraron efectos secundarios del aporte suplementario. Aún no se ha determinado si estos efectos positivos podrían obtenerse aumentando la ingesta de alimentos que contienen vitamina A. En entornos con pocos recursos y una gran incidencia de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores no suelen consumirse con frecuencia alimentos que contienen cantidades significativas de vitamina A, como productos de origen animal o alimentos enriquecidos. Por ello, en estas circunstancias podría ser necesario mejorar el acceso a alimentos ricos en provitamina A, como mangos y papayas, mediante la diversificación del régimen alimenticio y programas de fomento de la producción de alimentos en el ámbito doméstico.⁵⁵⁻⁶²

Conclusión

El tratamiento con vitamina A en niños con sarampión en países en vías de desarrollo se ha asociado con una disminución de la morbilidad, países incluidos los Estados Unidos han encontrado bajas concentraciones de vitamina A en suero, en niños que padecen sarampión las concentraciones son aún más bajas. Por ello la OMS recomienda en niños con sarampión la administración de vitamina A por dos días. En las siguientes dosis: 200 000 UI para niños de 12 meses en adelante, 100 000 UI para bebés de 6 a 11 meses y 50 000 UI para los menores de 6 meses.⁶³

Estrategias mundiales de prevención

En 2012 se presentó un plan estratégico mundial contra el sarampión y la rubeola para el periodo 2012-2020, en

el que se establecen los siguientes **objetivos** : reducir la mortalidad mundial por sarampión como mínimo en un 95% para finales del 2015, en comparación con los valores de 2000. Otro objetivo es lograr la eliminación de sarampión y la rubeola al menos en 5 regiones de la OMS para 2020.⁶⁴

Si bien es cierto en 2016 se declaró a las Américas libre de transmisión del sarampión endémico, su riesgo existe para cualquier país, sobre todo casos importados.⁶⁵ Asimismo es conocido que mientras no se complete la erradicación total, los logros de eliminación alcanzados son potencialmente reversibles.⁶⁶ La vacunación es la única medida preventiva eficaz, motivo de un próximo análisis.

Referencias bibliográficas

- Domínguez G. Borrás L. Sociedad Española de Epidemiología .7º Monografía El Sarampión. ED. EMISA:2008.
- Delpiano L. Astroza L. Toro J. Measles: The disease, Epidemiology, History and Vaccination programs in Chile. Rev. Chilena de Infectología. Vol.32 N°4 Agost.2015
- Ulloa R. Morice A. Ávila M. The return of measles. Acta médica ,Costarricense Vol.59 N°4 Dec.2017.
- American Academy of Pediatrics.Measles. En :3. Kimberlin DW editor. Red Book 2015 Report of the comitte on Infectious Diseases. 30Th Ed. Elk Grove Village, IL.2015:535-547.
- Piccirilli G, Lazzarotto T, Chireghin A. Serra L. Gabrielli L. Lanari M. Spotlight on measles in Italy: Why outbreaks of vaccine-preventable infection continúe in the 21st century. Expert.Rev. Anti infect Ther 2015; 13: 355-62.
- World Health Organization. Regional Office for Europe.Press Release: Europe observes a 4-fold increase in measles cases in 2017 compared to previous year. Copenhagen.19 february 2018.
- Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica/Aviso Epidemiológico. CONAVE.04.2017. Sarampión 26 de mayo de 2017.
- I. H., & A. M. (2018, December). Estado actual del sarampión comportamiento en Latinoamérica. Revista Latinoamericana De Infectología, 31(4). doi:http://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2018/lip184c.pdf
- E. C. (2018). Brote de sarampión. Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba, 75(2). doi:https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/21016/23393
- E. R. (n.d.). Mirada de Alerta en Cuba ante la reparación del Sarampión. Boletín Epidemiológico Semanal, 28(22), 169. Retrieved June 18, 2018, from http://files.sld.cu/ipk/files/2018/06/bol-22w-18.pdf
- E. (2016). Reemergencia del sarampión en pacientes vacunados: Descripción de seis casos y propuesta para su prevención. Emergencias 2016. doi:http://formacionemergencias.portalsems.org/formacion/pdf/2016_1_semestre/sarampion.pdf
- M. (n.d.). Epidemiología del Sarampión, Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita en España. Red Nacional De Vigilancia Epidemiológica. Retrieved 2015, from https://repisalud.isciii.es/bitstream/20.500.12105/5353/1/EpidemiologíaDelSarampiónRubeola_2017.pdf.
- M. M. (2014, October). Reemergencia de sarampión en la provincia de Guadalajara. ¿Es el momento de establecer nuevas estrategias para su eliminación? Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica. doi:https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X13002930
- Oletea, FJ (2017). Sarampión : Enfermedad reemergente en Venezuela. Medicina Interna, órgano Oficial De La Sociedad Venezolana De Medicina Interna, 33(4). doi:http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/443/436
- R. B. (2018, September). Sarampión. El riesgo de nuevos casos autóctonos. Retrieved March, 2019, from http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2018/xxv_3_274.pdf
- OMS/Sarampion-World Health Organization 9 de mayo 2019.
- Comite Nacional para la Vigilancia Epidemiologica.CONADE. Situación Epidemiológica de Sarampión 15 de febrero del 2019.
- Informe de monitoreo semanal de Sarampión y Rubéola. Agencia de Salud Pública de Canadá semana 28 de 2019(7 al 13 de julio de 2019)https://bit.ly/2lj4r5f
- OPS/OMS Actualización Epidemiológica-Sarampión. 7 de Agosto de 2019.
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Sarampión, casos y brotes https://bit.ly/2Imfk71
- Secretaria de Salud/Dirección General de Epidemiología. Casó confirmado reportado de Sarampión en San Luis Potosí.S.L.P. 6 de Agosto de 2019.
- L. D. (2015, August). Sarampión: La enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile. Revista Chilena De Infectología, 32(4). doi:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182015000500008&script=sci_arttex
- F. (2014, June). Protocolo de Vigilancia en Salud pública. Retrieved March, 2019, from http://cruevalle.org/files/PRO-Sarampion-Rubeola.pdf
- Silva-Rico JC, Torres-Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. Pediatría Integral 2014; 18(1): 22-36.
- Palacios-López CG, Durán-Mckinster C, Orozco-Covarrubias L, Saéz-de-Ocariz M, García-Romero MT, Ruiz-Maldonado R. Exantemas en pediatría. Acta Pediatr Mex 2015; 36: 412-23.

26. Diagnóstico Diferencial de los Exantemas Infecciosos en la Infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.
27. Baker C. Red Book Atlas of Pediatric Infectious Diseases. 3er ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
28. Kimberlin DW, et al. Measles. Red Book 2018, Committee on Infectious Diseases. 31st Ed. American Academy of Pediatrics; 2018.p.537-50.
29. C. P. (2015, September/October). Exantemas en Pediatría. Retrieved March, 2019, from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000500412
30. J. E., & A. F. (2015, July/August). VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DEL SARAMPIÓN Y LA RUBÉOLA EN ESPAÑA. RED DE LABORATORIOS. Revista Española De Salud Pública, 4. doi:http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n4/06_colaboracion5.pdf
31. Cohen BJ, Doblas D, Andrews N. Comparison of plaque reduction neutralisation test (PRNT) and measles virus specific IgG ELISA for assessing immunogenicity of measles Vaccination Vaccine. 2008; 26: 6392-7
32. Herrera BI, Mascareñas de SA, Rodríguez BE, Comas GA, Ochoa PU. Estado actual del sarampión, comportamiento en Latinoamérica Rev Lat Infec Ped 2018; 31(4): 140-8
33. Helfand RF, Heath JL, Anderson LJ, Maes Ef, Guris D, Bellini WJ. Diagnosis of measles with an IgM capture EIA: the optimal timing of specimen collection after rash onset J Infect Dis. 1997; 175: 195-9
34. Santos CL, Reyes BM, Guerrero BM, Reyes GU. Fiebre en enfermedades exantemáticas comunes en: Reyes GU, Sánchez NL, González SN. (edits) Fiebre en el niño: diagnóstico y tratamiento 1a edición. Facultad de medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. 2019.
35. D. F. (2016, June). EMC - Pediatría. Retrieved March, 2019, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178916779157>
36. Z. E. (2016). Queratitis por Sarampión. Retrieved 2019, from <http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-29/29sco17.h>
37. J., N. L., & M. (2015). Vigilancia epidemiológica en España del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Revista Española De Salud Pública. doi:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000400005
38. WhO. Vaccine safety basics [Internet]. Adverse events following immunization. Vaccine reactions. 2013 [Consultado el 22 enero 2018].
39. bserved Rate of Vaccine Reactions Measles, Mumps and Rubella Vaccine. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Global Vaccine Safety, Immunization, Vaccines and Biologicals; 2014. [Internet]. [Consultado el 25 enero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/MMR_vaccine_rates_information_sheet.pdf?u
40. Luevanos VA, Santos CL, Reyes HK, Reyes GU Fiebre postvacunal en: en Reyes GU, Sánchez NL, González SN. (edits) Fiebre en el niño: diagnóstico y tratamiento 1a edición. Facultad de medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. 2019.
41. Toledo-Ramírez MI, Romero-Peregrino R, Reyes GU, Luévanos-Velázquez A, Reyes-Hernández KL, Reyes-Hernández MU, Reyes-Hernández DP, López-Cruz G, Pérez-Pacheco O Reacción anafiláctica severa secundaria a la aplicación de la vacuna triple viral, Sarampión, Parotiditis y Rubeola (SPR). Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2017; 34 (2)
42. Vega FL. La nutrición en el primer año de la vida. México: Harcourt Brace; 1997.p.121-33
43. Sociedad Argentina de Pediatría: Guía de Alimentación para Niños Sanos de 0 a 2 años. Ediciones SAP 2001, Comité de Nutrición; cap. 4: 22-31.
44. Harbige LS. Nutrition and immunity with emphasis on infection and autoimmune disease. Nutr Health. 1996; 10 (4): 285-312.
45. Pasatiempo AMG, Taylor CE, Ross AC. Vitamin A status and the immune response to Pneumococcal polysaccharide: effects of age and early stages of retinol deficiency in the rat. J. Nutr. 1991; 121: 556-62.
46. Chen H, Zhuo Q, Yuan W, Wang J, Wu T. Vitamina A para la prevención de las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores en los niños de hasta siete años de edad. Cochrane Plus, 2008; 2(4): 1-25.
47. Moreira EE, Valdés IA, Rojo M, Martínez CH, López RI, Pacheco YI. Vitamina A, citología conjuntival y complicaciones clínicas en niños hospitalizados por neumonía. Bol Oficina Sanitaria Panam. 1996; 21(4): 283-90
48. OMS Mortalidad por sarampión Nota descriptiva 286 Oct 2011
49. Mata JL, Page FW. Respuesta inmune del desnutrido con especial referencia al sarampión hist. Library. poho.org/spans/Bol/v77n5p.4010.pdf
50. World Health Organization. Measles Fact Sheet. No 255, april. 2012
51. Hernández PM. Sarampión enfermedad emergente (editorial) Rev Enf Infec Ped. 2004; 68: 99-101
52. D. Souza RM, D'Souza R. Vitamin A for treating measles in children (Cochrane review). En : The Cochrane Library. Oxford: Update Software. Issue I, 2004.
53. http://www.who.int/elena/titles/vitamina_pneumonia_children/en/index.html2012
54. Dekker LH et al. Stunting associated with poor socioeconomic and maternal nutrition status and respiratory morbidity in Colombian schoolchildren. Food and Nutrition Bulletin, 2010, 31(2):242-250.
55. Wu T et al. Vitamin A for non-measles pneumonia in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, Issue 3, No.: CD003700.
56. Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005: WHO global database on vitamin A deficiency. Geneva, World Health Organization, 2009.

57. The Vitamin A and Pneumonia Working Group. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: a meta-analysis of data from field trials to assess the impact of vitamin A supplementation on pneumonia morbidity and mortality. *Bulletin of the World Health Organization*, 1995, 73:609–19.
58. Glasziou PP, Mackerras DE. Vitamin A supplementation in infectious diseases: a meta-analysis. *BMJ*, 1993, 306:366–70.
59. de Pee S. Orange fruit is more effective than are dark-green, leafy vegetables in increasing serum concentrations of retinol and beta-carotene in schoolchildren in Indonesia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1998; 68:1058–67.
60. de Pee S, Bloem MW. The bioavailability of (pro) vitamin A carotenoids and maximizing the contribution of homestead food production to combating vitamin A deficiency. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 2007; 77:182–92.
61. OMS Suplementación con vitamina A para mejorar los resultados terapéuticos en niños diagnosticados de infección respiratoria. Fundamento biológico, conductual y contextual. Recomendación abril 2011
62. Reyes GU, López CG, Sánchez CHN, Carbajal RL. Sarampión y vitamina A. *Rev Mex Puer Ped* 2000; 142(7): 196-200
63. American Academy of Pediatrics. en: Kimberlin DW, Bready MT, Jackson MA, Long SS ads. *Red Book 30 edit*. Informe del comité de enfermedades infecciosas 2015
64. M., & M. (2015). Sarampión, enfermedad prevenible, un reto su erradicación. *Rev Mex Ped* 2015; 82(2). doi:<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2015/sp152b.pdf>
65. R. (2017). El regreso del sarampión. Retrieved March, 2019, from http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/975/890
66. Julca, A. O. (2018, September). El sarampión : El regreso de un viejo enemigo. *Rev Experim Med*. doi:<http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/256/153>

Reporte de Caso

Integración al domicilio de una mujer hospitalizada con dificultad de la expresión verbal por sordera

Reyes-Sánchez R.A., Martínez-Pérez E., Coronado-Ramírez J.F., Loza-Rojas M. G., Solórzano-López R.G.

Departamento de Enfermería Clínica Aplicada del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, U.deG.

Resumen

Introducción: Se aplica el proceso enfermero a una mujer hospitalizada con dificultad de la expresión verbal por sordera. **Objetivos:** Establecer diagnósticos de enfermería. Aplicar un plan de cuidados. Evaluar los resultados. **Valoración:** Mujer de 42 años hospitalizada, presenta dificultad para la expresión verbal por sordera. Alta hospitalaria dos días antes sin lograr contactar familiares. No es posible la comunicación verbal, la paciente emite sonidos guturales y lenguaje corporal sin conseguir ser comprendida. **Diagnósticos de enfermería:** Deterioro de la comunicación verbal relacionada con estímulos e información insuficientes, manifestado por dificultad para comprender la comunicación y dificultad para expresar pensamientos verbalmente. Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio en el estado de salud y cambio en la interacción con la comunidad, manifestado por alteración de la resolución de problemas. **Implementación del Plan de Cuidados:** A fin de lograr los objetivos “satisfacción del paciente” y “soporte social”, se realizan las intervenciones: Mejorar la comunicación: déficit auditivo, Identificación del Paciente, Facilitar Visitas e Intercambio de Información de Cuidados. **Resultados:** Se logra la comunicación básica y localización de contactos en Facebook. La paciente se trasladó a su domicilio. **Conclusiones:** Con la aplicación del Proceso Enfermero, fue posible la comunicación con la paciente que se había repentinamente separado de su hogar y que se encontraba sola en un ambiente donde nadie había logrado comprenderle. Fue fundamental la dedicación del tiempo. Se sugiere seguimiento en el primer nivel de atención.

Palabras clave: sordera, proceso enfermero

Abstract

Introduction: Application of nursing process to a woman hospitalized with difficulty of oral expression by deafness. **Objectives:** Formulate of nursing diagnoses. Implement of patient care. Evaluate to results. **Assessment:** 42 years old hospitalized woman, she has speaking difficulty because she is deaf. She has a discharge from hospital two days ago but nobody go to her. It isn't possible verbal communication. She makes guttural sounds. She communicates using body language but cannot understand her. **Nursing diagnoses:** Impaired verbal communication related to insufficient stimuli and information, evidenced by difficulty in comprehending usual communication pattern and difficulty expressing thoughts verbally. Interrupted family processes related by change in health status and changes in interaction whit community, evidenced by alteration in participation for problem-solving. **Implementation of plan care:** To achieve the objectives “patient satisfaction” and “social support”, are carried out the interventions: Improve the communication of hearing deficit and Patient identification through facilitating visit and exchange of care information. **Results:** Basic communication and location of contacts on Facebook was achieved. The woman was transferred to her home. **Conclusions:** With the application of nursing process, communication was possible with the patient who suddenly left her home and was along in an environment where no one had understood her. The dedication time was essential. Follow-up at the family clinic is suggested.

Key word: deafness, nursing process.

Introducción

Se presenta el éxito de una práctica profesional de enfermería en la atención de una mujer con dificultad de la expresión verbal por sordera, con la utilización del Proceso Enfermero, utilizando la terminología de los Diagnósticos Enfermeros de la Taxonomía III establecidos por la Asociación Internacional de Enfermeros (2015-2017), así como la Clasificación de Resultados en Enfermería (NOC) 5ta. Edición y la Clasificación de Intervenciones en Enfermería (NIC) 6ta. Edición. Los objetivos propuestos se evaluaron con la puntuación Diana de la medición de resultados en salud establecidos en la NOC. Como resultado se supera el problema de la comunicación, se logra la identificación básica y el encuentro de contactos de la paciente en una red social. Las intervenciones de enfermería hicieron posible que la paciente fuera trasladada a su domicilio.

Objetivos

General: Aplicar el proceso enfermero en la atención a la paciente hospitalizada que presenta dificultad en la expresión verbal por sordera.

Específicos:

Valorar situación clínica actual de la paciente.

1. Priorizar los diagnósticos de enfermería detectados.
2. Planear cuidados de enfermería
3. Ejecutar las Intervenciones de enfermería
4. Evaluar los resultados obtenidos.

Reporte de caso

1. Valoración

1.1. Resumen de datos

Es el cuarto día de hospitalización de una mujer de 42 años, que presenta dificultad de expresión verbal por sordera con diagnóstico médico de extracción de cuerpo extraño en vejiga, ingresó al hospital de manera autónoma y sin acompañante, manifestando dolor agudo en abdomen.

Habitus exterior: mujer delgada entre 35 y 42 años, con tonicidad muscular marcada en brazos y piernas, tez morena cabello teñido a rubio en desgaste, en decúbito dorsal, con sonda Foley colocada; la orina en la bolsa recolectora es de color ámbar-café, se observa sangre en el tubo que conduce la orina a la bolsa. Se observa gesticulación facial de malestar.

Desde hace dos días, en el expediente clínico se autorizó alta médica a domicilio, con cita a la consulta

para retiro de sonda en cinco días más. Hasta el momento no se han presentado familiares a visitarla, motivo por el cual continúa hospitalizada.

Los formatos de triage y de admisión hospitalaria revelan un domicilio, con nombre de calle, número de vivienda y colonia en el municipio de Guadalajara.

Al momento de la exploración física se encuentran signos vitales en parámetros normales, no es posible la comunicación verbal a causa de la sordera en la paciente. Se intenta comunicación con la paciente utilizando el lenguaje de señas mexicanas, sin éxito.

1.2. Agrupación de datos significativos

- 1.2.1. Extracción de cuerpo extraño en vejiga, sonda tipo Foley instalada, orina con sangre.
- 1.2.2. Discapacidad auditiva, dificultad para la comunicación verbal o no verbal.
- 1.2.3. Ausencia de intérprete o acompañante desde su ingreso, el expediente reporta un domicilio.

2. Priorización de diagnósticos de enfermería detectados

2.1. Deterioro de la comunicación verbal (Capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos) manifestado por dificultad para comprender la comunicación, relacionados con estímulos insuficientes.

2.2. Interrupción de los procesos familiares (Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar) manifestado por alteración en la participación en la resolución de problemas, relacionado con cambio en el estado de salud y cambio en la interacción con la comunidad.

2.3. Riesgo de infección (vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud) relacionado con procedimiento invasivo.

3. Plan de cuidados

3.1. Objetivos en forma de resultados

3.1.1. Satisfacción del paciente: comunicación. Definido como el grado de percepción positiva de la información intercambiada entre el paciente/usuario y el personal de enfermería.

La escala para medir el logro de los objetivos relacionados con la satisfacción del paciente es la siguiente Puntuación Diana: 1 No satisfecho, 2 Algo satisfecho, 3 Moderadamente satisfecho, 4

Muy satisfecho, y 5 Completamente satisfecho.

Indicadores:

3.1.1.1. El personal toma tiempo para comunicarse. Se encontró en “No del todo satisfecho” y se pretendió aumentar a “Moderadamente satisfecho”.

3.1.1.2. El personal presenta información de manera comprensible. Se encontró en “No del todo satisfecho” y se pretendió aumentar a “Moderadamente satisfecho”.

3.1.1.3. Se utilizan métodos de comunicación alternativos, si es necesario. Se encontró en “No del todo satisfecho” y se pretendió aumentar a “Moderadamente satisfecho”.

3.1.2. Soporte social. Definido como ayuda fiable de los demás.

La escala para medir el logro de los objetivos es la siguiente Puntuación Diana: 1. Inadecuado, 2 Ligeramente adecuado, 3. Moderadamente adecuado, 4. Sustancialmente adecuado, y, 5 Completamente adecuado.

Indicadores:

3.1.2.1. Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas. Se encontró en “Inadecuado” y se pretendió aumentar a “Sustancialmente adecuado”.

3.1.2.2. Refiere relaciones de confianza. Se encontró en “Inadecuado” y se pretendió aumentar a “Sustancialmente adecuado”.

3.1.2.3. Refiere red social estable. Se encontró en “Inadecuado” y se pretendió aumentar a “Sustancialmente adecuado”.

3.2. Elección de las intervenciones a realizar

3.2.1. Mejorar la comunicación: déficit auditivo.

3.2.1.1. Utilizar gestos cuando sea necesario.

3.2.1.2. Escuchar con atención permitiendo que el paciente tenga suficiente tiempo para procesar la comunicación y responder.

3.2.1.3. Facilitar la labiolectura poniéndose directamente frente al paciente en un lugar bien iluminado

3.2.1.4. Facilitar la labiolectura poniéndose directamente frente al paciente en estableciendo el contacto ocular y evitando girarse a mitad de la frase.

3.2.2. Mejora de la comunicación

3.2.2.1. Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada

3.2.2.2. Proporcionar métodos alternativos de lectura o escritura según corresponda.

3.2.3. Fomentar las visitas

3.2.3.1. Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con los seres queridos.

3.2.4. Identificación del paciente.

3.2.4.1. Comprobar la información en el expediente.

3.2.4.2. Comprobar la identidad del paciente en varios momentos.

3.2.5. Intercambio de información de cuidados de la salud.

3.2.5.1. Compartir la información con otros profesionales sanitarios.

4. Reporte de la ejecución de las actividades

Al determinar dedicarle más tiempo a la paciente se utiliza principalmente lenguaje de gesticulación y demostración de objetos como el teléfono, la credencial de elector, y se relaciona con los datos de domicilio de la paciente, con lo que se llega a la suposición de que los objetos de la paciente se conservan en el hospital ya que nadie la acompañó en su ingreso.

Se escribió mensajes en un papel, constatando que no sabía leer, pero logró escribir un nombre de una persona. Al mostrarle el teléfono abrió la aplicación del Messenger y pedía que buscáramos a la persona que señalaba. Se encontró que tiene una cuenta en Facebook sin que ella pudiera escribir su contraseña, pero se encontró su contacto de Messenger al cual se le envió un mensaje de aviso.

Siguiendo el plan de cuidados se comunicó lo encontrado al Departamento de Trabajo Social.

5. Evaluación de los resultados obtenidos

5.1. En cuanto a la Satisfacción del paciente:

5.1.1. El personal toma tiempo para comunicarse. Se encontró en “No del todo satisfecho” y se aumentó a “Moderadamente satisfecho.”

5.1.2. El personal presenta información de manera comprensible. Se encontró en “No del todo satisfecho” y se aumentó a “Algo satisfecho”.

5.1.3. Se utilizan métodos de comunicación alternativos, si es necesario. Se encontró en “No del todo satisfecho” y se aumentó a “Muy satisfecho” (Gráfico 1).

5.2. En cuanto a los objetivos relacionados con Soporte Social definido como “Ayuda fiable de los demás:

5.2.1. Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas. Se encontró en

“Inadecuado” y se aumentó a “Sustancialmente adecuado”.

5.2.2. Refiere relaciones de confianza. Se encontró en “Inadecuado” y se aumentó a “Sustancialmente adecuado”.

5.2.3. Refiere red social estable. Se encontró en “Inadecuado” y se aumentó a “Sustancialmente adecuado” (Gráfico 2).

Figura. 1

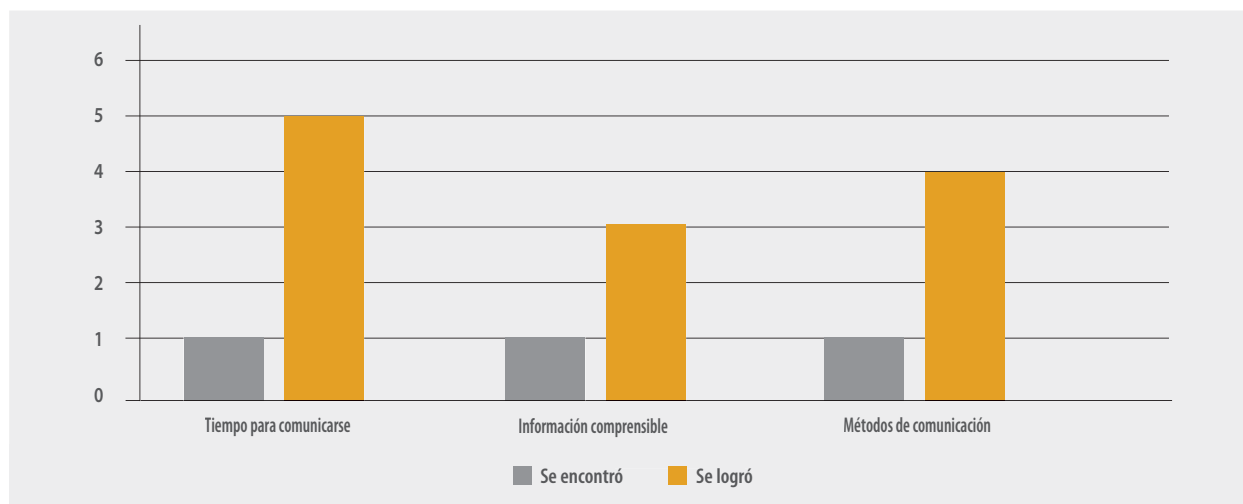
Se muestran las intervenciones elegidas con las principales actividades para lograr los objetivos “satisfacción del paciente” y “soporte social”



Fuente: Autores.

Gráfico 1.

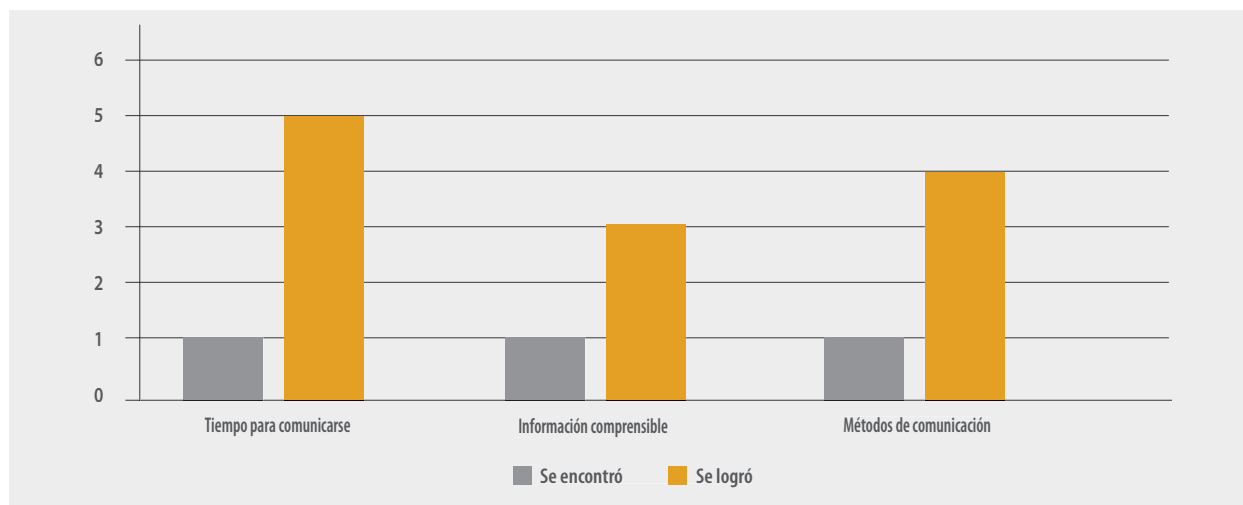
Resultados del objetivo Satisfacción del paciente: comunicación.



Escala de Puntuación Diana: 1 No satisfecho, 2 Algo satisfecho, 3 Moderadamente satisfecho, 4 Muy satisfecho, y 5 Completamente satisfecho.

Fuente: Autores.

Gráfico 2.
Resultados del objetivo soporte social



Escala de Puntuación Diana: 1. Inadecuado, 2 Ligeramente adecuado, 3. Moderadamente adecuado, 4. Sustancialmente adecuado, y, 5 Completamente adecuado.

Fuente: Autores.

Conclusiones

Con la aplicación del Proceso Enfermero, fue posible la comunicación con la paciente, a pesar de no contar con entrenamiento de lenguaje para sordos. La elección de los objetivos y la aplicación del plan de cuidados resolvieron la problemática de una persona que había sido separada repentinamente de su hogar y que se encontraba sola

en un ambiente donde nadie podía comprenderle. Los objetivos planteados se lograron en gran medida con las intervenciones realizadas de manera suficiente para que la paciente fuera trasladada a su domicilio. Fue relevante la dedicación del tiempo. Se recomienda el seguimiento por el primer nivel de atención.

Referencias bibliográficas

- Gloria m. Bulechek, H. K. (2014). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier 6ta Edición.
- Nanda International. (2017). Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificación 2015- 2017. Barcelona: Elsevier.
- Sue Moorhead, M. J. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier 5ta Edición.

Cultura médica

Saberes en resistencia: La incursión de enfermeras católicas durante la revolución mexicana, 1913-1919.

El caso de las josefinas.

Monterrubio-García G.E. (1), Fernández-Olvera X.(2).

(1) Maestría en Historia de México, doctorante en historia Iberoamericana, (2) Mtra. Enfra., Coordinadora de Desarrollo Institucional, Región Sanitaria XII centro-Tlaquepaque, SSJ.

Resumen

Hasta bien entrado el siglo XX, la enfermería era una práctica moldeada a imagen y semejanza de la medicina, eran pocas las iniciativas que empujaban su emancipación y por consecuencia, pocas las mujeres que se aventuraban a diseñar un camino independiente de la medicina. Los contextos de guerra, resultan de vital importancia para explicar la conformación de un saber que se definió entre el fusil y la sangre. En México, el escenario que mejor sirvió de plataforma para impulsar a las mujeres en el desarrollo de la enfermería, fue la revolución, pero esto no ocurrió sin tensión. Tras el golpe de estado que situó a Victoriano Huerta en el poder entrado el año 1913, las enfermeras católicas experimentaron un vertiginoso ascenso, que eventualmente les posicionaría en el sector público, por encima de enfermeras civiles. Esto sólo duró lo que el efímero mandato de Huerta, y se desmoronó conforme los constitucionalistas tomaron las ciudades a su paso. Ultrajadas por el ejército, expulsadas de los hospitales y obligadas al exilio, esta clase de enfermeras logró incursionar en el sistema sanitario sin solución de continuidad, demostrando que para las mujeres era posible conquistar puestos directivos. Congregaciones como la de las Hermanas Josefinas, emplearon un discurso y apariencia seculares como estrategia de resistencia, pero también como instrumento de acercamiento y negociación con Venustiano Carranza. He tomado el caso de ellas por su representatividad en la esfera nacional, como por la llamativa adquisición de hospitales públicos y privados que dirigieron como enfermeras durante la revolución.

Palabras clave: Enfermeras católicas, Hermanas Josefinas, anticlericalismo, revolución mexicana.

Abstract

During the beginning of the XX century, nursing was a molded practice shaped in the image and similarity to medicine, there were a few initiatives that pushed its emancipation and due to that few women who ventured to design a path independent of medicine. War contexts were vitally important to explain the conformation that defined between the rifle and the blood. In Mexico, the best scenario that served for a platform for women to pursue the nursing field was the revolution, but this happened without some tension. After the coup d'état that placed Victoriano Huerta into power in the year of 1913, the catholic nurses experienced a vertiginous rise, which would eventually lead them to serve in the public sector, above the civilian nurses. This only lasted until during the ephemeral mandate of Huerta, and crumbled as the constitutionalists took the cities in their own hands. Outraged by the army, expelled from hospitals and forced into exile, this class of nurses managed to enter a health system without a stable position, demonstrating that the nurses' objective was getting a management position. Not only did the congregations such as "Hermanas Josefinas" use their speech and appearance for a resistance strategy, they also used also as a rapprochement to negotiate with Venustiano Carranza. I have decided to take their case and represent them in the national sphere due to the remarkable acquisition of public and private hospitals that the led as nurses during the revolution.

Key Words: Catholic Nurses, "Hermanas Josefinas", Anti-clericalism, Mexican Revolution.

Introducción

El 22 de septiembre de 1914, la confederación anarcosindicalista *La Casa del Obrero Mundial*, celebró en la prensa el triunfo del gobernador del Distrito Federal, Heriberto Jara –ex miembro activo de la organización–. Como signo de afinidad y a objeto de unir elementos al constitucionalismo, el nuevo gobernador y Álvaro Obregón, les entregaron el convento de Santa Brígida para ampliar sus actividades.¹ Ese mismo día, al interior del templo y los edificios anexos que conformaban el antiguo convento, una congregación de enfermeras y maestras católicas celebraba su aniversario cuarenta y dos, posiblemente sin suponer que contaban con poco tiempo para abandonar el lugar que hasta ese día, había funcionado como colegio católico y sede de su gobierno general.

Estos dos sucesos simbolizan en parte la inauguración de dos procesos que marcarían el curso de la revolución, el posicionamiento de los constitucionalistas y la política anticlerical que envolvió las siguientes dos décadas. La confluencia de ambos procesos resulta de vital importancia para explicar el papel que desempeñaron las enfermeras católicas en ese cruce, pero también para explicar lo que el conflicto armado significó para una profesión en construcción, y en gran medida bajo la tutela del ala femenina del clero.

Hacia la feminización de una profesión supeditada al médico

Hasta entrado el siglo XX, la formación de enfermeras se reducía a los cursos de capacitación que impartían los médicos en función de sus propios intereses prácticos. De esta manera, por mucho tiempo la enfermería operó como un accesorio utilitario al servicio de la medicina. Al ser una práctica fundamentalmente femenina, es de esperarse que las iniciativas emergidas desde las mujeres, tuvieran una mejor recepción por parte de las enfermeras y, quizá a ello se deba que el trabajo de Florence Nightingale, haya terminado por instalarse como el estandarte de todo un movimiento de profesionalización, que se presentaba ante otras mujeres como un vehículo para alcanzar una mejor posición en el mundo de la salud.

Lo cierto es que el legado de Nightingale, tuvo un efecto tardío en México. Pese a que existían iniciativas por parte

de religiosas, para posicionar el lugar de las enfermeras a la par que los médicos en la dirección y administración hospitalarias. La formación se reducía a la enseñanza derivada de médicos, y por consecuencia, la figura de la enfermera todavía se mantenía supeditada a la medicina a principios del siglo XX.

En 1899 se fundó en la capital de Chihuahua la Escuela de Enfermeras del Hospital “Porfirio Díaz”, aunque era una escuela dirigida por mujeres desde su creación, el programa dejaba claro que, al iniciar la revolución, el lugar de la enfermería distaba de alcanzar una posición equiparable a la medicina. Los propósitos enunciados fueron claros, disponer de personal idóneo para mejorar la asistencia de los asilados, pero al mismo tiempo, sepultar el destino de la enfermería al proponer un programa que limitaba sus alcances:

De ninguna manera autorizar á personas incompetentes para que asuman el carácter que sólo al médico le incumbe: la enfermera es sólo ayudante sujeta estrictamente á ejecutar las órdenes del facultativo, pero nunca debe ejercer sus funciones, las cuales ningún médico tiene facultades para delegar en ella, sin incurrir en grave responsabilidad.²

Por su ubicación, esta escuela cobró vital importancia durante los primeros años de la revolución. Conforme se desarrollaban los enfrentamientos al norte del país, en la prensa se incitaba a las mujeres para formarse como enfermeras. La Cruz Roja se había instalado entre 1909 y 1910 para atender a soldados heridos en caso de guerra. En 1911, las mujeres de la élite porfiriana organizaron la sección de damas de la Cruz Roja liderada por Luz González Cosío –y presidida honorariamente por Carmen Romero Rubio–, con el doble fin de socorrer a militares y marinos heridos o enfermos, y reclutar e instruir enfermeras para “prestar sus servicios tanto para la guerra como para la paz”.³

Ese mismo año varias obreras voluntarias se alistaron como enfermeras de la Cruz Roja para “defender la integridad nacional”.⁴ A pesar de las iniciativas, su intervención en los campos de batalla de Chihuahua se retrasó mientras se debatía a quién atender, ¿a todos o solamente a los soldados federales? Como respuesta, Elena Arizmendi

1 “Movimiento Obrero”, *Diario del Hogar*, México, 22 de septiembre de 1914, p. 4. Ese mismo mes, en Monterrey les fueron entregados dos templos católicos luego de fustigar contra la “burguesía despótica” y el clericalismo tildándolo de hipócrita. “Nuevo León”, *Diario del Hogar*, México, 18 de septiembre de 1914, p. 4.

2 “La Escuela de Enfermeras del Hospital «Porfirio Díaz», *Periódico Oficial del Estado de Chihuahua*, 4 de junio de 1911, pp.12-13.

3 “Una Sesión de la Cruz Roja Mejicana. Se nombró ya la Junta Directiva”, *El País*, México, 25 de abril de 1911, p. 3.

4 “Cuerpo de voluntarios para defender la integridad nacional”, *El Tiempo*, México, 1 de mayo de 1911, p. 2.

Mejía fundó la Cruz Blanca Neutral y se dirigió a Ciudad Juárez con once enfermeras y dos médicos.⁵

En Puebla, con la toma de Chiautla por Emiliano Zapata, se desataron enfrentamientos en los que resultaron cientos de heridos y decenas de muertos, las enfermeras recibieron la orden de asistir tanto a federales como a revolucionarios,⁶ sin distinción de bando.⁷ A partir de ese año fueron cada vez más los impulsos para formar enfermeras, principalmente al norte del país. En Chihuahua el gobierno promovió las inscripciones a la Escuela de Enfermeras Porfirio Díaz,⁸ luego de los enfrentamientos ocurridos el 20 de diciembre de 1910 en Mal Paso, lugar al que acudieron médicos y enfermeras a prestar gratuitamente sus servicios.⁹ Eventualmente la demanda de enfermeras fue creciendo, y a ello se debió que en Coahuila se oficializara una escuela de enfermería fundada en 1911 dentro de un sanatorio privado, el Sanatorio Mondragón.¹⁰

En el centro del país eran muy pocas las enfermeras tituladas de la Escuela Nacional de Medicina, conforme la tensión fue dirigiéndose hacia la capital, la enfermería fue adquiriendo su lugar en el conflicto armado y quedaba cada vez más en manos de mujeres. Además de las cruces roja y blanca, que formaban a mujeres voluntarias, la directora de la Escuela Normal para Maestras, organizó un grupo de directoras de escuelas públicas para diseñar una clase especial denominada “enfermería práctica”, destinada a niñas mayores de 12 años para instruir las en labores prácticas en caso de guerra.¹¹ Unos meses más tarde la Cruz Roja anunció la creación de una escuela de enfermería,¹² el programa era igual al propuesto por las maestras, duraba tres meses, y fue diseñado para atender heridos de guerra.

5 “Llegó ayer la Cruz Blanca á C. Juárez. Pide más enfermeras la señorita Arizmendi”, *El País*, México, 15 de mayo de 1911, pp. 1, 5.

6 “Se recupera la plaza de Matamoros”, *El País*, México, 21 de abril de 1911, p. 1.

7 “La «Cruz Roja» en Cholula”, *La Opinión*, Veracruz, 11 de junio de 1911, p. 1.

8 “La Escuela de Enfermeras del Hospital «Porfirio Díaz»”, *Periódico Oficial del Estado de Chihuahua*, Chihuahua, 4 de junio de 1911, p. 12-15.

9 “Apéndice”, *Periódico Oficial del Estado de Chihuahua*, Chihuahua, 28 de mayo de 1911, p. 13.

10 “Poder Legislativo”, *Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Coahuila de Zaragoza*, Coahuila, 14 de enero de 1911, p. 1.

11 “Se va a crear una clase de enfermería práctica en las escuelas de la capital”, *El País*, México, 7 de noviembre de 1913, p. 1.

12 “Loable proyecto de la «Cruz Roja»”, *El Imparcial*, México, 28 de marzo de 1914, p. 4.

A la par que este fenómeno de emergencia se suscitaba, las enfermeras católicas tomaban su posición frente al contexto revolucionario. Durante este periodo, no se sabe con claridad qué ocurrió con los grandes ejércitos de enfermeras que lograron reunir las Conferencias de San Vicente de Paúl desde mediados del siglo XIX.¹³ Lo que sí queda claro, es que las señoras de estas asociaciones, dieron vida a gran parte de las congregaciones de enfermeras religiosas que les sucedieron en la labor hospitalaria, desde la expulsión de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

Quizá la diferencia más importante entre las enfermeras que se formaban en las escuelas de medicina, y las enfermeras de este otro género, es que las religiosas gestionaban su propia formación bajo un sistema de gobierno centralizado fundamentalmente femenino. Esta forma de organización tuvo tal efecto que las autoridades civiles porfirianas no vacilaron en contratar sus servicios y replicarlos cada vez más en otros hospitales, muy al margen de la constitución.

La Congregación de Hermanas Josefinas, fue la primera congregación femenina fundada en México el 22 de septiembre de 1872 bajo el nombre de Hijas de María y del Señor San José, dos años antes de que se decretara la expulsión de las Hijas de la Caridad. Ambos institutos mantuvieron cierto vínculo que resultó determinante para el porvenir de las josefinas -a quienes se les comenzaba a conocer como las Hermanas de la Caridad mexicanas¹⁴ y el modelo de atención ensayado en los hospitales posteriormente.

De cierta manera, para las josefinas, estos lazos determinaron la adquisición de algunos establecimientos desocupados por las vicentinas cuando abandonaron México. Al mismo tiempo, algunas hermanas de la caridad renunciaron a sus votos para poder continuar en el país. Desde su nueva posición, y a partir de su experiencia en los hospitales que tuvieron a su cargo, estas mujeres contribuyeron a configurar nuevas congregaciones de maestras y enfermeras en Jalisco y la Ciudad de México principalmente.

Este fue el caso de Manuela Ramírez, quien regresó a su natal Guadalajara para luego unirse a los institutos josefinos,

13 Al respecto pueden revisarse los trabajos de Díaz (2010) y Arrom (2016).

14 Los fundadores habían pertenecido a los institutos vicentinos, el padre Vilaseca -de origen español-, como sacerdote de la Congregación de la Misión, y la fundadora Cesárea Ruíz de Esparza y Dávalos -originaria de Aguascalientes- como Hija de María.

y sin retomar el noviciado fue nombrada superiora general desde 1888 hasta su muerte en 1893. Durante su gobierno se reglamentó el trabajo de enfermería en hospitales y a domicilio, como consecuencia se fundaron las primeras comunidades josefinas sistemáticamente organizadas en casas de salud, manicomios y otra clase de complejos hospitalarios (Monterrubio, 2018, pp. 26-104).¹⁵ Ciertamente la política de conciliación empleada por Porfirio Díaz allanó el camino rumbo a la expansión de esta clase de institutos religiosos, y pareciera que en la revolución se detuvo dicho crecimiento luego del avance del ejército carrancista, sin embargo los registros muestran todo lo contrario.

Otro elemento que contribuyó a la expansión de la congregación y su modelo de atención hospitalaria, fue la muerte del cofundador en 1910, lo que significó la separación simbólica y oficial de un régimen de vida religiosa sin vigencia ante el Vaticano. Con la resolución emitida desde el 28 de junio de 1901 por León XIII, se prohibían las fundaciones mixtas, puesto que esta clase de unidad establecía cierta subordinación de las religiosas a los sacerdotes.¹⁶

Desde entonces el gobierno de las religiosas adquirió mayor autonomía e independencia de los misioneros josefinos, lo que condujo a una etapa de innovación en la manera de gestionar los recursos –y administrarlos–, el vertiginoso aumento de comunidades hospitalarias, educativas y asilares, no pudo efectuarse sin un incremento proporcional de mujeres aspirantes a la vida religiosa, es decir, gracias a la ruptura con el modelo de subordinación que supeditaba a las religiosas a la autoridad masculina, las congregaciones femeninas se convirtieron en el vehículo que permitía a las mujeres obtener un puesto importante en espacios públicos, como la dirección o administración de hospitales. Pese al anticlericalismo que eventualmente implicó el avance de la revolución.

A esto debe agregarse la necesidad de enfermeras que experimentaba la nación, los gobernadores como las aspirantes católicas, conocían de alguna manera los beneficios de contratar o alistarse con las congregaciones. Por muchas décadas, las religiosas trabajaron como las únicas enfermeras organizadas bajo la tutela de un gobierno centralizado, electo bajo el sufragio de

sus integrantes, con una impresionante capacidad de convocatoria social para obtener financiamiento y donativos en metálico y especie, capaces de manejar grandes instituciones como grandes grupos rotativos de personal, y a quienes ofrecían formación permanente en enfermería, boticaria, enseñanza, idiomas, artes, administración y economía.

El ascenso de la enfermería católica. Huerta, Urrutia y las Hermanas Josefinas

El trabajo en enfermería jugó un papel fundamental en la expansión de la congregación josefina, en la medida que las enfermeras se volvían necesarias para retener el número de bajas que producía el conflicto armado. Durante el gobierno de Victoriano Huerta, quizás una de las muestras más representativas del alcance que tendría la iglesia en el ámbito público, la sugirió su Ministro de Gobernación el cirujano Aureliano Urrutia en 1913, luego de anunciar la sustitución de las enfermeras del Hospital General y la Casa Cuna de la Ciudad de México, por “hermanas de la caridad”.¹⁷ Esta disposición atrajo críticas de inmediato, aunque la exposición del caso y de las religiosas en la prensa, revela que el anticlericalismo definitivamente no formaba parte de la política huertista, sino todo lo contrario:

Ciertamente [...], las hermanas de la caridad son mujeres de principios altruistas y de cualidades valiosas para cuidar de los enfermos; pero no lo es menos que en el Hospital General se ha establecido una escuela a propósito para la educación de las personas que deban desempeñar el puesto de enfermeras, y que se les imparte una educación médica suficiente para desempeñar satisfactoriamente sus labores, educación que no poseén, en su mayor parte, las hermanas de la caridad; siendo por lo tanto, perjudicial a los enfermos, la realización de ese cambio.¹⁸

17 A principios de 1913 el doctor Felipe Gutiérrez de Lara impartió una conferencia en la Casa de Niños Expósitos sobre los cuidados de las madres hacia los niños, a la que asistieron madres de familia además de “las hermanas de la caridad”. “Conferencias del Sr. Dr. Gutiérrez de Lara. Sobre los cuidados que deben tener las madres para con los niños”, *La Patria*, México, 20 de enero de 1913, p. 1.

18 “Serán sustituidas por Hermanas de la Caridad las Enfermeras del Hospital General”, *El Imparcial*, México, 9 de mayo de 1913, p. 7. En el diario *La Opinión* se afirmó que la sustitución fue realizada “no obstante que aquellas [las enfermeras civiles] para desempeñar el puesto que actualmente ocupan, han tenido que estudiar durante dos años y las hermanas de la caridad carecen de conocimientos en medicina”. “Cambiadas por Hermanas de la Caridad”, *La Opinión*, Veracruz, 10 de mayo de 1913, p. 4. Los metodistas, quienes más tarde apoyaron las políticas anticlericales de los constitucionalistas, también mostraron su descontento al respecto, “¿A dónde vamos?”, *El Abogado Cristiano*, México, 10 de julio de 1913, p. 434.

15 Elisa Speckman (1996), analizó comparativamente el crecimiento de ambos institutos, así como la transición de unas y otras en sus respectivos contextos sociopolíticos hasta 1910.

16 The Catholic Encyclopedia, An international work of reference on the constitution, doctrine, discipline, and history of the Catholic Church, New York, Vol. 11, 1911, p. 165.

Evidentemente, aquellas “hermanas de la caridad” eran religiosas, aunque cuesta trabajo creer que regresaron las de San Vicente de Paúl expulsadas en 1875. Según lo referido por los Anales del instituto, el regreso –o “la segunda venida”– se efectuó hasta 1946 y parece no haber registro alguno de su presencia en México durante 1913. Incluso cuesta aún más trabajo asumir lo publicado por el diario católico *El País* donde se precisó unos meses más tarde, que las religiosas enfermeras que “pertenecen a la Orden de San Vicente de Paúl” atendían el Hospital General.¹⁹ Era muy común en la época llamar “hermana de la caridad” a cualquier religiosa que practicara labores de auxilio o enseñanza en el plano social, así ocurría con las josefinas. La figura de esta clase de religiosa, quedó impregnada en el imaginario femenino por casi medio siglo en el que fueron las únicas mujeres con toca que administraban hospitales y colegios católicos.

También es posible que las enfermeras religiosas que reemplazarían a las civiles en 1913, fueran las josefinas, la misma congregación con la que colaboraba Aureliano Urrutia²⁰ en su sanatorio de Coyoacán inaugurado en 1911.²¹ La cercanía con Urrutia favoreció la amplitud de la red hospitalaria josefina, durante ese periodo esta clase de enfermeras se estableció solamente en instituciones públicas.

En Veracruz, obtuvieron la administración del Hospital Civil Ignacio de la Llave, también aquí fueron nombradas por la prensa como “madres de la caridad”.²² En Jalisco, ese mismo año firmaron convenios con autoridades locales y estatales para establecer comunidades en el Hospital Rafael Larios en Lagos de Moreno, el Hospital

Civil en San Juan de los Lagos y la Enfermería de la Hacienda del Llano cerca de Magdalena.²³

En Colima obtuvieron la administración del Hospital Civil de Mujeres; en la ciudad de Puebla, la Casa de Maternidad; en Atlixco, el Jefe Político y con el apoyo de la sociedad “Unión, Caridad y Progreso”, celebraron con bombo y platillo la llegada de las enfermeras al Hospital Civil,²⁴ la toma se efectuó hasta enero del siguiente año. Sólo en marzo de 1914, cuando las religiosas tomaron posesión del Hospital Civil Hidalgo en Guanajuato, el gobernador Rómulo Cuellar –de filiación huertista– les pidió no firmar las bases como medida de protección.²⁵ Estas adquisiciones se sumaron a las obtenidas entre el ocaso del porfiriato y el mandato de Madero.

Las conquistas de las enfermeras josefinas comenzaron a alarmar a los opositores del clero católico, y es posible que, en este sentido, las críticas que nutrieron el anticlericalismo previamente al ejecutado por los constitucionalistas, venían de otros grupos religiosos. Los metodistas veían en la transición de enfermeras civiles a católicas, serias iniciativas por ascender al clero católico durante el régimen de Huerta.

Es verdaderamente terrible lo que está pasando en México en relación con el clero y con la gente de iglesia. No bien hubo subido al Ministerio de Gobernación un fervientísimo católico [Aureliano Urrutia], cuando se descararon las intrigas de los clericales en la forma de peticiones hechas por las damas más linajudas pidiéndole al Ministerio de referencia que substituya a las enfermeras de los hospitales y a las instructoras de los asilos por religiosas, [...] entre esas damas está su misma esposa, así como la esposa del actual Presidente de la República [Victoriano Huerta]. [...] ¿Qué va a pasar? Nos esperan en este sentido días aciagos [...], cuando en los establecimientos oficiales veamos la figura sombría de la monja cuidando enfermos y educando niños.²⁶

19 “Necia disculpa”, *El País*, México, 29 de enero de 1914, p. 7. Otra posibilidad pueden ser las Señoras de la Caridad, de las Conferencias de San Vicente de Paúl.

20 Aureliano Urrutia fue un prestigioso cirujano conocido por haber realizado la primera separación de siameses en el mundo, durante el mandato de Madero además de abrir las puertas de su sanatorio, fue nombrado por Pino Suárez como director de la Facultad de Medicina, puesto que retomaría en 1913 siendo Ministro de Gobernación, (Urrutia, 2008, pp. 69-79, 185).

21 El inconveniente de esta posibilidad es que en el Archivo General de la congregación, aparentemente no hay registros sobre su presencia en el Hospital General, aunque también es posible que la documentación que les vinculaba con Huerta o su administración haya sido destruida, si no de su propia mano, sí como parte de las súbitas expulsiones experimentadas posteriormente. Sabemos que una parte importante del archivo desapareció durante la confiscación de la casa general en 1914.

22 “El macabro hallazgo de esqueletos en Orizaba, Ver.”, *El País*, México, 18 de mayo de 1913, p. 9.

23 Por esas fechas en Jalisco gobernaba José López Portillo y Rojas, Ministro de Asuntos Exteriores durante el mandato de Huerta entre febrero y mayo de 1914, y cercano a familias que apoyaron algunas fundaciones josefinas en Jalisco durante el porfiriato (Monterrubio, 2018, p. 259).

24 AGHJ, COS, caja 13, 1966-1972, exp. 2, Hospital Civil (San Juan de Dios), Correspondencia recibida-enviada oficial, “Carta del Jefe Político José González a Sor Rosa Orozco”, Atlixco, 21 de diciembre de 1913, ff. s/n.

25 AGHJ, COS, caja 5, 1920-1926, exp. 13, Hospital Civil Hidalgo, Contratos y Convenios, correspondencia recibida oficial, Silao, 01 de marzo de 1914, ff. s/n.

26 “No habrá esperanza”, *El Abogado Cristiano*, México, 17 de julio de 1913, p. 450.

Cuadro 1.
Comunidades josefinas fundadas en hospitales y asilos, 1910-1919²⁷

Comunidad	Localidad	Estado / País	Año de Fundación
Asilo Villareal	Monterrey	Nuevo León	1910
Beneficencia Española	Puebla	Puebla	1911
Hospital Civil Jesús Carranza	Puebla	Puebla	1911
Hospital de la Beneficencia Española		D.F.	1911
Sanatorio Urrutia	Coyoacán	D.F.	1911
Hospital Civil (de Caridad)	Puruándiro	Michoacán	1911
Hospital	Oaxaca	Oaxaca	1911
Sanatorio Cruz y Celis	Puebla	Puebla	1912
Casa de Maternidad de Puebla	Puebla	Puebla	1913
Hospital Rafael Larios	Lagos de Moreno	Jalisco	1913
Hospital Civil	San Juan de los Lagos	Jalisco	1913
Enfermería en la Hda. del Llano	Magdalena	Jalisco	1913
Hospital Civil de Mujeres	Colima	Colima	1913
Hospital Civil (San Juan de Dios)	Atlixco	Puebla	1914
Hospital Civil Hidalgo	Silao	Guanajuato	1914
Hospital del Sagrado Corazón	Ahualulco	Jalisco	1914
Casa de Salud Mier y Pesado	Coyoacán	D.F.	1914
Quinta Nazaret	Tacuba	D.F.	1914
Sanatorio Mariano Herrera	Durango	Durango	1915
Hospital de Granada	Granada	Nicaragua	1915
Hospital San Juan de Dios	Granada	Nicaragua	1915
Hospital del Sr. San José	Rivas	Nicaragua	1915
Hospital San Antonio	Masaya	Nicaragua	1915
Hospital General	Managua	Nicaragua	1915
Asilo Colón		D.F.	1916
Enfermería en la Hda. de los Morales		D.F.	1916
Hospital de El Socorro		D.F.	1916
Hospital de Zitácuaro	Zitácuaro	Michoacán	1916
Hospital Civil	San Juan del Río	Querétaro	1916
Sanatorio del Dr. J. Villareal		D.F.	1917
Hospital Civil	Tampico	Tamaulipas	1917

²⁷ **Fuente:** Elaboración propia con base en los datos recabados del informe del Capítulo General de la Congregación de Hermanas Josefinas, celebrado en 1919, AGHJ, CGE, caja 1, exp. 23, VII Capítulo General. Informe de Gobierno 1919, “Estado en que se encuentra el Instituto de las Hermanas Josefinas, al entregar el gobierno la M.R.M. Josefa Pérez actual Superiora General, el 28 de septiembre de 1919”, ff. 3-18; así como de la sección COS del mismo repositorio.

Nota: La línea divisoria en el año de 1914 indica la separación entre las comunidades fundadas durante el mandato de Huerta y aquellas efectuadas tras su derrota.

Hospital Civil	Querétaro	Querétaro	1917
Hospital Civil y Hospicio Vergara	Querétaro	Querétaro	1917
Asilo de Socorros	San Andrés Chalchicomula	Puebla	1917
Hospital Particular	Rivas	Nicaragua	1917
Hospicio del Sagrado Corazón de Jesús	Granada	Nicaragua	1917
Hospital de la Caridad	Chinandega	Nicaragua	1918
Hospicio San Miguel	San Miguel	El Salvador	1918
Cruz Roja	Toluca	México	1919
Hospital	Zacapoaxtla	Puebla	1919
Hospital Municipal	Izúcar de Matamoros	Puebla	1919
Casa de Beneficencia de la Comarca Lagunera	Torreón	Coahuila	1919
Hospital Civil	Torreón	Coahuila	1919
Hospital Civil	Silao	Guanajuato	1919
Sanatorio Degollado	Guadalajara	Jalisco	1919

Hacia 1914 el número de enfermeras resultaba insuficiente, los constitucionalistas comenzaron a representar un problema serio para Huerta, por lo que se vislumbraba la inminencia de nuevos enfrentamientos dirigidos hacia el centro, entonces la movilización de las enfermeras tomó mayor fuerza. Las legislaturas de los estados se convencieron de la necesidad de una fuerte organización militar y administrativa para impedir a toda costa el triunfo de Carranza, por ello se designaron a los altos jefes del Ejército Nacional para asumir las funciones de gobernadores.

El propósito fue claro, secundar la política de Huerta y restablecer la paz en el menor tiempo posible. Entre las reformas se estableció una brigada de enfermeras escolares en todo el país, la cual prepararía a las alumnas de las Escuelas Nacionales “para servir a la Patria en caso necesario”.²⁸ La idea fue aplaudida por toda la nación, y se veía reforzada por el escenario que se avecinaba por la creciente tensión en las relaciones diplomáticas entre Estados Unidos y el gobierno de Huerta, provocada luego de la disolución del Congreso en octubre de 1913, por lo que en Estados Unidos, la idea de invadir México se convertía cada vez más en una solución viable para terminar el conflicto revolucionario (Urrutia, 2008, p. 203).

28 “Mensaje leído por el C. Presidente de la República”, *Diario Oficial de los Estados Unidos Mexicanos*, México, 1 de abril de 1914, p. 272.

Del ascenso a la persecución. Monjas y religiosas enfermeras bajo la mira

Los carrancistas consideraban que las monjas contemplativas no eran útiles para la sociedad y la patria, por lo que la exclaustación se volvió una de las medidas más empleadas (Padilla, 2011, p. 43). En cambio, las enfermeras religiosas -aunque también de apariencia monacal- corrieron con mejor suerte hasta cierto punto. Durante este periodo grandes grupos de religiosas fueron expatriadas, o simplemente para huir del anticlericalismo constitucionalista, se refugiaron en Estados Unidos, Cuba, Nicaragua o El Salvador. En cambio, otras regresaron a los países donde se originó su instituto.

La mayoría de las congregaciones no contaba con gran trayectoria en México, desde la expulsión de las Hijas de la Caridad hasta 1910 se habían instalado cerca de 25 congregaciones entre extranjeras y propiamente mexicanas (Esquivel, 2012, pp. 163-164). El proceso de conformación de una congregación naturalmente era largo, la aprobación diocesana y pontificia de los institutos y sus constituciones, en muchos casos no se había logrado y por lo tanto las comunidades emergentes eran pequeñas y su expansión apenas había iniciado.

Para 1912 las josefinas contaban con cuatro décadas de trayectoria.²⁹ Iniciada la revolución, la planta de

29 “M. R. M. Superiora General, Sor Josefa Pérez”, *Recuerdo de las Bodas de Oro de la Congregación de las Hermanas Josefinas*, México,

la congregación se componía de 501 religiosas, distribuidas en más de 72 comunidades y dispersas por 19 estados de la república. En este caso la expulsión de una comunidad no significó el cierre del resto, la estrategia consistió en no delatar a otras comunidades, por lo que debieron experimentar los embates constitucionalistas en lo individual. El siguiente cuadro es muy sugerente al respecto, ilustra mejor los dos procesos aparentemente contradictorios y antagónicos, que afectaron el curso de la congregación josefina durante los años de revolución, persecución y expansión.

Cuadro 2.
Informe del personal existente en la Congregación de
Hermanas Josefinas, 1909, 1919³⁰

Informe del personal	1909	1919
Comunidades existentes	72	102
Profesas de votos perpetuos	215	438
Profesas de votos temporales	159	95
Novicias	39	21
Postulantes	19	15
Coadjutoras de votos perpetuos	33	96
Coadjutoras de votos temporales	14	22
Coadjutoras novicias	15	7
Coadjutoras postulantes	7	3
Planta de la Congregación	501	697
Hermanas muertas 1910-1919		99
Hermanas separadas 1910-1919		171
Comunidades suprimidas 1910-1919		37

Tras la derrota de Huerta, la presencia de refugiados mexicanos en Texas, Estados Unidos, alarmó a la diócesis local, para averiguar el asunto, el arzobispo Quigley, envió al sacerdote Francis Kelley al sur de Texas y luego a Cuba, su misión culminó con la publicación en 1915 de su diatriba *The Book of Yellow and Red. Being a Story of Blood and a Yellow Streak* en el que documentó una serie de testimonios sobre mujeres y hombres que habían sufrido violencia por parte de las tropas constitucionalistas.³¹

22 de septiembre de 1922, p. 12. El 18 de mayo de 1903 obtuvieron la aprobación definitiva de su congregación, y la aprobación de sus constituciones por tiempo limitado, el 15 de diciembre de 1907.

30 **Fuente:** Elaboración propia con base en los informes de los capítulos generales VI y VII de la Congregación de Hermanas Josefinas y de la sección Comunidades y Obras Suprimidas, Caja 3, 1909-1919, del AGHJ.

31 Un análisis profundo de esta obra, su autor y el archivo que se recopiló, puede revisarse en el trabajo de Robert Curley (2016).

Uno de los testimonios recabados por Kelley, corresponde a la autoría del superior de los josefinos José María Troncoso, también exiliado en San Antonio,³² era una carta firmada por él con destino al delegado apostólico en Washington.³³ En ella relató la experiencia de un grupo de monjas que sufrió violencia sexual, y en su huida hacia la Ciudad de México, las josefinas se dispusieron a brindarles apoyo.

De acuerdo al relato, la superiora del Colegio Josefino en Veracruz, escuchó que un grupo de religiosas había llegado a la capital, llenas de indignación y vergüenza tras haber sido ultrajadas. Ella solicitó el permiso de la superiora general para ubicar a esas religiosas y brindarles refugio. Al principio se dirigió a la Casa de Maternidad Civil donde supuso que podrían estar. Allí se confirmó el hecho de los ultrajes, pero fueron trasladadas a la Casa del Buen Pastor, como llegaron a una casa religiosa, no hizo nada más. Las demandas y denuncias certificadas ante un notario, revelan un tipo específico de violencia de género en reiteradas ocasiones, en la que el cuerpo de las mujeres es naturalizado y disputado como propiedad durante la guerra, en este sentido las violaciones de guerra conforman un aspecto de la revolución mexicana reproducido en los siguientes casos (Curley, 2016, p. 105). En la declaración del padre Servín –uno de los exiliados en Houston y Galveston, por haber permitido la boda de la hija de Victoriano Huerta en su parroquia–, se señaló que

32 Como director del principal medio de difusión de la obra josefina, Troncoso tuvo que suspender la reproducción de la revista. El último número fue publicado el 1° de enero de 1915, la reanudación se efectuó en San Antonio, Texas, exactamente 3 años después. En 1914 sólo aparecen algunos relatos relacionados con la revolución, por ejemplo las gracias que los devotos –en su mayoría mujeres–, daban a San José porque sus hijos o esposos libraron la leva, por no haber sufrido daño durante la decena trágica, por la recuperación de un subteniente del Ejército Federal en tiempos de Huerta, por haber sobrevivido sin daño a la ocupación de la Ciudad de México por los constitucionalistas, por haberse librado del fusilamiento, o por haber obtenido la libertad de algún sacerdote preso. “Gracias obtenidas por mediación de Sr. San José”, *El Propagador de la Devoción a Señor San José*, Tomo XLIV, México, 1 de septiembre de 1914, pp. 81-84. “Gracias obtenidas por mediación de Sr. San José”, *El Propagador de la Devoción a Señor San José*, Tomo XLIV, México, 1 de octubre de 1914, pp. 113-119.

33 Este tipo de denuncias desató nuevas críticas de los carrancistas hacia el clero entrado el año de 1915. En una entrevista con el representante de un periódico estadounidense, José N. Macías fiel amigo de Carranza, negó los señalamientos hechos contra Carranza, respecto a los atropellos cometidos contra religiosos, lo que atribuyó a un intento por parte del alto clero para para buscar la opinión del pueblo americano y solicitar la intervención de Estados Unidos. “Algunas reformas que en materia de justicia propondrá el Sr. Licenciado José N. Macías”, *El Pueblo, México*, 13 de abril de 1915, p. 4.

los ultrajes a las religiosas eran tan comunes en la Ciudad de México, que muchas de ellas quedaron embarazadas y otras sufrieron repugnantes enfermedades, como resultado de los ataques perpetrados por los soldados revolucionarios (Curley, 2016, p. 108).³⁴

Si bien es cierto que los testimonios después de la guerra suelen ser parciales o vagos (Curley, 2016, pp. 93, 106), frases como “dificultades y penas indecibles” expresadas en las cartas o informes de las josefinas, para referirse a lo vivido durante las ocupaciones constitucionalistas, deben leerse entre líneas si consideramos que la naturaleza de su escritura proviene de lo más profundo e íntimo, es decir, no se escribieron para exponer o demandar reparación de daños, sino para circular dentro de un grupo reducido y cerrado al exterior.

No siempre se cuenta con los nombres de las religiosas, la orden o congregación a la que pertenecieron, y mucho menos su voz. Los ultrajes destrozaban por completo el sentido de los votos, y el honor femenino de la época. Más que una denuncia abierta, las religiosas optaron por el silencio al ser la única vía práctica, puesto que exhibirse ante una autoridad civil supondría su detención en el mejor de los casos.

En octubre de 1914, las josefinas fundaron una especie de lazareto al que llamaron Quinta Nazaret, como respuesta al creciente número de religiosas infectadas por enfermedades contagiosas. El momento era el menos propicio para abrir comunidades como religiosas, pero sí el más adecuado como enfermeras, para brindar protección y refugio a sus correligionarias. La documentación sobre este espacio es muy escasa, en el informe del gobierno general se refiere claramente que el establecimiento

se abrió con un único fin, para “enfermería de las HH [hermanas] contagiadas por alguna enfermedad”.³⁵ La fundación era una novedad que no se volvería a repetir en la congregación.

Si el testimonio redactado por Troncoso, denota el conocimiento que las josefinas tuvieron de los atropellos cometidos hacia otras monjas, entonces el testimonio del padre Servín sobre las monjas infectadas luego de los ultrajes, daría cierto sentido a la Quinta Nazaret para religiosas contagiadas. Aunque la emergencia de la quinta pudo estar relacionada con otro elemento presente en la época, pero que nuevamente toca de alguna manera el asunto de la persecución de monjas, las epidemias.

América Molina (2016) ha demostrado que, tras las batallas de Zacatecas en 1914, Celaya y el Bajío en 1915, los efectos sanitarios se extendieron por las ciudades de México, Chihuahua, León, Guadalajara, Querétaro y San Juan del Río. Las campañas sanitarias para contrarrestar la propagación de tifo, incluyeron principalmente la reclusión forzosa de contagiados en los hospitales con espacios adecuados para recluir infecciosos, y en los lazaretos. Los registros exigidos por el Consejo Superior de Salubridad acerca de la inspección y contabilidad de los enfermos infecto-contagiosos, vislumbran en estos años “un modelo de vigilancia y control de la población” (Molina, 2016, p. 325) sin precedentes, más allá de una estrategia de salubridad pública.

Las políticas de retención y aislamiento se convirtieron en medidas sanitarias de control social, y para evitar estallidos de inconformidad, se vieron reforzadas “con el pretexto de frenar el contagio de las epidemias” (Molina, 2016, p. 325). Los registros de los padrones de enfermos podían delatar entre muchos asuntos, el estado civil o la ocupación y por consecuencia, revelar la identidad de los enemigos, destapar los escondites y refugios de religiosos, o si los sospechosos de contagio propagaron una enfermedad entre los muros de un convento. Como las acciones emanadas de las denuncias de un contagiado eran ejecutadas por las autoridades de policía –además de los médicos–, para los religiosos, indiscutiblemente a la inmediata desinfección le acompañaría el arresto.

No exentos de contagio, religiosas y sacerdotes tuvieron que encontrar la manera de eludir los hospitales o lazaretos controlados por los revolucionarios, como evitar una

³⁴ Casos parecidos se presentaron al delegado apostólico en Washington, entre ellos existen relatos sobre un grupo de religiosas que se internó en la Casa Cuna de la Ciudad de México, mientras que otras seis, permanecían protegidas en una granja cerca de la misma ciudad. Otras diecisiete monjas permanecían en la casa particular del médico Zárraga, todas embarazadas por los revolucionarios. Un extranjero de nombre Leopold Blum, relató que en un hospital cercano a una fábrica de ladrillos en San Pedro –como a veinte minutos de la Ciudad de México–, donde permaneció escondido, encontró a 81 monjas que escaparon del norte y habían sido ultrajadas y embarazadas por los revolucionarios. Algunos vecinos extranjeros y de la clase alta, acudieron al hospital para proporcionar ropa para bebés. En su relato refiere que escuchó sobre otro hospital con más monjas en las mismas condiciones (Curley, 2016, pp. 108-109). En su mayoría son testimonios de segunda mano, por ello la naturaleza de las fuentes es ampliamente discutible, Curley lo reconoce en su estudio, sin embargo el aporte para el historiador es la manera en que fueron construidas dichas fuentes, y la manera en que fue construida la memoria histórica de aquellos eventos, como lo indica.

³⁵ AGHJ, CGE, Caja 1, exp. 23, VII Capítulo General. Informe de Gobierno 1919, “Estado en que se encuentra el Instituto de las Hermanas Josefinas, al entregar el gobierno la M.R.M. Josefa Pérez actual Superiora General, el 28 de septiembre de 1919”, f. 14.

posible detención con el pretexto legítimo de resguardar la salubridad pública, es posible que las congregaciones católicas, abrieron sus propios lazaretos como la Quinta Nazaret, para proporcionar refugio a los miembros del clero y con ello evitar caer en manos de las autoridades policíacas, dominio de los revolucionarios después de los Tratados de Teoloyucan.

El internamiento en hospitales públicos resultaba inviable para sacerdotes o religiosas durante la fase constitucionalista de la revolución.³⁶ En este sentido, tendría lugar la idea de América Molina respecto a que “muchos enfermos, fueron reticentes a ser recluidos en los hospitales [públicos], en donde podían perder su identidad y sentir amenazada su existencia” (Molina, 2016, p. 326). Recordemos que los testimonios discutidos por Curley, nos remontan a un escenario de ocultamiento y clandestinidad para las monjas internadas dentro de los hospitales –también clandestinos en algunos casos–, es decir, eran perseguidas por las autoridades civiles, y por lo tanto era impensable su exposición en los establecimientos bajo el control revolucionario, la estrategia de un lazareto construido ex profeso para religiosas y atendido por enfermeras religiosas en pleno avance constitucionalista, parece una respuesta formidable.

En noviembre de 1914, los constitucionalistas intervinieron los edificios que componían el Sanatorio Urrutia. Al acudir al lugar, las autoridades municipales concluyeron que “lo que se llamaba casa de salud o de socorros, no era sino una simulación, con la que se trataba de poner a salvo el edificio, propiedad de Urrutia”. Pues “de la noche a la mañana el sanatorio [resultó de la propiedad de la señora Mier y Pesado]”.³⁷ Las veinte enfermeras josefinas que ahí laboraban, fueron expulsadas, pero en este caso les proporcionaron el tiempo necesario para extraer todo lo que solicitaron.³⁸

36 En Jalisco el arzobispo disponía de los manicomios católicos para internar a miembros de su diócesis con problemas mentales, lo hacían porque había capillas donde podían continuar con la vida religiosa, en cambio en un establecimiento civil, la ruptura con la vida religiosa –los votos por ejemplo– sería irreversible (Monterrubio, 2018, pp. 203, 314).

37 Lo llamativo del caso es que las josefinas tomaron posesión de la Casa de Salud Mier y Pesado en enero de 1914, por lo que la transferencia de los edificios se debió efectuar en tiempos de Huerta, cuando Urrutia experimentó ciertas diferencias con él. En julio de 1913, circuló una noticia relativa a la supuesta venta del sanatorio. Urrutia desmintió el rumor, pero en octubre se comprobaron las negociaciones sobre la venta, posiblemente se anticipó, presagiando la caída del régimen, pues en septiembre de aquel año renunció al ministerio de gobernación (Urrutia, 2008, p. 182). Para enero de 1914 las josefinas firmaron convenio con la fundación Mier y Pesado en lo que fuera el Sanatorio Urrutia.

38 “El antiguo sanatorio de Aureliano Urrutia fue intervenido ayer por orden superior. Para salvar el edificio de la acción del gobierno,

Recordemos que, en septiembre de ese año, las josefinas del gobierno central fueron expulsadas del templo de Santa Brígida –donde se localizaba su casa matriz–, sin tiempo para extraer el mobiliario.³⁹ Entre 1910 y 1919, 171 religiosas abandonaron la congregación, 99 murieron y 33 comunidades entre hospitales y escuelas, fueron suprimidas. En los informes de gobierno general, las superiores que dejaban el cargo solían nombrar a las hermanas que habían fallecido durante su periodo de gobierno, las cifras resultaron extraordinariamente extensas para enlistar los nombres de las difuntas durante la revolución.

La persecución de religiosas supuso una reorganización inevitable del clero femenino. Las josefinas desterradas fueron recibidas en San Antonio, Texas por el obispo John William Shaw, quien consiguió hospedarlas con las religiosas Ursulinas. A petición del arzobispo de Managua, Antonio Lezcano, parte de este grupo viajó a Nicaragua en 1915 para fundar una nueva provincia que resultó en un gran éxito desde el punto de vista de la enfermería. La migración fue indispensable para subsistir, pero también representó una oportunidad de expansión que permitió surcar nuevos horizontes y construir una posibilidad en caso de que los revolucionarios dismantelaran el instituto.

Ante estos eventos, la superiora general Sor Josefa Pérez, escribió un memorial a Venustiano Carranza en el que denunció los casos de expulsión y expatriación de religiosas, al tiempo que justificó la sujeción de sus hospitales y colegios a la legislación vigente. Este recurso, aunque muy riesgoso, fue empleado como solicitud de permanencia en el país para eludir el exilio o el dismantelamiento de la congregación.

La carta fue redactada en términos seculares para ocultar el carácter religioso del instituto, al que Sor Josefa se refirió como “una sociedad de *señoritas*, con el fin exclusivo de servir a nuestra Patria”. En los siguientes párrafos, el sentido de la exposición cambió de tonalidad cuando la superiora general se refirió a sus correligionarias como “Hnas.”, y señaló el problema de la expulsión, dejando en evidencia el sentido de la asociación:

se le daba toda apariencia de casa de salud”, *El Pueblo*, 06 de noviembre de 1914, p. 5.

39 Durante los meses que fue ocupado el predio por los sindicalistas, fue saqueado todo el mobiliario, incluyendo una parte del archivo de la congregación, especialmente los de los años inmediatos. Sin casa matriz, el noviciado se suspendió, el proceso vocacional por el que atravesaban las hermanas de votos temporales, se detuvo y la deserción no se hizo esperar.

Hasta el presente todos los Gobiernos nos han dispensado su tolerancia porque nuestros reglamentos no contravienen en lo más mínimo a Las Leyes de Reforma; pero ahora, en vista de las actuales circunstancias, de la destrucción casi completa del Colegio Josefino, llevada a cabo por la Institución del “Obrero Mundial” y de que las Hnas. han sido destituidas de sus establecimientos en algunos Estados y expulsadas de otros fuera de la República, me dirijo a V. E. como Primer Jefe, suplicándole se sirva decirme a qué debemos atenernos para obrar con toda libertad, si el Gobierno que dignamente preside puede seguir tolerándonos o si debemos aceptar las ofertas que se nos hacen en otras Repúblicas para que prestemos en ellas nuestros servicios, como lo están verificando ya en Centro América y E. U. las Hnas. expulsas que mencioné. [...] en caso de aceptarnos, nos ajustaremos, como hasta ahora lo hemos hecho, en las Escuelas y Colegios, a la Inspección Oficial y Programas Vigentes, y en los Hospitales Particulares y Civiles de nuestro cargo, a sus reglamentos especiales.⁴⁰

El escrito es excepcional porque muestra a un grupo específico de mujeres que se pensaba pasivo en el nivel político, laboral y social de la época. Por su contenido, la carta representaba un gran riesgo para la congregación en medio de un contexto anticlerical, la intensidad del texto fue adquiriendo tintes de exigencia cuando Sor Josefa dejó a Carranza la decisión de permanencia o salida de las religiosas en México. Lo que evidencia la importancia y el lugar que su instituto podía significar para el incipiente Estado revolucionario. No sé sabe hasta qué punto la carta tuvo efectos políticos, lo cierto es que estas enfermeras no detuvieron su expansión y continuaron conquistando la administración de más hospitales.

¿Religiosas o enfermeras? La enfermería como recurso de inmunidad frente a los constitucionalistas

Escribir un memorial a Carranza sin duda fue un acto riesgoso y seguramente excepcional en la época. Por lo común, el anonimato y la clandestinidad se convirtieron en reglas de vida para las religiosas que buscaron subsistir como enfermeras en hospitales. La secularización del hábito y algunas prácticas de culto cercenadas o radicalmente suprimidas, se implementó como medida obligatoria ante la exposición a posibles ultrajes o aprehensión.

40 AGHJ, GG, Caja 9, 1920-1926, exp. 18, R.M.S.G. Carmen Valdes RUP, Correspondencia Enviada: Presidente de la República (borrador), s.f. ff. s/n. El documento se encuentra dentro de un expediente relativo a los años veinte, seguramente el texto fue retomado durante la rebelión cristera, pues algunos pasajes fueron corregidos manualmente para adaptarse al contexto vigente. Por ejemplo, en lugar de “Primer Jefe”, se modificó por “Presidente electo de la Nación”; en lugar de “Leyes de Reforma”, se cambió a “Leyes que nos rigen”, el domicilio también fue modificado, pues la casa central se perdió definitivamente cuando se confiscó en medio de la guerra cristera.

Sólo en contadas ocasiones las enfermeras católicas actuaron ante los constitucionalistas sin ocultar su hábito o exponer su condición eclesial. En Veracruz, luego del derrumbe de Huerta, el 28 de agosto de 1914, Heriberto Jara impuso el plazo de dos días para desalojar las casas ocupadas por asociaciones religiosas, so pena de emplear castigos “con energía a las que pretendieren contrariar esta disposición ya sancionada en la Constitución”. Ordenó también clausurar las escuelas y colegios católicos, “por no convenir a nuestra República, que la Instrucción esté en manos del Clero”.⁴¹ A reserva de identificar más casos, al menos puede decirse que uno de los colegios católicos en Veracruz permaneció exento a las políticas anticlericales.

Durante los primeros días de la ocupación estadounidense, las josefinas dirigidas por Sor Luz Nava, se sumaron como enfermeras a la Cruz Blanca Neutral, improvisaron un hospital sobre el Colegio Josefino, y aprovechando las nociones de enfermería que incluía su formación en el noviciado, atendieron a los heridos durante la batalla. Este acto patriótico les valió la condecoración de los constitucionalistas, a sabiendas del origen católico del establecimiento y sus ocupantes religiosos.

La primera condecoración la recibió Sor Luz Nava el mismo abril de 1914, por el Coronel Manuel Contreras. La segunda condecoración la concedió Heriberto Jara el 10 de abril de 1916 como gobernador de Veracruz, el mismo personaje al que líneas atrás hice referencia sobre el decreto anticlerical impuesto en 1914 y, que en septiembre de ese mismo año las expulsó del convento de Santa Brígida al tomar la gubernatura del Distrito Federal. La tercera condecoración fue otorgada en 1933 por el Presidente interino Abelardo L. Rodríguez en medio de un contexto anticlerical pronunciado. Con los años continuaría el reconocimiento público de las religiosas, esto sirvió como recurso de inmunidad empleado por la congregación durante las décadas posteriores, sobre todo en el marco de la rebelión cristera en sus dos fases, la guerra armada y la disputa por las conciencias en la educación.

Le participo a Ud. Que el 16 del presente fui condecorada con los demás supervivientes que pelearon en la Invasión Americana en 1914. Nos dieron medalla de 2ª clase y un diploma otorgado todo por el Sr. Presidente de la República. Yo me congratulo con este acto no por mí, sino por la honra y gloria de Dios y de mi comunidad, así como también por la defensa que nos puede servir en estos actuales tiempos tan aciagos.

41 Diario del Hogar, Año XXXIII, núm. 11272, Tomo 49, núm. 48, D.F., 6 de septiembre de 1914, 1,4.

Todo parece indicar que después de 1915 se distendió la situación en algunas localidades. En el Hospital Civil de San Juan del Río, Querétaro, la Junta de Beneficencia local no tuvo reparos en solicitar “monjas de las llamadas Josefinas que existen México” para atender el establecimiento que se encontraba “en pésimas condiciones respecto al servicio de enfermeras”,⁴² denotando dos cosas, que gozaban de cierta reputación, y que la sociedad las reconocía abiertamente como monjas, un elemento compartido con el caso de Sor Luz Nava en Veracruz.

En Puebla, las hermanas que atendían el Sanatorio Cruz y Celis, sobrevivieron a la guerra civil y hasta 1918 se anunció su expulsión, pero en este singular caso, los motivos expresos no se relacionaban con el ambiente político, fue el clero mismo quien solicitó su remoción, luego de una serie de escándalos relacionados con la vida matrimonial del Dr. Cruz y Celis que dejaron en desventaja y exposición a las religiosas por no haber denunciado los hechos.

En Ahualulco de Mercado, Jalisco, el Hospital del Sagrado Corazón fue tomado por las josefinas en noviembre de 1914, justo después del fracaso de la Convención, lo que advirtió una nueva oleada de enfrentamientos y una nueva etapa de la revolución. Por el contenido en el contrato y el nombre religioso del establecimiento, todo apunta a que, en un primer momento, el clero tenía bajo control la administración del hospital. La admisión de enfermos estaba a cargo del párroco, mientras el alta a cargo del médico, las hermanas debían informar a las autoridades locales como al cura sobre las entradas, salidas y muertes. La comunicación con el gobierno era muy estrecha, en caso de enfrentamientos, el hospital podía abrir sus puertas fuera del horario establecido, siempre y cuando se anunciara a la autoridad, en estos casos quedaba prohibida la permanencia de otras personas que no fueran la autoridad, el médico, los policías, o los heridos. Las confesiones, los rezos y otros actos de piedad se podían efectuar en compañía de la Conferencia de San Vicente de Paul.⁴³

El establecimiento duró poco funcionando de esta manera. No hay documentos que demuestren actividad

durante los siguientes dos años, por lo que es probable que haya sido clausurado y vuelto a abrir en 1917. Al entrar en funciones la nueva Constitución y las primeras experiencias locales de su aplicación, el contrato para colaborar con el hospital sufrió algunas “correcciones [...], conforme al medio ambiente que aquí se respira”. El párroco se vio obligado a cercenar parte de la vida religiosa al siguiente tenor:

Juzgo de grande conveniencia para la subsistencia de la obra, que por algún tiempo no haya clausura rigurosa, sino que por turno puedan las Hnas. ocurrir a Misa los días de precepto y entre semana a Misa y recibir la comunión, confesarse, etc., disponiendo, al efecto, del tiempo indispensable. También vestirán con vestidos no monacales, sino seculares, para no llamar la atención en esta sociedad de por sí hostil, indiferente a las veces y siempre curiosa. No creo imposible lo anterior [la clausura relativa y vestido secular] porque así ha pasado y pasa cuando hay aires de persecución.⁴⁴

El clero de Jalisco expuso ante Carranza un intenso memorial contra la nueva Constitución, en el que se redactó un extenso recuento de los daños ocasionados en Guadalajara tras la ocupación de Obregón en julio de 1914,⁴⁵ el documento fue firmado por prácticamente todos los sacerdotes de la arquidiócesis. Entre los firmantes se encontraba el autor del contrato del hospital, el párroco de Ahualulco, Librado Tovar. A la espera de una respuesta favorable por el gobierno constitucional, el culto permaneció suspendido y por consecuencia, los hospitales católicos funcionaron sin capellán y sus capillas inhabilitadas, incluso para uso de las religiosas. Para evitar la incautación del hospital, se efectuó un “plan de ejecución” que constaba en encubrir el carácter religioso de las enfermeras.

Las religiosas serían dadas a conocer ante la población “como personas solicitadas para el encargo dicho (la dirección de la Casa) [...], se les dará a las Hnas. el tratamiento de «fulanitas» y no de «Hnas.» y el silencio será relativo delante de las personas extrañas a la Institución”.⁴⁶ A las prácticas reglamentarias, aquellas

42 AGHJ, COS, Caja 6, 1927-1930, exp. 23, Hospital Civil, Contratos y convenios, correspondencia recibida oficial, “Bases de convenio con que las Hermanas Josefinas pueden hacerse cargo de hospitales de beneficencia y civiles”, San Juan del Río, Querétaro, 8 de marzo de 1916, ff. s/n.

43 AGHJ, COS, Caja 3, 1909-1919, Exp. 2, Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, Correspondencia recibida oficial, “Indicador del Hospital del S. Corazón”, Ahualulco, Jalisco, 25 de noviembre de 1914, ff. s/n.

44 AGHJ, COS, Caja 3, 1909-1919, exp. 2, Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, Correspondencia recibida oficial, “Contestación a las condiciones”, Ahualulco, 19 de octubre de 1917, ff. s/n.

45 “Memorial del cabildo metropolitano y clero de Guadalajara al C. Presidente de la República don Venustiano Carranza; y voto de adhesión y obediencia al ilustrísimo y reverendísimo señor arzobispo doctor y maestro don Francisco Orozco y Jiménez”, *Boletín Eclesiástico. Órgano Oficial de la Arquidiócesis de Guadalajara*, Guadalajara, junio de 2014, pp. 8-38.

46 AGHJ, COS, Caja 3, 1909-1919, exp. 2, Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, Correspondencia recibida oficial, “Contestación a las

emanadas de las constituciones de la congregación, se les “quitaría la apariencia monacal, por medios prudentes”,⁴⁷ “se hará entender a todo el mundo que las personas encargadas del Hospital, invitadas, Profesoras hasta cierto punto civiles”.⁴⁸ Las fundaciones de este carácter debían verificarse en presencia de personas seglares para que “aparecieran como sostenedores de la Institución, uso de la finca y elementos de vida” y así evitar la confiscación de las mismas. El propietario legal debía entregar a las religiosas un documento que constara que el predio sería destinado para hospital y entregado a “esos vecinos” –a ellas–.⁴⁹

Estrategias similares se aplicaron en septiembre de 1917 en Querétaro, la correspondencia entre la superiora general Josefa Pérez y el gobernador Ernesto Perusquía, evidencia un claro ocultamiento del elemento religioso. Las enfermeras Luz Vázquez y Laura Islas acudieron sin hábito ni capelina al Palacio de Gobierno para negociar la administración del Hospital Civil de la ciudad, la respuesta del gobernador es muy sugerente para ilustrar la estrategia de acercamiento, ya que se refería a ellas en términos seculares: señora en lugar de superiora general o Madre, señoritas en lugar de hermanas, y asociación de enfermeras en lugar de congregación.⁵⁰

Conclusiones

El caso de las hermanas josefinas revela distintos aspectos que configuran el complejo proceso de conformación de la enfermería en México. Su incursión durante el contexto revolucionario resulta de considerable importancia, luego de que lograran insertar el modelo organizacional femenino que venía gestándose desde mediados del siglo XIX, en un momento en que la enfermería quedaba abiertamente en manos de mujeres, pero también en un momento en que ser religiosa representaba un importante peligro. Por los resultados de su administración, es posible que esta clase de enfermeras haya logrado sobrevivir y

expandir su conquista de hospitales durante los puntos más álgidos de la revolución.

La enfermería como estrategia que garantizó su continuidad, así como la vertiginosa diseminación de comunidades tras el derrumbe de Victoriano Huerta, prueban que el anticlericalismo carrancista, no fue un aspecto lineal del largo proceso revolucionario. La recepción de las políticas anticlericales por parte de las religiosas, evidencia elementos de resistencia y negociación, por mucho la prueba que mejor lo ejemplifica no es su evidente continuidad sino su expansión, materializada en un incremento de mujeres católicas dispuestas a sumarse como enfermeras a las congregaciones, durante un periodo de fuertes tensiones sociopolíticas para el clero.

Las enfermeras josefinas circularon por 19 estados de la república, sobre el eje geopolítico católico trazado por Ceballos (1991). En estados como Puebla, Querétaro, Jalisco, Michoacán, Veracruz o la Ciudad de México, el catolicismo sumaba adeptos y las congregaciones no fueron ajenas a ello. La secularización de los hospitales se revirtió incluso después de promulgada la Constitución de 1917. La conquista de hospitales entre 1914 y 1917, representa un importante fenómeno de resistencia femenina por haberse logrado a contracorriente. No obstante, la fuerza con la que devinieron las tensiones que diez años más tarde desembocarían con la rebelión cristera, la clausura definitiva de la mayoría de los hospitales josefinos resultó inminente pero no total. La actividad de esta clase de enfermeras continuó a lo largo del siglo no sin interrupciones, pero sí instalando nuevas sedes y escuelas de enfermería, donde más tarde concretarían los proyectos de profesionalización entorpecidos en los contextos anticlericales. Por mucho, las religiosas representaron el único bastión de la enfermería, que florecía bajo una rigurosa organización sistemática y con cierta identidad colectiva, lo que confería más fuerza al movimiento.

condiciones”, Ahualulco, 19 de octubre de 1917, ff. s/n.

47 AGHJ, COS, Caja 3, 1909-1919, exp. 2, Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, Correspondencia recibida oficial, “Contestación a las condiciones”, Ahualulco, 19 de octubre de 1917, ff. s/n.

48 AGHJ, COS, Caja 3, 1909-1919, exp. 2, Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, Correspondencia recibida oficial, “Carta de L. Tovar a Josefa Pérez”, Ahualulco, 11 de junio de 1918.

49 AGHJ, COS, Caja 3, 1909-1919, Exp. 2, Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, Correspondencia recibida oficial, “Contestación a las condiciones”, Ahualulco, 19 de octubre de 1917, ff. s/n.

50 AGHJ, COS, Caja 12, 1960-1966, exp. 5, Hospital Civil, Correspondencia recibida-enviada oficial, Querétaro, 5 de septiembre de 1917, ff. s/n.

Referencias bibliográficas

- Arrom, Silvia. (2016). *Volunteering for a cause: gender, faith, and charity in Mexico from the Reform to the Revolution*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Ceballos Ramírez, M. (1991). *El Catolicismo Social: un tercero en discordia*. México: El Colegio de México.
- Curley Álvarez, Robert. (2016). Transnational subaltern voices. Sexual violence, anticlericalism, and the Mexican Revolution. En S. F. C. Andes y J. G. Young (eds.), *Local church, global church: Catholic activism in Latin America from Rerum Novarum to Vatican II*. Washington: Catholic University of America Press, pp. 91-116.
- Díaz Robles, Laura. (2010). *Medicina, religión y pobreza: Las Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl, enfermeras religiosas en Jalisco (1864-1913)*. (Tesis doctoral inédita), El Colegio de Michoacán A.C.
- Esquivel Sánchez, L. (2012). *Un proyecto Católico. Las Hijas de María y del Señor San José 1872-1884*. (Tesis de maestría inédita). Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Galindo, E. (1979). *El P. José Ma. Troncoso, m.j.* México: Escuela Tipográfica Josefina.
- Knight, A. (2013). *Repensar la Revolución Mexicana. Volumen II*. México: El Colegio de México.
- Molina del Villar, América. (2016). *Guerra, tifo y cerco sanitario en la Ciudad de México, 1911-1917*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Monterrubio García, G. (2018). *Detrás del hábito. Las Hermanas Josefinas como enfermeras en el Hospital del Refugio, 1893-1935*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Guadalajara.
- Mraz, J. (2012). *Photographing the Mexican Revolution. Commitments, testimonies, icons*. Austin: University of Texas Press.
- Padilla Rangel, Yolanda. (2000). *Los desterrados: exiliados católicos de la Revolución Mexicana en Texas*. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Padilla Rangel, Yolanda. (2011). Anticlericalismo carrancista y reorganización religiosa. El caso de las Religiosas de la Pureza en Aguascalientes, 1914-1919. En Y. Padilla Rangel (coord.), *Revolución, resistencia y modernidad en Aguascalientes*. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes, pp. 37-63.
- Recuerdo de las Bodas de Oro de la Congregación de las Hermanas Josefinas. (1922). México: Sin pie de imprenta.
- Speckman Guerra, E. (1996). *Congregaciones femeninas en la segunda mitad del siglo XIX*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- The Catholic Encyclopedia, An international work of reference on the constitution, doctrine, discipline, and history of the Catholic Church. Vol. 11, (1911). Nueva York: The Encyclopedia Press, Inc.
- Urrutia Martínez, C. (2008). *Aureliano Urrutia. Del crimen político al exilio (1872-1975)*. México: Tusquets.

Periódicos

- Boletín Eclesiástico. Órgano Oficial de la Arquidiócesis de Guadalajara, Guadalajara, junio de 2014.
- Diario del Hogar, México, varias fechas, septiembre de 1914.
- Diario Oficial de los Estados Unidos Mexicanos, México, 1 de abril de 1914.
- Diario Oficial. Órgano del Gobierno Provisional de la República Mexicana, México, 5 de febrero de 1917.
- El Abogado Cristiano, México, varias fechas, julio de 1913 a febrero de 1915.
- El Imparcial, México, 28 de marzo de 1914.
- El País, México, varias fechas, abril de 1911 a enero de 1914.
- El Propagador de la Devoción a Señor San José y a la Sagrada Familia, México, varias fechas, septiembre de 1914 a enero de 1915.
- El Pueblo, México, varias fechas, abril a mayo de 1915.
- La Opinión, Veracruz, varias fechas, junio de 1911 a mayo de 1913.
- Periódico Oficial del Estado de Chihuahua, Chihuahua, varias fechas, mayo a junio de 1911.
- Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Coahuila de Zaragoza, Coahuila, 14 de enero de 1911.

Archivos

- AGHJ, Archivo General de las Hermanas Josefinas, Ciudad de México, México. Series consultadas: Comunidades y Obras Suprimidas (COS), Capítulos Generales y Especiales (CGE); Personal (P); Gobiernos Generales (GG).

Sonia-Hines, Joanne-Ramsbotham, Fiona-Coyer, Lucylynn-Lizarondo.



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Manejo de la salud

Best Practice

Hoja de Información Basada en la Evidencia para Profesionales de la Salud

Intervenciones para mejorar la alfabetización en investigación en Enfermeros

Recomendaciones*

- Las intervenciones educativas para mejorar la alfabetización en investigación en enfermeros deberían ser diseñadas para ser lo más interactivas posible. (Grado A)
- Una intervención orientada a mejorar la alfabetización en investigación de enfermeros debería sustentarse en una apropiada teoría educativa o de comportamiento. (Grado B)

**Para ver la definición de los "Grados de Recomendaciones" de JBI, por favor vaya a la última hoja de la publicación.*

Fuente de Información

Esta Hoja de Información para la Mejor Práctica es derivada de una revisión sistemática publicada en 2016 en la Base de Datos de Revisiones Sistemáticas y Reportes de Implementación de JBI. El reporte de la revisión sistemática está disponible en The Joanna Briggs Institute. (www.joannabriggs.org)

Antecedentes

La alfabetización en investigación se define como la habilidad de leer y comprender literatura de investigación, lo cual es una habilidad fundamental para la Práctica Basada en Evidencia. A pesar de la importancia de la alfabetización en investigación para enfermería, muchos de estos profesionales reportan que se sienten incapaces de leer y entender de manera efectiva la investigación lo cual se traduce en una baja utilización en la práctica. Así mismo, los enfermeros identifican que las malas experiencias al tratar de comprender y utilizar la investigación son factores que contribuyen en la renuencia a emplearla. A menudo, esta renuencia lleva a los profesionales de enfermería a buscar otras fuentes de información menos confiables, tal como la opinión de sus colegas.

Objetivos

El propósito de esta Hoja de Información sobre Mejores Prácticas es presentar la mejor evidencia disponible sobre intervenciones efectivas para mejorar la alfabetización en investigación en los profesionales de enfermería.

Tipos de intervención

La revisión consideró estudios que evaluaban la efectividad de programas o intervenciones educativas llevadas a cabo en unidades de atención médica o universidades, cuyo objetivo fue mejorar o incrementar la comprensión de los participantes sobre la literatura en investigación.

Las intervenciones fueron cursos cortos, talleres, educación para la obtención de una calificación formal tal como un diploma o certificado u otras actividades con el propósito de mejorar la alfabetización en los profesionales de enfermería.

Calidad de la investigación

La revisión incluyó: siete estudios en los cuales se conformó un solo grupo y que tuvieron una pre y post evaluación al estudio, un estudio más donde se hizo una post evaluación entre dos grupos de comparación y dos estudios cuasiexperimentales con dos grupos. Todos los estudios fueron evaluados críticamente por dos revisores independientes utilizando la herramienta de evaluación crítica estandarizada por JBI y se encontró que los 10 eran de calidad suficiente para ser incluidos. Se requirió que los estudios tuvieran una respuesta "sí" al menos a cinco de las nueve preguntas de evaluación para ser considerados de calidad suficiente. Los datos se extrajeron de cada uno de los estudios incluidos utilizando una herramienta de extracción de datos estandarizada de JBI.

Intervenciones para mejorar la alfabetización en investigación en Enfermeros

Resultados

La mayoría de los estudios se publicaron ($n=9$) y solo uno no publicado se incluyó en esta revisión. Los estudios se realizaron en Taiwan, Japón, Hong Kong, Australia, Reino Unido, España y Estados Unidos. Todos los participantes eran enfermeros certificados ($n=453$). Las intervenciones educativas se desarrollaron en universidades ($n=6$) y centros de salud ($n=4$).

Cinco de los diez estudios incluidos en esta revisión utilizaron métodos de aprendizaje online y los cinco restantes emplearon el método de aprendizaje cara a cara. Se reportaron un número pequeño de resultados, incluyendo el conocimiento en investigación, habilidades de evaluación crítica o una combinación de ambos.

Aprendizaje online

Conocimiento en investigación: cuatro estudios evaluaron el conocimiento en investigación obtenido a partir de plataformas vituales, online o e-aprendizaje. Mientras que los resultados de los estudios incluidos fueron inconsistentes, el análisis post-hoc mostró que los métodos de enseñanza interactivos se asociaban a una mayor efectividad mientras que los métodos didácticos no. Esto fue más evidente donde el grupo control recibió conferencias interactivas personales con una variedad de actividades y el grupo de intervención recibió materiales de autoestudio en línea para trabajar solo. El grupo control demostró un incremento en el conocimiento sobre investigación después de la intervención la cual fue estadísticamente significativa y poco probable que se debiera al azar.

Habilidades de evaluación crítica y confianza: Se probó el uso del entorno virtual multiusuario "Second Life" para llevar a cabo clubes de revistas virtuales para 31 enfermeros que trabajan en diferentes centros de cuidados intensivos en los Estados Unidos y se realizó un examen previo y posterior del aprendizaje en línea. Se encontró que los participantes tenían mejoras estadísticamente significativas en cinco de las ocho medidas de capacidad de evaluación crítica: Determinar el diseño de la investigación (Pre: 5.59 (2.54); Post: 7.95 (1.54) $p = 0.002$); Identificación de la población (Pre: 6.60 (2.74); Post: 8.45 (1.67) $p=0.007$); Interpretación estadística (Pre: 4.52 (1.98); Post: 6.47 (2.07) $p = 0.001$); Identificación de las limitaciones de los diseños de estudio (Pre: 5.52 (2.15); Post: 7.68 (2.36) $p = 0.001$) e interpretación de los hallazgos cualitativos (Pre: 5.00 (2.19); Post: 7.11 (1.75) $p = 0.002$). El estudio no reportó mejoras estadísticamente significativas para las tres medidas restantes: identificar la muestra, determinar si las conclusiones están respaldadas por los resultados e identificar las implicaciones para la práctica.

Aprendizaje cara a cara

Conocimientos y habilidades de investigación y/o Práctica Basada en la Evidencia (EBP): cinco estudios evaluaron el efecto en el conocimiento y las habilidades de investigación y/o práctica basada en la evidencia mediante el aprendizaje cara a cara en 304 participantes. La mayoría de los estudios reportaron el uso de una teoría conductual o educativa para sustentar su intervención.

Las intervenciones variaron en duración de un día a seis meses con un seguimiento generalmente limitado al final del programa o curso, a excepción de un estudio que realizó una medida adicional posterior a la prueba un semestre después del final de la intervención para evaluar la persistencia del efecto. Los resultados se midieron usando una combinación de autoinformes y pruebas objetivas, pero no hubo diferencias en la efectividad de los diferentes tipos de medición. En general, se descubrió que la educación en investigación presencial es consistentemente efectiva para mejorar el conocimiento y las habilidades.

Conclusiones

La evidencia sobre intervenciones educativas para la alfabetización en investigación para enfermeros, aunque no es fuerte, destaca los tipos de intervención que pueden ser efectivos. Las intervenciones que utilizan estrategias de enseñanza interactivas, como actividades grupales guiadas, juegos de roles y debates y que están respaldadas por una teoría apropiada de la conducta o la educación, tienen más probabilidades de ser beneficiosas. Solo un número limitado de estudios se consideró elegible para esta revisión, lo que indica que existe la necesidad de más estudios rigurosos de estas intervenciones.

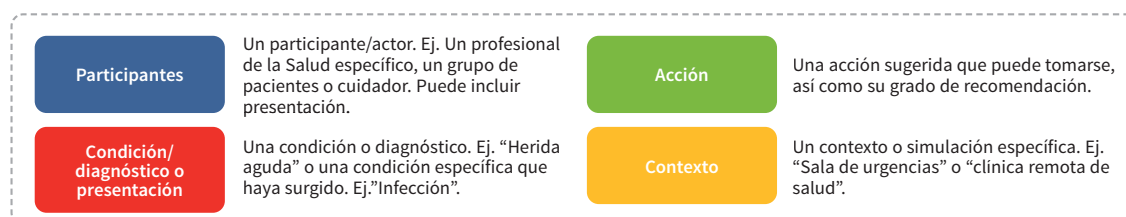
Implicaciones para la Práctica

Las intervenciones educativas pueden mejorar las habilidades de evaluación crítica de los enfermeros y su conocimiento en la investigación. Dichas intervenciones deben estar respaldadas por una teoría educativa o conductual apropiada y diseñados para ser lo más interactivos posible para mejorar la efectividad, sin embargo, la base de la educación (en línea versus cara a cara) y la duración de la intervención son menos importantes y pueden tener poco impacto en la efectividad de la intervención. Ver **Figura 1**

Intervenciones para mejorar la alfabetización en investigación en Enfermeros



Figura 1. Intervenciones para mejorar la alfabetización en investigación en enfermeros.



Intervenciones para mejorar la alfabetización en investigación en Enfermeros

Referencias

1. Hines S, Ramsbotham J, Coyer F. Interventions for improving the research literacy of nurses: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2016; 14(2): 256-294

Autores

Sonia Hines^{1,2}
Joanne Ramsbotham²
Fiona Coyer^{2,3}
Lucylynn Lizarondo⁴

1. Evidence in Practice Unit, Mater Misericordiae Limited and Queensland Centre for Evidence-Based Nursing and Midwifery: A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence South Brisbane, Australia.
2. School of Nursing, Queensland University of Technology (QUT), Kelvin Grove, Australia.
3. Metro North Hospital Health Service, Royal Brisbane and Women's Hospital, Australia.
4. The Joanna Briggs Institute, University of Adelaide, South Australia, Australia.

Autores de traducción al español

Nancy E. Navarro-Ruiz¹
Ana L. Fletes-Rayas²

1. Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Jalisco, México.
2. Departamento de Enfermería Clínica Integral Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Jalisco, México.

Agradecimientos:

Esta Hoja de Información sobre Mejores Prácticas fue desarrollada por el Joanna Briggs Institute, así mismo, ha sido revisada por personas nominadas de los Centros de la Colaboración Internacional Joanna Briggs.

Cómo citar esta Hoja de Información sobre Mejores Prácticas:

Hines S, Ramsbotham J, Coyer F and Lizarondo L. Interventions for improving the research literacy of nurses. [Best Practice Information Sheets]. Joanna Briggs Institute EBP Database. 2018; 20(12):1-4.



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

This Best Practice Information Sheet was developed by the Joanna Briggs Institute and derived from the findings of a single systematic review published in the JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. Each Best Practice Information Sheet has undergone a two stage peer review by nominated experts in the field.

Note: The information contained in this Best Practice Information Sheet must only be used by people who have the appropriate expertise in the field to which the information relates. While care has been taken to ensure that this Best Practice Information Sheet summarizes available research and expert consensus, any loss, damage, cost or expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on this information (whether arising in contract, negligence, or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded.

Copyright © 2019 The Joanna Briggs Institute (JBI). Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide SA 5006, AUSTRALIA

Phone: +61 8 8313 4880 Email: jbi@adelaide.edu.au www.joannabriggs.org

Best Practice

Instrucciones para los autores en la revista SALUD JALISCO

La revista SALUD JALISCO es una publicación oficial de la Secretaría de Salud Jalisco. Publicación cuatrimestral. Publica artículos en idioma español e inglés, que fortalezcan el quehacer de la medicina, la enfermería, la odontología y profesiones afines, para la prevención, curación y rehabilitación del paciente y la calidad en su atención.

Los textos propuestos a la revista SALUD JALISCO deberán cumplir con los lineamientos establecidos en las instrucciones para autores y serán sometidos al proceso de revisión por pares y a la aprobación del consejo y comité editorial, que evaluarán el contenido de cada material, dictaminando en un período no mayor a 45 días, notificando al autor principal sobre el resultado de dicho dictamen.

Todos los artículos deberán incluir una página inicial, la cual constara de:

- Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras.
- Nombre del autor(es) y cargos institucionales.
- Nombre, adscripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia.
- Las fuentes de financiamiento de la investigación y los posibles conflictos de interés de los autores, cuando aplique.
- Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de la versión más reciente del Medical Subject Headings del Index Medicus.
- Las referencias bibliográficas deben cumplir los requisitos uniformes para manuscritos enviados a las revistas biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas).

Secciones de la revista de la Secretaría de Salud Jalisco

1. Editorial. Será escrita por el Secretario de Salud Jalisco o por un editor invitado.

2. Artículos de revisión. Esta sección comprende artículos de revisión de temas relacionados con los contenidos de la revista SALUD JALISCO. El formato es libre. Se deberán incluir al menos 10 referencias bibliográficas.

3. Artículos originales. Estos reportarán hallazgos relevantes para el profesional de la medicina, relacionados con el acto médico y que contribuyan al aumento y refinamiento

del conocimiento sobre el tema. Serán escritos en formato IMRYD: Introducción, material y métodos, resultados y discusión y deberán incluir al menos 10 referencias bibliográficas.

4. Casos clínicos. Deberán describir situaciones clínicas reales que con frecuencia se presentan en la consulta del médico de atención primaria, sin embargo se aceptarán trabajos que se hayan observado o atendido en los hospitales de segundo y tercer nivel. Cualquier médico puede redactar y enviar casos clínicos recogidos en su consulta. El comité editorial de la revista SALUD JALISCO seleccionará los mejores trabajos presentados en función del interés docente.

5. Cultura Médica. Estos artículos deberán rescatar todas aquellas manifestaciones culturales que están ligadas a la medicina.

6. Cartas al editor. Deberán abordar comentarios sobre los artículos publicados y será posible la publicación de comentarios por invitación. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de dos meses posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.

Presentación y entrega del manuscrito, cuadros y figuras

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con el procesador de textos Word, a uno y medio espacios (uno y medio renglón) en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras), en tamaño carta, con márgenes de tres centímetros. Las páginas deberán numerarse consecutivamente.

Los trabajos deberán enviarse en documento impreso y en formato digital, por vía correo electrónico, en disco compacto (CD).

Los cuadros y las figuras deberán enviarse en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon (Word™, Excel™, Powerpoint™, Photoshop™, Illustrator™, etc.) y cumplir las especificaciones de las instrucciones para autores.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista SALUD JALISCO
Calle Dr. Baeza Alzaga 107
Zona Centro, Guadalajara, Jalisco.
Código postal 44100.
Teléfono: 3030 5000 extensión 35084.
Correo electrónico: revista.saludjalisco@gmail.com

El Coronavirus (COVID-19) ¡no es un juego!

Si no es necesario, no salgas de casa



1.
Lava tus manos constantemente
con jabón y agua **y utiliza gel**
antibacterial.



2.
Usa cubrebocas



3.
Mantén una distancia de
al menos 1.5 mts



Si tienes dudas o quieres orientación sobre los síntomas

llama al 33 3823 3220
las 24 hrs del día.



Servicios de
Salud Jalisco



Salud



