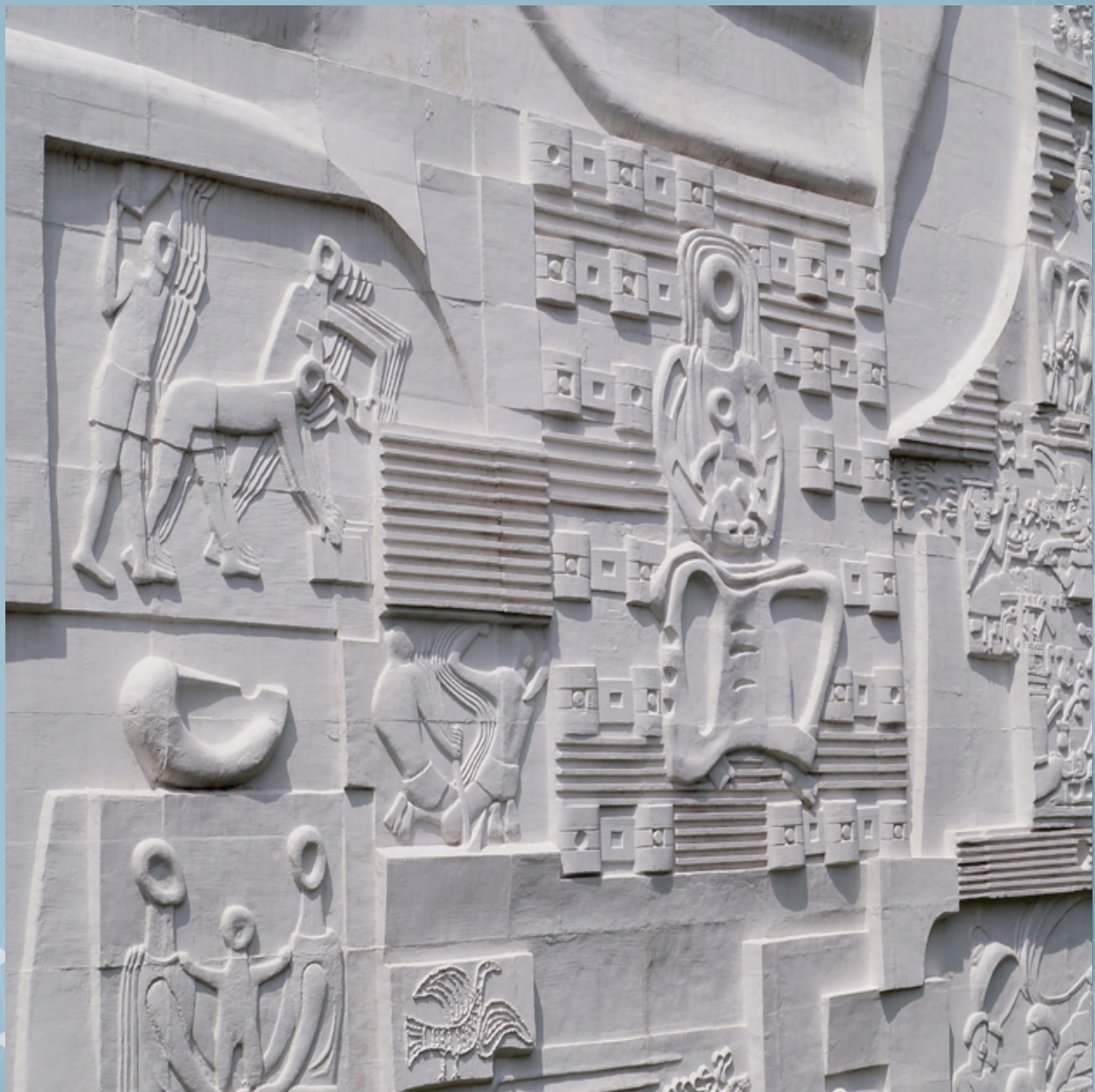


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



ISSN - 1870-6592 • Indexado en: Base de datos CUIDEN (Granada, España)

Vol. 19
N.1
enero-abril 2020

DIRECTORIO



**INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA**
MANUEL VELASCO SUÁREZ

DR. ÁNGEL ANTONIO ARAUZ GÓNGORA
Director General

DR. EDGAR NATHAL VERA
Director Médico

DRA. SONIA ILIANA MEJÍA PÉREZ
Directora de Enseñanza

DR. FRANCISCO CAMILO DE LA FUENTE SANDOVAL
Director de Investigación

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

DIRECTORA EJECUTIVA

Mtra. en Admón. E. Patricia Zamora Ruíz

EDITORA

Mtra. en E. Gloria Ortiz López <http://orcid.org/0000-0002-4180-0798>

EDITORA ADJUNTA

Lic. Yazmín Reyes Rodríguez <https://orcid.org/0000-0002-2695-035X>

CUIDADO Y DISEÑO EDITORIAL

CUIDADO DE LA EDICIÓN

Lic. Yazmín Reyes Rodríguez <https://orcid.org/0000-0002-2695-035X>

Mtra. Araceli Bernal Gonzalez <https://orcid.org/0000-0002-1204-9050>

TRADUCTOR

Mtro. Alejandro Belmont Molina <https://orcid.org/0000-0002-4722-8841>

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

Manuel Iván Castro Méndez <https://orcid.org/0000-0002-8002-4381>

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Manuel Iván Castro Méndez <https://orcid.org/0000-0002-8002-4381>

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Evaluador Internacional

- Dra. Maria Helena Palucci Marziale <https://orcid.org/0000-0003-2790-3333>
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de Sao Paulo. Brasil
- Dra. Ana Luísa Petersen Cogo <https://orcid.org/0000-0003-2168-7801>
Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. Brasil
- Dra. Amélia Costa Mendes <https://orcid.org/0000-0002-0704-4319>
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo. Brasil
- Dra. Sandra Valenzuela Suazo <https://orcid.org/0000-0002-1308-4835>
Facultad de Enfermería Universidad de Concepción, Chile
- Dra. Edith E. Rivas Riveros <https://orcid.org/0000-0002-9832-4534>
Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
- Dra. Ma. José López Montesinos <https://orcid.org/0000-0001-6084-2670>
Universidad de Murcia. España
- Dra. Rafaela Camacho Bejarano <https://orcid.org/0000-0003-0716-5038>
Universidad de Huelva. España
- Dr. Augusto Hernán Ferreira-Umpiérrez <https://orcid.org/0000-0002-2088-382X>
Facultad de Ciencias de la Salud. Dpto. de Ciencias de la Enfermería, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay
- Mag. Rosana Tessa <https://orcid.org/0000-0002-0516-9222>
Universidad Católica del Uruguay. Uruguay
- Mtra. Anabel Sarduy Lugo <https://orcid.org/0000-0001-7666-7846>
Universidad Estatal Península de Santa Elena. Ecuador
- Mag. Mónica Isabel Hanna Lavalle <https://orcid.org/0000-0003-4118-761X>
Universidad de Córdoba. Colombia
- María Clara Quintero Laverde
Universidad de la Sabana. Colombia
- Dr. Oscar Alberto Beltrán Salazar
Universidad de Antioquia. Colombia
- Mtra. Mirelys Sarduy Lugo
Sociedad Cubana de Enfermería. Cuba

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Evaluador Nacional

Dra. Laura Morán Peña <https://orcid.org/0000-0002-7072-742X>

Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, Escuela nacional de enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

MEE. Rosa A. Zárate Grajales <https://orcid.org/0000-0002-9264-8490>

Escuela nacional de enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Gandhi Ponce Gómez <https://orcid.org/0000-0002-1532-8207>

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Adela Alba Leonel <https://orcid.org/0000-0001-9359-9590>

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Carmen Lasty Balseiro Almario

Escuela nacional de enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Juan Pineda Olvera <https://orcid.org/0000-0003-4552-7714>

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Susana González Velázquez <https://orcid.org/0000-0002-5851-4886>

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Silvia Crespo Knopfler <https://orcid.org/0000-0002-7720-7187>

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

M en C. Belinda de la Peña León <https://orcid.org/0000-0002-2579-7699>

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Mtra. Beatriz Carmona Mejía

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Ariel Alejandro Rodríguez García <https://orcid.org/0000-0001-5779-0371>

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Mtro. Héctor Nebot García

Academia Nacional Mexicana de Bioética A.C., México

Dr. Luis Manuel Fernández Hernández

Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl, México

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Mtro. Gerardo Pluma Bautista

Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl, México

Dr. Ernesto Roldan Valadez <https://orcid.org/0000-0002-7116-5289>

Universidad Panamericana, México

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis <https://orcid.org/0000-0002-7152-0244>

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Dra. Sofía Cheverría Rivera <https://orcid.org/0000-0003-1099-8719>

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dra. Martha Landeros López <https://orcid.org/0000-0002-5035-3715>

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dra. María Candelaria Betancourt Esparza <https://orcid.org/0000-0003-3956-2003>

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Mtra. Martha Ranauro García <https://orcid.org/0000-0003-4151-0245>

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Erick Alberto Landeros Olvera <https://orcid.org/0000-0001-6270-1759>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Dra. María Luisa Leal García <https://orcid.org/0000-0002-4511-2052>

Universidad Autónoma de Querétaro, México

Dra. Alejandra Hernández Castañón

Universidad Autónoma de Querétaro, México

Comité Evaluador Institucional

Dra. Ma. Guadalupe Nava Galán

Mtro. Alejandro Belmont Molina <https://orcid.org/0000-0002-4722-8841>

MRN. Irene Quiza Tomich

MRN. Rocio Valdez Labastida

Dra. Sara Santiago García

Dra. Gloria Hernández Guzmán

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México

No.1 2020

Contents Contenido

ORIGINAL ARTICLE

ARTÍCULO ORIGINAL

Editorial

Editorial

Gloria Ortiz López

Quality of life-related self-care in patients with ischemic cardiopathy

Autocuidado relacionado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica

Mayra S. Alvarado-Guzmán, Jorge A. Amaya Aguilar

3-14

Need to sexual and reproductive education in high school teens

Necesidad de educación sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria

Maria B. Sánchez-Rojas, Sandra O. Gutiérrez-Enríquez, Dario Gaytán-Hernández, Yolanda Terán-Figueroa

15-24

Benefits of ludotherapy in elderly cognitive decline in a Aguascalientes rest home

Beneficios de la ludoterapia en el deterioro cognitivo de los adultos mayores en una casa de reposo de Aguascalientes

Dulce K. Flores-Gutiérrez, Mario A. Ortega-Tovar, Jonathan A. Martínez-Rodríguez-Cuellar, Juan P. Gómez-Cardona

25-31

Nurse's experiences in performing their professional role

Experiencias de los enfermeros en el desempeño de su rol profesional

Javier Zaragoza-Merino, Luis A. Regalado-Ruiz, María A. Godínez-Rodríguez

32-37

REVISION ARTICLE

ARTÍCULO DE REVISIÓN

The philosophy of complementary medicine

La filosofía de la medicina complementaria

Julio Hernández-Falcón, Adela Alba-Leonel

38-45



Neurological nursing journal: new challenges

Revista de enfermería neurológica: nuevos retos

Las revistas científicas conforman desde el siglo XIX, el principal medio de difusión del conocimiento, son la herramienta más utilizada por la comunidad científica para divulgar el producto de sus investigaciones, son fuentes de consumo y apropiación del conocimiento; por ende, de su situación y características depende el éxito de la comunidad científica de las diferentes disciplinas, es decir la producción científica, habla del desarrollo de una profesión. La Investigación y publicación en enfermería es un ejemplo de este desarrollo, siendo cada vez más el número de revistas científicas de enfermería en las diferentes bases de datos.

Tal es el caso de la Revista de Enfermería Neurológica la cual se publica por primera vez en el 2002 por iniciativa de la maestra Hortensia Loza Vidal, con el objetivo de difundir experiencias, conocimientos y trabajos de investigación con prioridad en la enfermería neurológica pero abierta a otras áreas de la salud. En sus inicios la publicación fue anual, a partir de 2006 se publica de forma cuatrimestral y en el 2015 se establece el formato digital por iniciativa de las maestras Rocío Valdez Labastida y Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, dando así mayor visibilidad y proyección nacional e internacional. Al mismo tiempo, se incursiona en nuevas bases de datos como la Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

La Revista de Enfermería Neurológica, es editada por la Subdirección de Enfermería a través de su Coordinación de Investigación, y a lo largo de su historia se ha hecho un gran esfuerzo para no sucumbir, salir a flote y avanzar día con día para lograr una mayor proyección, siempre con el apoyo de nuestros directivos, hoy la revista ha tenido cambios importantes en el proceso editorial, el sitio web ha logrado cumplir con nuevos lineamientos como el acceso abierto y el uso del Open Journal System (OJS), este es un sistema de administración y publicación de revistas y documentos periódicos en formato digital, que permite un manejo eficiente y unificado del proceso editorial, control de los manuscritos por parte de los autores y transparencia en el proceso. En general, mayor facilidad y rapidez en la gestión editorial reduciendo en ahorro de recursos. Además, de la integración con otros sistemas como: Google, DOAJ, PubMed, entre otros, con el cual se busca acelerar el acceso a la difusión de contenidos e investigaciones generadoras del conocimiento.



Desde sus inicios se tenía que hacer uso de empresas editoriales para su diseño formación y publicación en la página web, ahora, todo el desarrollo se realiza en la Coordinación de Investigación en Enfermería, gracias a que el equipo editorial ha tenido a bien capacitarse para poder acelerar los procesos y seguir trabajando en la mejora continua de nuestras publicaciones.

Existen todavía nuevos retos para la Revista de Enfermería Neurológica, ya que el crecimiento es continuo y los lineamientos internacionales son cada vez más estrictos, pero queda claro que quienes nos apasionamos de la generación de nuevo conocimiento y la publicación de este, seguiremos tra-bajando y haciendo que este proyecto que una vez parecía sólo un sueño, siga cumpliendo el objetivo para el que fue creado, pero sobre todo para contribuir al desarrollo de la enfermería moderna.

Mtra. Gloria Ortiz López
Editora



Quality of life-related self-care in patients with ischemic cardiopathy

Autocuidado relacionado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica

Mayra S. Alvarado-Guzmán,¹ Jorge A. Amaya Aguilar²

Abstract

Introduction: the patient who suffered acute myocardial infarction (AMI) must adhere to treatment (AT), improve their self-care and make lifestyle changes to restore their health; otherwise, there may be an impact on their health-related quality of life (HRQoL).

Objective: to analyze the relationship between self-care and the quality of life of the patient with ischemic heart disease.

Material and methods: correlational, prospective and cross-sectional study. Non-probabilistic sample n = 101 patients selected for convenience; it included adults, both sexes, post AMI. Data collected with questionnaire SF-36; Self-Care Agency Scale, biochemical and anthropometric parameters. Data analysis with descriptive statistics and Pearson's test, significance $p < 0.05$. Results: age between 34 and 86 years, men predominated (89.1%) and 57.4% had basic education. 39% had high blood pressure and 44% diabetes mellitus II; 51.5% were overweight and 18.8% were obese. 67.5% depended on their wife, children or both for their care. 93% had the perception of better HRQoL, 69% showed good self-care agency and 30% regular. Self-care is correlated with HRQoL ($r = 0.447$, $p = 0.000$), mainly with the power capacity ($r = 0.443$, $p = 0.000$) and the ability to operationalize ($r = 0.418$, $p = 0.000$).

Conclusion: by improving the capacity for self-care, the health status of the post-AMI patient is modified and reflected in their quality of life, but the areas of opportunity in matters of secondary prevention and control of risk factors should be reinforced, otherwise there are risks of a new AMI.

Key words: self care, quality of life, myocardial infarction, myocardial ischemia.

Citación: Alvarado-Guzmán MS., Amaya-Aguilar. JA., Autocuidado relacionado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev Enferm Neurol. 2020;19(1):pp.3-14

Correspondencia: Mayra Susana Alvarado-Guzmán
Email: alvarado18mayra@gmail.com

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
México

¹ Terapia Intensiva Cardiovascular, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez México

Recibido: 20 de septiembre 2019
Aceptado: 18 de diciembre 2019

² Departamento de Investigación en Enfermería



Resumen

Introducción: el paciente que sufrió infarto agudo al miocardio (IAM) debe adherirse al tratamiento (AT), mejorar su autocuidado y realizar cambios de estilos de vida para restablecer su salud, de lo contrario puede haber repercusión en su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Objetivo: analizar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica.

Material y métodos: estudio correlacional, prospectivo y transversal. Muestra no probabilística n=101 pacientes seleccionados por conveniencia; se incluyeron adultos de ambos sexos, pos IAM. Datos recolectados con cuestionario SF-36; Self-Care Agency Scale, parámetros bioquímicos y antropométricos. Análisis de datos con estadística descriptiva y prueba de Pearson, significancia $p < 0.05$.

Resultados: edad entre 34 y 86 años, predominaron los hombres (89.1%) y el 57.4% tenía educación básica. El 39% padecía hipertensión arterial y 44% diabetes mellitus II; el 51.5% mostró sobrepeso y el 18.8% obesidad. El 67.5% dependía de los cuidados de la esposa, hijos o ambos. El 93% tenía la percepción de mejor CVRS, el 69% mostró buena agencia de autocuidado y 30% regular. El autocuidado se correlaciona con la CVRS ($r=0.447$, $p=0.000$), principalmente con la capacidad de poder ($r=0.443$, $p=0.000$) y capacidad de operacionalizar ($r=0.418$, $p=0.000$).

Conclusión: al mejorar la capacidad de autocuidado se modifica el estado de salud del paciente pos IAM y se refleja en su calidad de vida, pero deben reforzarse las áreas de oportunidad en materia de prevención secundaria y control de factores de riesgo, de lo contrario hay un riesgo de un nuevo IAM.

Palabras clave: autocuidado, calidad de vida, infarto al miocardio, isquemia miocárdica

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (EC) son una de las principales causas de muerte en el mundo, la Organización Mundial de Salud (OMS) estimó que 17.9 millones de personas murieron en el 2016 a causa de enfermedades cardiovasculares representando el 31% de las muertes a nivel global y de estas el 85% debido a infarto agudo al miocardio (IAM) y a accidentes cerebrovasculares.^{1,2} En México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó 116 002 defunciones en 2015. Además, debido a la edad de ocurrencia, el IAM es una de las principales causas de pérdida de años de

vida saludables, afecta a la población económicamente activa. Los jóvenes sobrevivientes de EC como IAM pueden afrontar un serio deterioro en su calidad de vida, lo cual genera mayor necesidad de atención médica y social durante un periodo de tiempo más largo, además de una menor capacidad laboral.^{3,4}

Los factores de riesgo para estos eventos como el sobre peso y la obesidad se encuentran en la tasa más alta dentro de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Debido a la magnitud del problema se tiene la necesidad de indagar el impacto que tiene en la población esta enfermedad y las modificaciones que causa en la

vida de los pacientes la isquemia coronaria.⁵ Las políticas propuestas por la OMS para la reducción de las EC se basan principalmente en la modificación de estilo de vida de la persona, lo que implica la realización de autocuidado, la teórica Dorothea Orem, establece que la habilidad para ocuparse del autocuidado es conceptualizada como una habilidad humana llamada agencia de autocuidado; para el desarrollo de estas habilidades el individuo debe contar con elementos como: capacidades fundamentales y de disposición de autocuidado, componente de poder y capacidad de operacionalizar, los cuales permiten a la persona regular su funcionamiento y desarrollo, realizando actividades de autocuidado.^{3,6}

El medir la calidad de vida del paciente tomando como punto de referencia los resultados en salud, ayuda a evaluar su impacto, la carga de morbilidad y apego que este tiene a las recomendaciones del personal de salud. Tomando en cuenta que la CVRS, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de la CV, que es debido a las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global, diversos factores se han asociado a la calidad de vida de pacientes con enfermedad, encontrándose diferencias con las condiciones socioeconómicas y el nivel educativo alcanzado. Desde el punto de vista clínico, el tipo de enfermedad, comorbilidades, medicamentos utilizados, entre otros, han sido los elementos con frecuencia referenciados.^{7,8}

Por otro lado, un punto importante que influye en la salud del individuo es el autocuidado, eslabón fundamental en la modificación de factores de riesgo en salud cardiovascular, que se define, como: las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son prácticas

de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades; involucrando dimensiones como las mencionadas en el estudio realizado a pacientes que viven con enfermedad coronaria por Bastidas, Olivella y Bonilla en lo que respecta al cambio del estilo de vida, espiritual y apoyo familiar, farmacológica, nutricional, actividad en la casa y ejercicio físico.^{9,10}

El conocimiento del comportamiento de los individuos en cuanto al autocuidado y la calidad de vida posevento isquémico, puede dirigir acciones necesarias para modificar los factores de riesgo presentes que ponen en peligro a la población de presentar un nuevo evento.

La cardiopatía isquémica es una entidad común en la población mexicana y sus consecuencias causan daños irreversibles a los individuos, desde físicos hasta psicológicos; asimismo, afecta no solo al paciente, también a la familia, en consecuencia, la prevención secundaria puede favorecer la reintegración de la persona y evitar complicaciones a largo plazo, como los reingresos hospitalarios y la muerte; sin embargo, existen pocos estudios que aborden a la persona con un modelo preventivo y que repercute en su calidad de vida. Por lo precedente, se plantea analizar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica, así pues, permitirá crear estrategias para mejorar para responder y dar posibles soluciones a este fenómeno que afecta a la población causando estragos sociales y económicos.

Material y métodos

Se realizó un estudio correlacional, prospectivo y transversal en el Instituto Nacional de Cardiología

Ignacio Chávez de la Ciudad de México. Para el presente estudio se definió autocuidado como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades,⁸ y calidad de vida, como: la percepción, por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.⁶ De una población de N=1700 pacientes que egresan al año del Instituto, se obtuvo una muestra no probabilística por conveniencia de n=101 pacientes que presentaron IAM durante marzo a julio 2018.*

La selección de los participantes se realizó de forma aleatoria simple, considerando el censo diario y el informe de pacientes en estado de prealta; se incluyeron aquellos pacientes con IAM con o sin elevación del segmento ST, mayores de 18 años y menores de 90 de ambos sexos y con seguimiento en la consulta externa del Instituto; se excluyeron a pacientes que hablaban un idioma diferente al español o no comprendían el español y con alteraciones psiquiátricas o cognitivas.

La recolección de datos se realizó a través de un instrumento ecléctico constituido por 6 instrumentos validados: el primero lo conforman datos sociodemográficos: como edad, sexo, ocupación, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, número de hijos, horas dedicadas a sus actividades, actividades realizadas, enfermedades que padece, hospitalizaciones previas en el año, dependencia de cuidado, tiempo de traslado a su unidad médica más cercana de casa y tratamiento.

El segundo apartado contiene el Self-Care Agency Scale, la cual tiene un alfa de Cronbach de 0.88 y se encuentra constituida por 24 ítems con escala de respuesta tipo Likert, desde total-

mente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, con un puntaje de 24 a 96, considerando como muy baja agencia de autocuidado=24-43; baja agencia de autocuidado=44-62; regular agencia de autocuidado=63-81 y buena agencia de autocuidado=82-96 puntos.^{6,11,12}

En el tercero se encuentran 12 ítems del instrumento STEPS para medir el comportamiento del tabaquismo al evaluar la situación actual del fumador, cantidad y duración, cantidad según el tipo de producto; las respuestas son dicotómicas y abiertas. Mientras que, en el cuarto apartado, se encuentra el instrumento IPAQ versión corta “últimos 7 días” con un alfa de Cronbach de 0.9 y validado por expertos, el cual mide el nivel de actividad física realizada por intensidad a través de cuatro dominios: laboral, doméstico, de transporte y del tiempo libre.¹³

En el quinto apartado, se agregó el instrumento de calidad de vida SF-36 validado en estudios previos con un índice de confiabilidad por alfa de Cronbach entre 0.74 a 0.93 en población con infarto agudo al miocardio, compuesto por 36 ítems que exploran 8 dimensiones (capacidad funcional, vitalidad, aspectos físicos, dolor, estado general de salud, aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental); la escala de respuesta era tipo Likert oscila entre 3-6, cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala que va del 1-100; se considera de 0-50 peor estado de salud y 51-100 mejor estado de salud.¹⁴⁻¹⁶

Por último, la cédula de datos antropométricos y bioquímicos basada en las normas oficiales mexicanas¹⁷, donde se registró peso, talla e índice de masa corporal, presión arterial, proteína C reactiva de alta densidad, circunferencia abdominal, triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad, lipoproteínas de alta densidad, nivel de glucosa en sangre, nivel de creatinina, enfermedades

como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, insuficiencia renal, evento vascular cerebral previo, síndrome metabólico y como última opción a elegir en este ítem, otra.

Con la información obtenida se realizó el análisis de los datos a través del programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 21 (SPSS, por sus siglas en inglés) con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; así mismo pruebas de correlación de Pearson, Spearman, regresión lineal, considerando una significancia estadística de $p < 0.05$.¹⁸ El aspecto ético-legal de la investigación se apoyó en la Ley General en Materia de Investigación para la Salud, y bajo lo contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-201239 que cataloga a la presente investigación como de bajo riesgo. Se respetaron los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,40 y conforme a lo estipulado en los códigos internacionales en investigación y bioética. De igual forma, se aprobó por el Comité de Ética de la institución y se generó un folio.¹⁹⁻²³

Resultados

La población de estudio se encontró en un rango de edad entre 34 y 86 años; predominó el género masculino con el 89.1%, el 54.5% eran casados o vivían en unión libre; residían en la Ciudad de México 53.5% y 23.8% en el Estado de México; 19.8% estaban desempleados; el 42.6% con un nivel de estudios medio superior, 57.4% contaba con educación básica. El 23.8% presento diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo II (DM II), 17.9% hipertensión arterial (HTA), 6% HTA y otra enfermedad, 19.8% DM II e HTA, 7% DM II, HTA y otra enfermedad y ninguna 32%.

De los pacientes incluidos el 51.5% tenía sobrepeso y el 18.8% obesidad. En cuanto al nivel de triglicéridos, se observó en el 45.5% un nivel recomendable (< 150 mg/dL) y un 22.8% un alto riesgo (> 200 mg/dL); respectivamente el 31.7% limítrofe (150-200 mg/dL). El colesterol de baja densidad (LDL) en el rango recomendable (< 130 mg/dL) se encuentran el 82.2%. Otro dato relevante en los parámetros bioquímicos es que el 55.4% presentó hiperglucemia (> 100 mg/dL), de los cuales algunos ya se conocen con diagnóstico de DM II, sólo el 32.7% tuvo un rango normal (70-100 mg/dL).

En lo referente a dependencia para cuidados el 38.8% depende de su esposa, 11.9% de la esposa y los hijos, 16.8% de los hijos y 17.8% de nadie. En hábitos tabáquicos el 47.5% de los pacientes fumó antes del evento cardiovascular algún producto derivado del tabaco y el 10% continua fumando. El 48.5% de la población refieren tomar el tratamiento secundario básico de IAM que consta de antihipertensivo, estatina e inhibidor de agregación plaquetaria y el 40.6% el tratamiento secundario básico más otro tipo de fármacos; en la actividad física como tratamiento secundario el 38.7% mencionó que realiza ejercicio. El 43.6% ha tenido 1 hospitalización en el último año, el 47.5% ninguna y el 6.9% 2 hospitalizaciones. En cuanto al tiempo de traslado a su unidad médica más cercana, el 16.8% hace 30 minutos, 21.8% hace 60 y el 8.9% de 10-15.

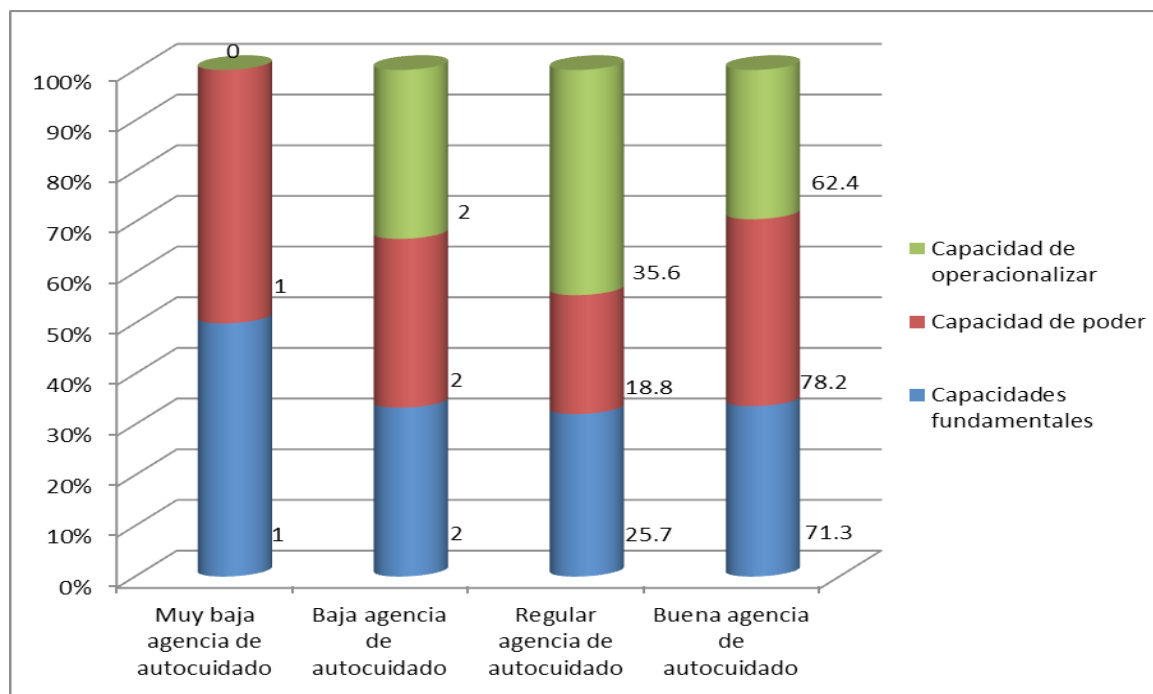
En la variable de autocuidado, 33.7% está de acuerdo con que le faltan las fuerzas necesarias para cuidarse como debe y el 14.9% está totalmente de acuerdo. El 17.8% está en desacuerdo y el 9.9% totalmente en desacuerdo que para mantener el peso que le corresponde hace cambios en sus hábitos alimenticios, mientras que el 43.6% está de acuerdo. En cuanto a poder buscar mejores formas para

cuidar su salud de las que tiene ahora el 42% está de acuerdo y el 30% totalmente de acuerdo.

El 27.7% está en desacuerdo en lograr descansar y hacer ejercicio durante el día porque no logra hacerlo, sólo el 35.6% está de acuerdo, porque cuando lo piensa logra llevarlo a cabo. El 46.5% refiere estar de acuerdo en que a pesar de sus limitaciones para movilizarse es capaz de cuidarse como le gusta y el 38.6% está totalmente de acuerdo.

En relación con la agencia de autocuidado, se observó que el 69% de los pacientes tienen buena agencia de autocuidado y el 30% regular; no obstante, el resto muy baja agencia de autocuidado. De acuerdo, con las dimensiones, destaca la capacidad de poder con el 78% de buena agencia de autocuidado, quedando la dimensión de operacionalización como la más baja en cuanto a buena agencia de autocuidado con un 62.4% (gráfica 1).

Capacidad de Autocuidado por dimensiones en pacientes con cardiopatía isquémica



Gráfica 1. Instituto Nacional de Salud de la Ciudad de México. 2018

En lo que concierne al instrumento SF-36 de calidad de vida relacionado con la salud, el 50% de las personas respondió que su salud actual lo limitaba mucho para realizar esfuerzos intensos, como correr y levantar objetos pesados; el 41.6% hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física, el 49.5% mencionó que tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo a causa de su salud física, lo cual se observa en la dimensión de desempeño físico donde el 36.6% tiene la percepción de peor salud; en consecuencia, peor calidad de vida.

El 35.6% de los pacientes señaló que su percepción en salud es en general regular y el 43.6% como buena; en cuanto a su estado de salud en el futuro sólo el 11% cree que su salud va a empeorar, mientras

el 60.4% piensa que es falso que pueda empeorar, dando como resultado el 88.1% de pacientes con cardiopatía isquémica y experimente una sensación de mejor salud y calidad de vida.

El 37% mencionó que hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de problemas emocionales, en este sentido, no se observa relación en la dimensión de desempeño emocional, ya que el 100% de los pacientes percibe una mejor salud relacionada con calidad de vida.

En la dimensión de nivel de función social donde el 78.2% de los pacientes tenía una mejor salud relacionada con calidad de vida, para el 19.8% sus problemas emocionales o físicos han dificultado sus actividades sociales, un 10.9% regular y un 56.4% nada. Como resultado final el 93% de los pacientes con cardiopatía isquémica tiene una percepción de mejor salud relacionada con la calidad de vida.

La variable CVRS tiene mayor correlación positiva débil en sus dimensiones salud mental ($r= 0.792, p= 0.000$), vitalidad ($r= 0.773, p= 0.000$), así como función física ($r= 0.789, p= 0.000$) y en la dimensión de desempeño físico ($r= 0.671, p= 0.000$) esto da como resultado que los determinantes de percepción de funcionamiento corporal y psicológico, refuerzan la sensación que experimenta el paciente de mejor salud relacionada con calidad de vida (cuadro I).

La CVRS y la variable autocuidado muestran una correlación positiva ($r= 0.447, p= 0.000$) con la dimensión capacidad de poder ($r= 0.443, p= 0.000$), capacidad de operacionalización ($r= 0.418, p= 0.000$) dado que el paciente pos IAM al poder realizar acciones a favor de su salud y tener el conocimiento de estas puede llevarlas a cabo y reflejarse en una mejor CVRS (cuadro II).

Cuadro I. Matriz de correlación del autocuidado con la calidad de vida, índice de masa corporal y presión arterial en pacientes de un Instituto Nacional de Salud de la Ciudad de México. 2018. n = 101

	<i>Autocuidado</i>	<i>Calidad de vida relacionada con la salud SF36</i>	<i>Índice de masa corporal en kg/m^2</i>	<i>Tensión arterial sistólica (mmHg)</i>	<i>Tensión arterial diastólica (mmHg)</i>	<i>Glucosa (mg/dL)</i>
Autocuidado	1	0.447**	-0.122	-0.003	-0.082	-0.128
Calidad de vida relacionada con la salud SF36		1	0.015	0.062	0.000	-0.073
Índice de masa corporal en kg/m^2			1	-0.055	0.182	0.063
Tensión arterial sistólica (mmHg)				1	0.104	-0.039
Tensión arterial diastólica (mmHg)					1	0.217*

Prueba de correlación de Pearson, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

El autocuidado muestra correlación positiva fuerte en sus dimensiones de poder ($r= 0.815, p= 0.000$), operacionalización ($r= 0.970, p=0.000$) y capacidades fundamentales ($r= 0.824, p= 0.000$) (cuadro II). Por otra parte, se observa una relación lineal débil entre el autocuidado y la CVRS, con un coeficiente de determinación $r^2=0.20$, lo que indica que el modelo explica solo el 20 % de la asociación.

Cuadro II. Matriz de correlación de calidad de vida y autocuidado con sus dimensiones.**Instituto Nacional de Salud de la Ciudad de México. 2018. n = 101**

	CV	DCS	DSM	DDE	DFS	DV	DSG	DDF	DDeF	DDFF	AC	DCP	DCO	DCF
Calidad de vida relacionada con la salud. SF-36 (CV)	1	0.359**	0.792**	0.667**	0.071	0.773**	0.584**	0.626**	0.671**	0.789**	0.447**	0.443**	0.418**	0.344**
Dimensión cambio en salud (DCS)		1	0.225*	0.102	0.012	0.157	0.177	0.254*	0.137	0.305**	0.124	0.090	0.100	0.166
Dimensión salud mental (DSM)			1	0.613**	0.000	0.593**	0.365**	0.377**	0.504**	0.434**	0.377**	0.347**	0.347**	0.329**
Dimensión desempeño emocional (DDE)				1	0.073	0.400**	0.325**	0.330**	0.516**	0.489**	0.322**	0.370**	0.280**	0.260**
Dimensión función social (DFS)					1	0.144	-0.076	0.057	-0.120	-0.134	0.098	0.045	0.105	0.086
Dimensión vitalidad (DV)						1	0.434**	0.381**	0.469**	0.472**	0.310**	0.349**	0.296**	0.184
Dimensión salud general (DSG)							1	0.157	0.293**	0.328**	0.256**	0.273**	0.228*	0.210*
Dimensión. dolor físico (DDF)								1	0.366**	0.528**	0.276**	0.247*	0.254*	0.244*
Dimensión desempeño físico (DDeF)									1	0.567**	0.203*	0.234*	0.174	0.173
Dimensión función física (DDFF)										1	0.372**	0.370**	0.366**	0.235*
Autocuidado (AC)											1	0.815**	0.970**	0.824**
Dimensión capacidad de poder (DCP)												1	0.715**	0.588**
Dimensión capacidad de operacionalización (DCO)													1	0.708**
Dimensión capacidades fundamentales (DCF)														1

Prueba de correlación de Pearson, *p<0.05, **p<0.01.

Discusión

El género masculino predominó lo que concuerda con más del 90% de los estudios encontrados en el tema de IAM, en su mayoría se desempeñan en trabajos informales y hay una alta tasa de desempleo, lo cual tiene relación con la sensación de alteración en lo referente al desempeño físico, punto que no se menciona en otros estudios.

Contrario a los resultados positivos de autocuidado que realiza la población, los factores de riesgo como la hiperglucemia, sobrepeso, obesidad y tabaquismo siguen estando presentes como un peligro latente, lo que concuerda con otros estudios como el de Rojas-Reyes.²⁴ La magnitud del problema demanda la necesidad de analizar el impacto que causa esta enfermedad en la po-

blación y las modificaciones realizadas en la vida de los pacientes, por esto las políticas propuestas por la OECD y OMS para la reducción de EC se basan principalmente en la modificación de estilos de vida de la persona, lo que implica llevar a la práctica autocuidado; materia con grandes áreas de oportunidad en cuestiones de educación hacia la población dado que los resultados arrojados indican que las personas no se apegan en todas sus dimensiones a estas actividades, ninguna cumple más del 80%.^{3,5}

Un punto a considerar es que la población menciona sentirse capaz de buscar mejores formas para cuidarse, en este sentido, la CVRS y la variable autocuidado muestra una correlación positiva con la dimensión capacidad de poder y capacidad de operacionalización, a la vez que el paciente pos IAM al realizar acciones a favor de su salud y tener el conocimiento de estas para poder llevarlas a cabo tiene una mejor CVRS, una pregunta que sería importante responder es: ¿si el sistema de salud puede proporcionarles la información y los medios para favorecerlo? y ¿cuál es la percepción del individuo sobre este asunto?.

Algunos estudios hablan de la relación que tiene la CVRS con el nivel académico, los ingresos y la ocupación de la persona, en este caso no se encontró relación, a pesar de que predomina la educación básica en la población, la calidad de vida se percibe como buena en su mayoría, en otros estudios se menciona que un bajo nivel educativo y socioeconómico debido al acceso restringido al sistema de salud y medicamentos puede afectar la calidad vida. Esta diferencia se debe a que los individuos incluidos en este estudio cuentan con acceso a servicio médico que se adapta a sus necesidades económicas.²⁰

Factores como la DM II y la HTA están presentes en la mayoría de las personas, estos concuerda con otras investigaciones; como en

el caso de Schweikert, et al.,²⁵ que encontraron un deterioro de la calidad de vida en los pacientes con IAM, pues al ser enfermedades no transmisibles o crónicas, requieren de atención especializada, y desde luego, de un alto nivel de autocuidado que permita evitar complicaciones cardiovasculares, el individuo se ve en la necesidad de modificar diversos aspectos de su vida; por lo tanto, su percepción física y psicológica experimenta alteraciones, sería importante observar a la población a largo plazo y ver cómo estas patologías y su manejo se modifican con la EC; aquí entran en juego factores como la disminución de actividad física, ya sea, por orden médica o por miedo a presentar un IAM de nuevo, esto conlleva a evitar realizar sus actividades diarias tanto en casa como en su área de trabajo, percibiendo un peor estado de salud y calidad de vida.^{26,27}

Rozmin, et al., proponen el abordaje a través del estilo de vida y la cultura para la realización de intervenciones, el autocuidado en las dimensiones desde la perspectiva de Orem se ve involucrado y podría verse reforzado; esto por lo encontrado en el estudio donde ninguna de las dimensiones cubre un total de buena agencia de autocuidado, en este sentido, no se encontró evidencia en población mexicana que aborde la cultura y el estilo de vida, hecho que sería de gran impacto para el cambio en el autocuidado relacionado con procesos económicos y sociales, como la globalización y la introducción de nuevos comportamientos que afectan la salud de la población.²⁸

El autocuidado es una actividad básica en el ser humano y en condiciones de enfermedad crónica la práctica basada en conocimientos, se convierte en un acto de vida esencial. En la investigación realizada utilizando como base parte de la teoría de Orem se muestra correlación positiva en sus dimensiones de poder, operacionalización

y capacidades fundamentales, dando como resultado que más del 50% tienen de regular a buena agencia de autocuidado, lo que debería ponerse en observación; así como el tiempo transcurrido desde el evento cardiovascular y que sucedió con sus actividades de autocuidado, si este maduró y mejoró con el tiempo o siempre se realizó de igual manera, para determinar los puntos críticos donde el personal de salud puede intervenir para lograr que este autocuidado sea más eficaz; y por tanto, se vea reflejado en aspectos como la CVRS. En este sentido, se debe tomar en consideración lo relacionado con enfermedades crónicas previas al evento isquémico, como: diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, dado que estos eventos son comunes y no hay evidencia previa de investigación en estos casos.


Hay una cuestión a considerar: cómo las terapias de rehabilitación influyen en la inserción social y en la percepción de desempeño físico del paciente y en la calidad de vida, esto vinculado a lo que se pudo observar en el estudio de Barrantes-Morales²⁸ y Donato donde los pacientes sufren un estancamiento debido a la carencia de estas intervenciones y observando que la edad en la que se presentan la EC es cada vez menor y en algunos casos la población es activa laboralmente; si no se logra esta inserción se crea un efecto domino, donde no sólo el individuo se ve afectado, si no su entorno, causando estragos sociales y económicos, dejando de ser terreno del área de salud exclusivamente.²⁹

Conclusión

Los países miembros de la OCDE y la OMS intentan superar obstáculos para la instauración de directrices sobre EC en atención primaria, entre ellos la falta de tiempo del equipo de salud,

los costos de los medicamentos recetados y la falta de recursos de atención médica destinada a la medicina preventiva, ya que pueden generar una calidad subóptima de la atención, resultados adversos en salud y un mayor uso de recursos debido a las complicaciones, lo mencionado tiene repercusión en la CVRS y el autocuidado, las intervenciones en salud preventiva tanto primaria como secundaria requieren de un equipo interdisciplinario dispuesto y con el conocimiento, dotado de recursos materiales para brindar atención de calidad, si esto no se cumple, se vuelve un círculo vicioso que deriva en comorbilidades y nuevos EC.

La CVRS tiene asociación con el autocuidado porque las acciones encaminadas a la mejora de la salud recaen en las dimensiones de desempeño físico, psicológico y emocional dando al individuo la sensación de bienestar.

El autocuidado es pilar en la salud de la persona y la educación que se le brinda al individuo en los centros de atención, le permite obtener un enfoque de las acciones que podrá realizar para alcanzar equilibrio, y a su vez llegar a una buena CVRS, estas variables tienen relación en sus dimensiones; sin el autocuidado adecuado la calidad de vida tiende a tener deterioro por el impacto negativo causado en la salud del sujeto. 

* Datos tomados de la Subdirección de Planeación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. 2018

Referencias

1. **Sánchez-Arias AG, Bonilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B, Gómez-Ortega M, González-González.** Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Cardiol* 2016;27(s3):98-102.

2. **Resumen de estadísticas de 2017.** Enfermedad del corazón y ataque cerebral [Internet]. [place unknown]: American Heart Association; 2017 [citado 26 octubre 2017]. Recuperado a partir de: t.ly/8rRM
3. **Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet].** [place unknown]: World Health Organization; 2017 [citado junio 2019]. Recuperado a partir de: t.ly/0zRq
4. **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).** Estadísticas de mortalidad 2015 [Internet]. [México]: INEGI; 2015. [citado 24 junio 2017]. Recuperado a partir de: t.ly/rSys
5. **Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).** OECD Health Statistics 2013 [Internet]. [Paris]: OECD; 2013. [citado 24 junio 2019]. Recuperado a partir de: t.ly/vT8S
6. **Achury DM, Sepúlveda GJ, Rodríguez SM.** Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Inv Enf* 2009; 11(2):9-25.
7. **Bastidas SC, Olivella FM, Bonilla CI.** Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria. *Sal Uninorte* 2015;31(1):78-90.
8. **Niquille A, Bugnon O.** Relationship between drug-related problems and health outcomes: a cross-sectional study among cardiovascular patients. *Pharm World Sci* 2010;32(4):512-9.
9. **Sillas DG, Jordán LJ.** Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. *Desarrollo Científ Enferm* 2011;19(2):67-9.
10. **Rivera AL.** Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pú* 2006;5(3):235-47.
11. **Leiva VD, Cubillo KV, Porras YG, Ramírez TV, Sirias IW.** Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. *Rev Enferm Actual Costa Rica* 2015; 29:1-14.
12. **Mantilla ST, Gómez- Conesa A.** Internacional de actividad física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol* 2007;10(1):48-52.
13. **Vllagut G, Ferrer M, Rajml L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G.** El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135-50
14. **Lugo LA, García HG, Gómez CR.** Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Sal Pú* 2005;24(2):37-50.
15. **Romero EM.** Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en paciente post-infarto agudo del miocardio procedente de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev Colomb Cardiol* 2008; 17(2): 41-6.
16. **Sánchez RA, García MM, Martínez DT.** Encuesta de Salud SF-36: validación en tres contextos culturales de México. *Rev Iberoam Diagn EV* 2017;45(3):5-16.
17. **Franco SA, Cardona-Arango D.** Calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Rev Méd Risaralda* 2017;23 (1):30-3.
18. **Navarro JC.** Epistemología y metodología. México: Grupo Editorial Patria; 2014. 575-85.
19. **Secretaría de Gobernación [Internet].** Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 5 de noviembre de 2009; Diario Oficial de la Federación. [Citada 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/zgOq
20. **CONAMED** Declaración de Helsinsky [Internet]. México: Comisión Nacional de Bioética; [Citada 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/HIXd
21. **Comité de Bioética de México [Internet].** Código de Núremberg; [Citada 2018 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/9j9yZ
22. **Comité de Bioética de México [Internet].** Informe de Belmont; [Citada 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/r3zt
23. **Secretaría de Gobernación [Internet].** Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. 5 octubre 2010; Diario Oficial de la Federación. [Citada 26 junio 2018]. Disponible: t.ly/tOMD
24. **Rojas-Reyes J, Flórez-Flórez ML.** Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan*

- 2016;16(3):328-39. Doi: 10.5294/ aqui.2016.16.3.5
25. **Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König H-H, Gapp O, Holle R.** Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *Eur Heart J* 2008; 30(4):436-43.
 26. **Corrales-Santander H, Manzur-Jattin F, Pacheco-Ayo C.** Enfermedad coronaria en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Archi Méd* 2018;14:1-3.
 27. **Jiwani RB, Cleveland LM, Patel DI, Virani SS, Gill SL.** Understanding self-regulation behaviors in South Asians with coronary artery disease a mixed-methods study. *J Cardiovasc Nurs* 2016;1-7.
 28. **Barrantes-Morales F, Salas-Segura D.** Sobrevida y calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica egresados de una unidad de cuidados intensivos de tercer nivel. *Rev Costarric Cardiol* 2016;18(1-2):13-5.
 29. **Nampulá M, Sosa M.** Experiencias de hombres con cardiopatía isquémica a un año de egreso hospitalario. *Rev Mex Enf Cardiol* 2018; 26(3):70-5.



Need for sexual and reproductive education in high school teens

Necesidad de educación sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria

María B. Sánchez-Rojas,¹ Sandra O. Gutiérrez-Enríquez,² Darío Gaytán-Hernández,² Yolanda Terán-Figueroa²

Abstract

Introduction: adolescents face problems that threaten their health, among which the adolescent arm and sexually transmitted infections, both preventable with education, stand out. Objective: identify the level of need for sexual and reproductive education in high school adolescents.

Material and methods: cross-sectional study, conducted from August 2018 to March 2019. Sample of 227 students from a public high school in the state of San Luis Potosí, enrolled in the 2018-2019 school year. A self-administered survey was applied to measure the need and an ordinal scale was designed based on the score obtained: high = 73-93, medium = 52-72 and low = 31-51. The X² test was applied to determine association between variables.

Results: most students have a medium level of need for sexual and reproductive education. Second grade students have a greater need for education (35.2%) than first (16.7%) and third (6%) students with a significant difference ($p < 0.001$). Those who have less need for sex education are those who talk frequently with their parents.

Conclusion: It is necessary that sexual education be comprehensive and taught from basic education levels on an ongoing basis, to train parents so they can provide better information. Likewise, encourage communication between parents and adolescent.

Keywords: sex education, sexual health, adolescent, adolescent health.

Citación: Sánchez Rojas MB., Gutiérrez Enríquez SO., Gaytán Hernández D., Terán Figueroa Y. Necesidad de educación sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria, Rev Enferm Neurol. 2020;19(1):pp. 15-24.

Correspondencia: Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquez.

E-mail: sguiterr01@gmail.com

¹ Licenciada en Enfermería

² Profesor (a) investigador (a) en la Facultad de Enfermería y Nutrición, UASLP.

Recibido: 11 de octubre 2019

Aceptado: 20 de diciembre 2019



Resumen

Introducción: los adolescentes enfrentan problemáticas que atentan su salud, entre los que destacan el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, ambas prevenibles con educación.

Objetivo: identificar el nivel de necesidad de educación sexual y reproductiva en adolescentes de secundaria.

Material y métodos: estudio transversal, realizado de agosto 2018 a marzo 2019. Muestra de 227 estudiantes de una secundaria pública del estado de San Luis Potosí, inscritos en el ciclo escolar 2018-2019. Se aplicó una encuesta autoadministrada para medir la necesidad y se diseñó una escala ordinal con base al puntaje obtenido: alta= 73-93, media= 52-72 y baja= 31-51. Se aplicó la prueba X² para determinar asociación entre variables.

Resultados: la mayoría de los alumnos tienen un nivel de necesidad de educación sexual y reproductiva medio. Los estudiantes de segundo grado tienen mayor necesidad de educación (35.2%) que los de primero (16.7%) y tercero (6%) con una diferencia significativa ($p < 0.001$). Quienes tienen menor necesidad de educación sexual son aquellos que platican frecuentemente con sus padres.

Conclusión: es necesario que la educación sexual sea integral e impartida desde niveles de educación básica de manera continua; asimismo, capacitar a los padres de familia para que puedan brindar más información. De igual forma, fomentar la comunicación entre padres e hijos.

Palabras clave: educación sexual, salud sexual, adolescente, salud del adolescente.

Introducción

La adolescencia es una etapa donde los jóvenes se encuentran en riesgo de enfrentar problemas que pueden afectar su salud y desarrollo personal, entre estos se encuentra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS). El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) ha informado que todos los días 20,000 mujeres menores de 18 años dan a luz en países en vías de desarrollo; y de los 7,3 millones de partos de adolescentes que ocurren cada año, corresponden a niñas menores de 15 años.¹ Además, las complicaciones durante el embarazo y parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años, también, en este periodo de edad, cerca de tres millones de jóvenes recurren a abortos peligrosos que contribuyen

al aumento de muertes maternas y a secuelas por enfermedades obstétricas.² En cuanto a las ITS, en la población adolescente se estima que anualmente una de cada 20 jóvenes adolescentes contrae una infección bacteriana por contacto sexual y cada vez se presenta en edades más tempranas.³

México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente según lo informa la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ya que ocurren cerca 73.6 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, mientras que el promedio de todos los países que integran la OCDE es de 14.6

nacimientos por cada 1000 mujeres.⁴ Las ITS, de igual manera, afectan el desarrollo de los adolescentes mexicanos, en 2012 se diagnosticaron 2,799 infecciones de VIH y 1,772 casos de SIDA en los jóvenes de 15 a 24 años de edad, con una razón de 4 contagios masculinos por cada mujer en el país.⁵ La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, en su reporte, informa que hay 21 casos de VIH en el estado de San Luis Potosí de los cuales 14 son varones y 7 mujeres, en comparación con el año pasado, en 2017 se tuvo el registro de 14 casos.⁶

Una de las acciones necesarias para disminuir el número de casos de estos problemas, es a través de la educación sexual, definida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) como “un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor”. Asimismo, la UNESCO junto a otros organismos internacionales promulgó las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad⁷ en 2017, donde indica 8 conceptos clave que integran la educación sexual, tales como: **1.** relaciones, **2.** valores, derechos, cultura y sexualidad, **3.** cómo entender el género, **4.** la violencia y cómo mantenerse seguros, **5.** habilidades para la salud y el bienestar, **6.** el cuerpo humano y el desarrollo, **7.** sexualidad y conducta sexual y **8.** salud sexual y reproductiva, estos a su vez están constituidos por subtemas, los cuales conforme al rango de edad de las personas a las que vaya dirigido el programa educativo, desde los 5 años, hasta los 18 años o más; en conformidad con las orientaciones técnicas de educación sexual integral en el octavo concepto. Artículos recientes, revelan que los adolescentes de 12 a 15 años, deben de

conocer la diversidad de preferencias sexuales, la diferencia entre género, sexo, actividad sexual, y reproducción, saber los cambios durante la adolescencia y pubertad, así como la importancia de la autoestima y los servicios brindados de forma gratuita para tratar aspectos psicológicos, de enterarse que algunas actitudes o sentimientos relacionados con la sexualidad son naturales, estar consciente de la importancia de respetar a los demás y a ellos mismos, tener conocimiento de la responsabilidad de su propia sexualidad, la importancia de la prevención e identificación de comportamientos sexuales que pongan en riesgo su salud y bienestar, las distintas formas de anticoncepción, al igual que, las ventajas y desventajas de cada uno y donde pueden recibir atención especializada.⁷⁻⁹

La educación sobre salud sexual y reproductiva es importante pues de esta manera los adolescentes tienen herramientas para decidir sobre su futuro, prevenir riesgos a su salud y vivir una vida plena.⁷ El objetivo de este estudio fue conocer la necesidad de educación sexual y reproductiva en adolescentes de una secundaria pública en el estado de San Luis Potosí, México.

Material y métodos

Estudio observacional, transversal, relacional y comparativo, realizado de agosto 2018 a marzo 2019. Universo de 451 estudiantes de una secundaria pública del estado de San Luis Potosí, inscritos en el ciclo escolar 2018-2019. Se utilizó la fórmula para cálculos de muestra con población finita, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. El tamaño de muestra quedó integrado por 227 alumnos.

Se aplicó una encuesta autoadministrada que fue elaborada ex profeso para medir el nivel de necesidad de educación sexual y

reproductiva. Para fines de esta investigación, se definió este concepto como la insuficiencia del abordaje de temas de educación sexual y reproductiva (embarazo y prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo), con base en el concepto 8 de salud sexual y reproductiva de las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad de la UNESCO, y en la NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015 para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.¹⁰ La encuesta está compuesta por tres apartados: **I.** Datos sociodemográficos, **II.** Embarazo y prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo. **III.** Educación sexual y reproductiva de padres a hijos. Para medir la necesidad de educación se diseñó una escala ordinal para clasificar la necesidad con base al puntaje total (alta= 73-93, media= 52-72, Baja= 31-51) del apartado II, con un total de 31 ítems Likert. Los participantes tacharon las opciones de acuerdo a la frecuencia de información que les han otorgado sobre alguno de los temas anteriores, de manera que la opción de “muchas veces” tuvo el valor de 1 punto (lo que significa menor necesidad de educación) y la opción “nunca” tuvo el valor máximo de 3 puntos (lo que representa una mayor necesidad de educación). La encuesta fue validada por expertos y por prueba piloto. Se aplicó una evaluación para valorar su confiabilidad (Alpha de Cronbach) la cual arrojó un valor de 0.91. Se aplicó la prueba X^2 para determinar diferencia significativa entre la variable de necesidad con datos sociodemográficos y temas de salud sexual y reproductiva, así como entre la frecuencia de educación sexual y reproductiva proporcionada de padres a hijos con el nivel de necesidad. Todos los análisis se realizaron en el programa estadístico Statal Package for the

Social Sciences (SPSS) versión 22. Este estudio estuvo apegado a la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y el artículo 100º, fracción IV de la declaración de Helsinki,¹¹ por tanto, todos los participantes tuvieron el consentimiento de sus padres para participar en el estudio. El proyecto obtuvo registro de un Comité de Ética Universitario (CEIFE-2019-279). Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resultados

Se obtuvo que tanto mujeres (61.6%) como hombres (56.9%) tienen necesidad media de educación sexual y reproductiva. El rango de edad con la necesidad más alta fue de 13 a 14 años (20.9%). Se encontró una diferencia significativa ($p^* < 0.001$) entre los estudiantes de cada grado escolar y el nivel de necesidad de educación sexual y reproductiva, donde los alumnos de segundo grado tienen mayor necesidad de educación sexual y reproductiva (35.2%) a diferencia de los alumnos de primer grado (16.7%) y de tercero (6%). La mayoría de los estudiantes que tenían pareja tienen mayor necesidad de educación sexual y reproductiva (19.3) que aquellos que no tienen pareja (18). La mayoría de los estudiantes tienen como única ocupación el estudio (tabla 1).

Ambos sexos presentan necesidad alta de educación sobre métodos anticonceptivos (hombres 39.5%, mujeres 39.7%). Las mujeres tienen necesidad baja de educación sobre embarazo adolescente con el 65.6% y en un menor porcentaje también los hombres con el 48% (tabla 2).

Se encontró una diferencia significativa ($p = < 0.001$) entre el nivel de necesidad de educación sexual reproductiva y la frecuencia en que los padres hablan con sus hijos sobre sexualidad. Se observó que los padres hablan con menor

Tabla 1. Nivel de necesidad de educación sexual, reproductiva y características sociodemográficas. Estudiantes de secundaria. San Luis Potosí, S.L.P., 2019.

n=227

Datos sociodemográficos	Nivel de la necesidad de educación sexual y reproductiva						Total	g.l.**	X ²	Valor de p
	Baja		Media		Alta					
	Fx	%	Fx	%	Fx	%				
Sexo del encuestado										
Mujer	28	22.4	77	61.6	20	16	125	2	1.171	0.557
Hombre	22	21.6	58	26.9	22	21.6	102			
Edad										
11-12	14	24.6	32	56.1	11	19.3	57	4	4.396	0.355
13-14	27	19.4	83	59.7	29	20.9	139			
15-16	9	29	20	64.5	2	6.5	31			
Grado										
Primero	16	22.2	44	61.1	12	16.7	72	4	22.132	0.000*
Segundo	12	16.9	34	47.9	25	35.2	71			
Tercero	22	26.2	57	67.9	5	6	84			
Situación sentimental										
Con novia/o	19	21.6	52	59.1	17	19.3	88	2	0.068	0.967
Sin novia/o	31	22.3	83	59.7	25	18	139			
Ocupación										
Estudia	16	22.2	44	61.1	12	16.7	72	4	22.132	0.000*
Estudia y trabaja	12	16.9	34	47.9	25	35.2	71			
	22	26.2	57	67.9	5	6	84			

** g.l.= grados de libertad

*p<0.001

Fuente: Encuesta de necesidades de educación sexual y reproductiva 2019

Tabla 2. Necesidades de educación sexual y reproductiva de acuerdo al sexo. Estudiantes de secundaria. San Luis Potosí, S.L.P., 2019.

n=227

Sexo	Nivel de la necesidad de educación sexual y reproductiva						g.l.**	X ²	Valor de p
	Baja		Media		Alta				
	Fx	%	Fx	%	Fx	%			
Necesidad de educación sobre el embarazo									
Mujer	28	22.4	77	61.6	20	16	2	9.870	0.007
Hombre	22	21.6	58	26.9	22	21.6			
Necesidad de educación sobre Métodos anticonceptivos									
Mujer	20	16.5	53	43.8	48	39.7	2	0.582	0.748
Hombre	13	13.1	100	45.5	87	39.5			
Necesidad de educación sobre Infecciones de Trasmisión Sexual									
Mujer	36	28.8	67	53.6	22	17.6	2	0.311	0.856
Hombre	31	30.4	51	50	20	19.6			
Necesidad de educación sobre Conductas Sexuales de Riesgo									
Mujer	44	35.2	61	48.8	20	16	2	2.213	0.331
Hombre	27	26.5	54	52.9	21	20.6			

** g.l.= grados de libertad

*p<0.001

Fuente: Encuesta de necesidades de educación sexual y reproductiva 2019

frecuencia acerca de la prevención de infecciones de transmisión sexual con sus hijos (59.4%) y de la prevención de conductas sexuales de riesgo (57.1%) y hablan más sobre la prevención del embarazo adolescente (80%) y el uso de métodos anticonceptivos (74%) (tabla 3). Se reveló una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre el sexo de los participantes y la frecuencia con la que recibían educación sexual y reproductiva, por parte de sus padres. Los participantes de 11 años de

edad recibían con constancia información sobre educación sexual y reproductiva de parte de sus padres (100%), a diferencia de los participantes de 16 años que era poco frecuente que recibieran información de sus padres de educación sexual y reproductiva. Para el 47.2% de los alumnos de primer grado es poco frecuente que sus padres hablen con ellos sobre sexualidad, al igual que para el 38% de los alumnos de segundo y el 42.9% de tercero (42.9%) (tabla 4).

Tabla 3. Nivel de necesidad de educación de los participantes y frecuencia de educación sexual y reproductiva proporcionada por padres a hijos. Estudiantes de secundaria. San Luis Potosí. S.L.P., 2019. n=227

Nivel de necesidad de educación sexual y reproductiva	Frecuencia de educación sexual y reproductiva proporcionada por padres a hijos						g.l.**	X ²	Valor de p
	Muchas veces		A veces		Nunca				
	Fx	%	Fx	%	Fx	%			
Prevención del embarazo									
Alta	6	14.3	22	52.4	14	33.3	4	44.991	0.000*
media	54	40	60	44.4	21	15.6			
Baja	40	80	70	14	3	6			
Uso de métodos anticonceptivos									
Alta	3	7.1	16	40.5	22	52.4	4	61.733	0.000*
media	34	25.2	64	47.4	37	27.4			
Baja	37	66	10	20	3	6			
Prevención de infecciones de transmisión sexual									
Alta	2	4.8	15	35.7	25	59.5	4	48.737	0.000*
media	40	29.6	54	40	41	30.4			
Baja	33	66	13	26	4	8			
Prevención de conductas sexuales de riesgo									
Alta	3	7.1	15	35.7	24	57.1	4	32.218	0.000*
media	38	28.1	44	32.6	53	39.3			
Baja	27	54	18	36	5	10			

** g.l.= grados de libertad

* $p < 0.001$

Fuente: Encuesta de necesidades de educación sexual y reproductiva 2019

Discusión

De acuerdo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹² y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente

(2016-2030)¹³ es imprescindible brindar educación sanitaria, información y servicios de salud sexual y reproductiva, para lograr disminuir los embarazos adolescentes y las infecciones de transmisión sexual, al igual que los problemas derivados de ellos como: muertes maternas, alto

índice de personas infectadas con VIH o SIDA, marginación, pobreza, deserción escolar, entre otras. La UNESCO, en conjunto con otras organizaciones internacionales, creó las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad dirigido a escuelas, profesores y educadores de salud y menciona que la educación sexual y reproductiva tiene efectos benéficos para los adolescentes, pues representa un mayor conocimiento para los jóvenes, contribuye al mejoramiento de sus actitudes y conductas en relación con la salud sexual y reproductiva.⁷

En este estudio la falta de educación sexual y reproductiva de la mayoría de los estudiantes es media, esto da a entender que, a pesar de recibir algún tipo de información básica, siguen teniendo deficiencias que los ponen en riesgo de presentar algún embarazo adolescente, o de contraer alguna ITS. La mayoría de los

estudiantes que indicaron tener una relación sentimental, tienen mayor carencia de educación sexual, esto los coloca en riesgo de iniciar vida sexual activa sin las herramientas indispensables para tener una vida sexual responsable y saludable. En investigaciones recientes como la de Sandres en Brasil, 2017, se reportaron casos de adolescentes que inician relaciones sexuales entre los 12 y 15 años, un dato importante, de acuerdo a este estudio, no cuentan aún con la preparación e información suficiente para ejercer una sexualidad responsable.¹⁴ En el estudio realizado por Peralta en México, 2018, el 25% de los adolescentes entre 15 y 17 años, ya habían iniciado vida sexual, además, se señala que casi la mitad de los adolescentes siguen teniendo información errónea acerca de la sexualidad, por ejemplo: las prácticas no funcionales para evitar un embarazo, las duchas vaginales poscoito.¹⁵ En esta

Tabla 4. Frecuencia de educación sexual y reproductiva proporcionada por padres a hijos y datos sociodemográficos. Estudiantes de secundaria. San Luis Potosí, S.L.P., 2019.

n=227

Datos sociodemográficos		Frecuencia de educación sexual y reproductiva proporcionada por padres a hijos						g.l.**	X ²	Valor de p
		Muchas veces		A veces		Nunca				
		Fx	%	Fx	%	Fx	%			
Sexo	Mujer	634	50.4	26	20.8	36	28.8	2	13.502	0.001
	Hombre	34	33.3	44	43.1	24	23.5			
Edad	11	0	0	0	0	2	100	10	10.472	0.400
	12	25	45.5	17	30.9	13	23.6			
	13	24	42.1	16	28.1	17	29.8			
	14	35	42.7	25	30.5	22	26.8			
	15	11	37.9	12	41.4	6	20.7			
	16	2	100	0	0	0	0			
Grado escolar	Primer grado	34	47.2	23	31.9	15	20.8	4	2.208	0.698
	Segundo grado	27	38	22	31	22	31			
	Tercer grado	36	42.9	25	29.8	23	27.4			

** g.l.= grados de libertad

*p<0.001

Fuente: Encuesta de necesidades de educación sexual y reproductiva 2019

investigación algunos participantes no habían escuchado hablar de algún tipo de conductas sexuales de riesgo, algunas infecciones de transmisión sexual y algunos métodos anticonceptivos. Asimismo, expresaron la importancia de hablar de estos temas, por parte de los adultos, sin vergüenza y ser escuchados para aclarar sus dudas.

Los estudiantes que tenían mayor necesidad de educación sexual fueron aquellos que tenían 13 y 14 años, estudiantes, donde la mayoría cursa el segundo grado de secundaria, es fundamental aclarar, en este grado escolar y en primer año es donde se abordan temas de prevención de embarazo, uso de métodos anticonceptivos, prevención de conductas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual en las materias de biología, cívica y ética en la escuela pública, respecto a esto es crucial mencionar que desde 1974 se han incluido temas sobre sexualidad en los libros de texto gratuito que otorga el gobierno de México, con enfoque al uso de métodos anticonceptivos y a la prevención de embarazos; sin embargo, la información que contienen estos libros no es educación sexual integral, a partir de la nueva reforma educativa del gobierno actual, incluye temas de diversidad sexual.¹⁶ En un estudio realizado por Obach, *et al.*, en Chile, 2017, los estudiantes declararon que la información que recibían de la escuela era muy básica pues se centraba en hablar de aspectos biológicos y genitales. Los autores refieren que es necesario que se trabaje de la mano entre el sector salud y educativo en suma coordinación¹⁷


En el estudio de Orcasita, *et al.*, en 2018 se encontró que los padres usualmente transmiten información de acuerdo a sus experiencias, además se enfocan en discursos sobre la prevención de embarazos, excluyendo los temas de prevención de infecciones de transmisión sexual,

conductas sexuales de riesgo y diversidad sexual¹⁸. En contraste, en el estudio de M. Grossman en Estados Unidos de Norteamérica, menciona que puede influir en el comportamiento sexual de los adolescentes la información proporcionada por los padres¹⁹, por lo que, incluir a estos dentro de los programas de salud sexual y reproductiva sería una pieza clave.

Resulta relevante que exista mayor necesidad de educación sexual y reproductiva en adolescentes hombres, sobre embarazo adolescente que en mujeres, pues es a ellas a quienes más se dirige esta información, de acuerdo al estudio de Orcasita, en Colombia, los hombres reciben menos información sobre sexualidad, a diferencia de las mujeres, señalando la carencia de programas educativos con perspectiva de género.²⁰

Conclusiones

La mayoría de los participantes siguen teniendo necesidades de educación sexual y reproductiva, los alumnos con mayor necesidad de educación son los de segundo grado de 13 a 14 años, los padres platican más con sus hijos sobre prevención del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos y menos de la prevención de ITS y conductas sexuales de riesgo. Es fundamental reforzar la educación sexual, a través del diseño de talleres para padres, demostraciones y situaciones vivenciales con pares dirigido a los alumnos, con la finalidad de que puedan brindar a los adolescentes una orientación completa y eficaz. El personal de salud debe explorar otras formas de orientar, menos tradicionales y más innovadoras que despierten la consciencia de los adolescentes. Para futuras investigaciones se recomienda realizar estudios cualitativos para conocer las necesidades de educación percibidas

por los alumnos, padres, maestros y profesionales de salud, así como estudios enfocados en conocimientos de padres sobre estos temas. Incluso es imprescindible la evaluación de los programas del sector salud y educativo, con base en las Orientaciones Técnicas de Educación Sexual Integral de la UNESCO. 

Referencias

1. **Fondo de Población de las Naciones Unidas.** Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial. UNFPA; 2013. 132. Disponible en: <http://bit.ly/38w2u09> [Acceso: 25 /09/2018]
2. **OMS.** El embarazo en la adolescencia. Organización Mundial de la Salud. Febrero 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2wzYzLK> [Acceso: 19/09/18]
3. **OMS.** Diez datos sobre las enfermedades de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud. Febrero 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2THVMYT> [Acceso: 20/09/2018]
4. **Mabel Gabriel, Patrick Lenain.** Mejorando las oportunidades de las mujeres en México. OCDE. Disponible en: <http://bit.ly/2TFE5QG> [Acceso: 21/09/18]
5. **CENSIDA.** (2014). Programa Especial del VIH, SIDA e ITS, 2013-2018 México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Disponible en: <http://bit.ly/39vfeFY> [Acceso: 25/09/2018]
6. S.L.P. registra aumento en enfermedades venéreas. Pulso Diario de San Luis. 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2IqiCFX> [Acceso: 01/10/2018]
7. **UNESCO.** Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. 2018. Disponible en: [http://bit.ly/2x6tP\]p](http://bit.ly/2x6tP]p) [Acceso: 01/11/2018]
8. **Cryan G, Cimas M.** Acceso a información vinculada a sexualidad a través del ámbito educativo y las TIC. Ciencia, Docencia y Tecnología. 2018, 29(57), 256-271. Disponible en: <http://bit.ly/3auBBuZ> [Acceso: 26/08/2019]
9. **Callejón Chinchilla MD, Gila-Ordóñez JM.** Necesidad de trabajar las relaciones de pareja saludable desde contextos socio-educativos. Sophia 2018;14(1):31-8. Disponible en: <http://bit.ly/2vLveVB> [Acceso: 26/08/2019].
10. **Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015** [en línea]. Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. Diario Oficial de la Federación. 20 feb 2015. Disponible en: <http://bit.ly/3cyepxS> [Acceso: 16/10/2018]
11. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Disponible en: <http://bit.ly/2PRQEqW> [Acceso: 23/09/2018].
12. **PNUD.** Objetivos del desarrollo sostenible (s.f.) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: <http://bit.ly/2wuei67> [Acceso: 01/04/2019]
13. Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). 2015. Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://bit.ly/3aqsSKm> [Acceso: 29/09/2018]
14. **Sandres Lins L, Airton L, Gomes dos Santos R, Duarte de Moraes T, de Andrade Beltrão T, de Lima Castro F.** Análise do comportamento sexual de adolescentes. Rev Brasileira em Promoção da Saúde 2017;30:47-56. Disponible en: <http://bit.ly/3axxu1w> [Acceso: 22/02/2019]
15. **Peralta-Sánchez A.** Conocimientos y actitudes de 700 adolescentes de 12-17 años acerca de la sexualidad y la anticoncepción, originarios del sureste del estado de Puebla, México. Ginecol Obstet Mex 2018;86(9):606-10. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i9.2296> [Acceso: 22/02/2019]
16. **Garduño V.** Educación sexual: una polémica persistente. Red del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, 2018. Disponible en: <http://bit.ly/39tPvxo> [Acceso: 28/03/2019]
17. **Obach A, Sadler M, Jofré N.** Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. Presentado como ponencia en el Simposio: "Desigualdad, Género y Salud", en el marco

- del V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología y el XVI Congreso de Antropología en Colombia, celebrados en la Universidad Pontificia Javeriana, en la ciudad de Bogotá, del 6 al 9 de junio de 2017. *Rev Sal Púb* 2017;19(6):848-54. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.70023> [01/03/2019]
18. **Orcasita LT, Cuenca J, Montenegro JL, Garrido D, Haderlein A.** Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Rev Colomb Psicol* 2018;27:41-53. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.62148> [Acceso: 15/03/2019]
19. **Grossman J, Lynch A, Richer A, DeSouza L, Ceder I.** Extended-family talk about sex and teen sexual behavior. *Inter J Environ Res Pub Health* 2019;(3):480. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph16030480> [Access: 2019 Apr 1]
20. **Orcasita LT, Palma D, Sadeghian HC, Villafañe A, Sánchez DM, Sevilla TM, et al.** Sexualidad en hombres adolescentes escolarizados: un análisis comparativo entre instituciones públicas y privadas en Colombia. *Rev Cien Sal* 2018;16(3):408-28. Disponible en: <http://bit.ly/2vyBrEn> [Acceso: 01/04/2019]



Benefits of ludotherapy in elderly cognitive decline in a Aguascalientes rest home

Beneficios de la ludoterapia en el deterioro cognitivo de adultos mayores en una casa de reposo de Aguascalientes

Dulce K. Flores-Gutiérrez¹, Mario A. Ortega-Tovar¹, Jonathan A. Martínez-Rodríguez¹, Mitzi N. Rodríguez-Cuellar², Juan P. Gómez-Cardona²

Abstract

Introduction: during aging, changes occur at the biological, psychological and social levels, making individuals susceptible to develop cognitive impairment. Play therapy has been implemented to promote affectivity, creativity and sociability in the elderly. The game favors the discharge of energy and tension, facilitates the process of cognitive stimulation.

Objective: to identify the benefits of play therapy in cognitive deficits in older adults in a rest home from Aguascalientes.

Material and methods: a relational, quasi-experimental, longitudinal and prospective study, with a non-probabilistic sample based on criteria of 19 older adults, from two geriatric stays in Aguascalientes; who participated in a 6-week playful intervention, were evaluated with the Folstein Mini-Mental State Examination at three time points (pre-intervention, immediate post-intervention and late post-intervention). The SPSS 25 statistical package was used for data analysis, using the Wilcoxon signed rank statistical test.

Results: the older adults improve their cognitive performance in evaluations after play therapy ($W = -3.85$; $p = 0.0002$), and it was found that the benefits remain after 6 weeks of the program ($W = -3.53$; $p = 0.0004$).

Conclusion: the cognitive functioning of older adults in a rest home improved and is maintained by developing recreational activities, promoting social interaction and fun.

Key words: play therapy, cognitive deterioration, older adults.

Citación: Flores Gutiérrez Dulce K., Ortega Tovar Mario A., Martínez Rodríguez Jonathan A., Rodríguez Cuellar Mitzi N., Gómez-Cardona Juan P. Beneficios de la ludoterapia en el deterioro cognitivo de adultos mayores en una casa de reposo de Aguascalientes. Rev Enferm Neurol. 2020;19(1):pp. 25-31.

Correspondencia: Juan Pablo Gómez Cardona
E-mail: jpgomezc@correo.uaa.mx

Recibido: 29 de mayo 2019
Aceptado: 22 de noviembre 2019

¹ Estudiante de la Licenciatura de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud

² Docente del Departamento de Enfermería Universidad Autónoma de Aguascalientes, México



Resumen

Introducción: durante el envejecimiento se producen cambios a nivel biológico, psicológico y social convirtiendo a los individuos susceptibles a desarrollar deterioro cognitivo. Se ha implementado la ludoterapia para fomentar la afectividad, creatividad y sociabilidad en el adulto mayor. El juego favorece la descarga de energía y tensión, pues facilita el proceso de estimulación cognitiva.

Objetivo: identificar los beneficios de la ludoterapia en el deterioro cognitivo de adultos mayores en una casa de reposo de Aguascalientes.

Material y métodos: estudio relacional, cuasi experimental, longitudinal y prospectivo, con muestra no probabilística por criterios de 19 adultos mayores de dos estancias geriátricas de Aguascalientes, que participaron en una intervención lúdica de 6 semanas, fueron evaluados con el Mini examen del estado mental de Folstein en tres momentos temporales (preintervención, posintervención inmediata y posintervención tardía). Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 25, usando la prueba estadística de rangos con signo Wilcoxon.

Resultados: los adultos mayores mejoran su rendimiento cognitivo en las evaluaciones posteriores a la ludoterapia ($W = -3.85$; $p = 0.0002$), los beneficios permanecen después de 6 semanas del programa ($W = -3.53$; $p = 0.0004$).

Conclusión: el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores en una casa de reposo mejora y se mantiene al desarrollar actividades lúdicas, fomentando la interacción social y la diversión.

Palabras clave: ludoterapia, deterioro cognitivo, adulto mayor.

Introducción

El envejecimiento es un proceso universal y continuo que se encuentra presente a lo largo del ciclo vital.¹ Está correlacionado con cambios a nivel biológico, psicológico y social que generan de manera gradual el deterioro de las capacidades cognitivas.² En México de los 12 millones de adultos mayores que hay en el país, alrededor de 800 mil tienen algún tipo de demencia.³ Debido a lo anterior, ha surgido el interés en el entrenamiento cognitivo y otras intervenciones que puedan aminorar estos cambios degenerativos. Havighurst en la teoría de la actividad menciona que la inactividad y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el anciano y aquella

persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación.⁴ Por su parte, Vygotsky alude que el aprendizaje se desarrolla mediante la interacción social, el papel de los compañeros es el de apoyo, dirección y organización del aprendizaje.⁵ Por lo que, se ha propuesto implementar la ludoterapia grupal como medio de expresión y comunicación. El juego favorece la descarga de energía y tensión, facilita la ocupación, afectividad, creatividad y sociabilidad; a las personas de la tercera edad concede la oportunidad de desarrollar habilidades y seguir aprendiendo bajo un modelo cognitivo conductual.⁶ Investigaciones realizadas con antelación encontraron que la

ludoterapia mejora el deterioro cognitivo,⁷ muestra mayor beneficio en la dimensión de atención⁸ y el beneficio de la intervención se mantiene estable a largo plazo.⁹ El objetivo general de este trabajo: identificar los beneficios de la ludoterapia en el deterioro cognitivo de adultos mayores en una casa de reposo de Aguascalientes.⁵

Material y métodos

Estudio cuasi experimental, longitudinal y prospectivo. La recolección de datos se llevó a cabo en Aguascalientes, Aguascalientes. Durante el periodo de agosto a diciembre 2018 en dos instituciones geriátricas, con una población de 48 individuos en total. Se obtuvo una muestra de 19 adultos mayores por muestreo a conveniencia incluyendo a adultos mayores de 60 años, residentes en los asilos y con capacidad de realizar las actividades lúdicas (conservar sentido auditivo, visual y movilidad articular de extremidades superiores); se excluyeron a aquellos individuos menores de 60 años, no residentes en las instituciones y sin capacidad de realizar las actividades.

Para el desarrollo del artículo se elaboró el programa “Envejecer con diversión” a partir de la referencia del programa de actividades reportado por Bárcenas, *et al.*,⁷ se tomó en cuenta la teoría de Havighurst (teoría psicosocial de la actividad) y Vygotsky (teoría sociocultural del desarrollo cognitivo). Se implementaron juegos, dinámicas y manualidades sencillas bajo un modelo cognitivo conductual que los adultos mayores fueran capaces de realizar según sus condiciones físicas y cognitivas. El programa consta de 3 módulos: **1.** Estimulación cognitiva (orientación, memoria, razonamiento, atención, lenguaje); **2.** Desarrollo de habilidades motrices perceptivas (socio-motrices); y **3.** Fomento de

habilidades sociales (básicas, avanzadas y afectivas). Se ejecutaron tres sesiones a la semana con duración de una hora y media, por seis semanas.

Se evaluó el deterioro cognitivo previo a la intervención, al finalizar el programa y después de seis semanas terminada la intervención, se utilizó el Mini examen cognoscitivo (MEC) con confiabilidad de 0.84 en alfa de Chronbach; cuenta con 11 *ítems* suman un total de 30 puntos clasificando el deterioro cognitivo en 4 grados: sin deterioro cognitivo (27-30 puntos); deterioro leve (24-26 puntos); deterioro moderado (12-23 puntos); deterioro severo/demencia (9-11 puntos) evaluando la orientación temporal y espacial, memoria (fijación del recuerdo y recuerdo diferido), lenguaje, atención y cálculo.¹⁰

El proyecto fue aprobado por la academia de investigación del Departamento de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud con el código AEI-38-18. Se dio a conocer a los adultos mayores el objetivo de la investigación brindando información precisa, clara y oportuna de forma escrita mediante el consentimiento informado, de acuerdo a lo establecido en la ley General de Salud en Materia de Investigación, siguiendo los principios de Helsinki.^{11,12}

Para el análisis de datos se usó el paquete estadístico SPSS versión 25, se realizó prueba de normalidad utilizando el *test* de Shapiro-wilk con un resultado de 0.469 para la edad; 0.016 para las puntuaciones preintervención; 0.032 en el puntaje posintervención inmediata, y 0.026 en las puntuaciones posintervención tardía, empleando estadísticos descriptivos mediante medidas de tendencia central; y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para la estadística inferencial.

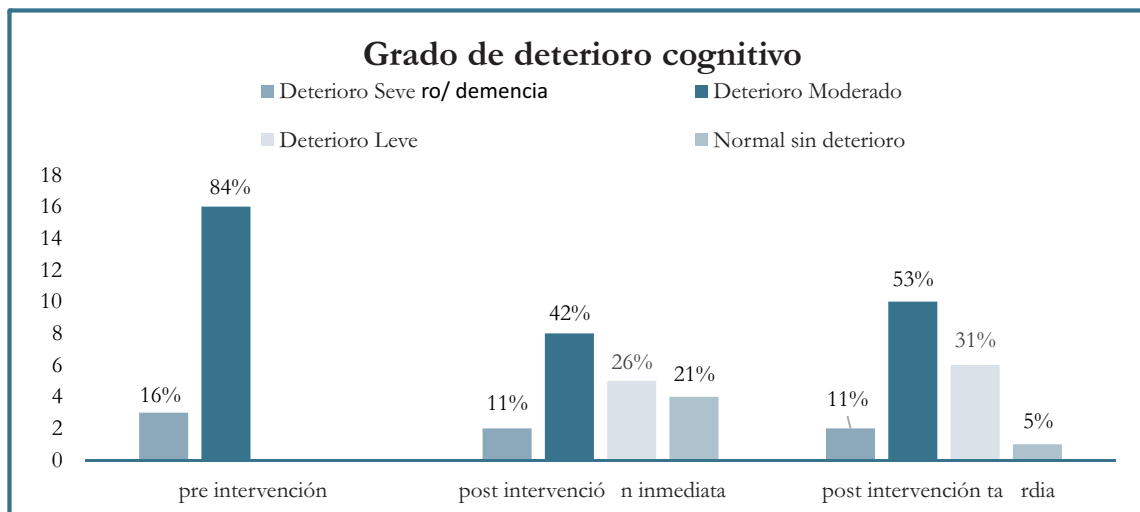
Resultados

Se eliminaron cinco sujetos de estudio que en el transcurso del programa decidieron abandonarlo, por cambio de residencia o por ausentismo en las sesiones lúdicas, se quedaron 19 adultos mayores. El 95% de la muestra correspondía al sexo femenino y el restante al sexo masculino. La edad promedio 85 años, el de menor 72 años y el de mayor 97 años. Se estimó que el 10% de los participantes contaba con primaria incompleta, mientras que el 37% tenían la primaria completa, y el 53% restante obtuvieron una educación profesional a nivel técnico.

Grado de deterioro cognitivo

En la preintervención los participantes se encontraban con un deterioro cognitivo severo o moderado; para la segunda medición el porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo severo y moderado disminuyó a tener un grado de deterioro cognitivo leve y sin deterioro; para la tercera medición el porcentaje de participantes con deterioro cognitivo severo permaneció igual que en la medición anterior; el porcentaje de ancianos sin deterioro cognitivo disminuyó y aumentaron los de deterioro cognitivo moderado y leve (gráfica I).

Gráfica I. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores en cada medición.



Fuente: MEC aplicado en dos estancias geriátricas de Aguascalientes, 2018.

Tras realizar la comparación de las mediciones utilizando la prueba de Wilcoxon, se obtuvieron valores por debajo del nivel de significancia estimado (0.05), mostrando estadísticamente los beneficios que proporciona la ludoterapia en el deterioro cognitivo de los adultos mayores, además de que dicho mejoramiento perdura después de seis semanas finalizada la intervención (tabla 1).

En la gráfica II se muestran las medianas de los puntajes obtenidos, se puede observar que, al finalizar el programa de ludoterapia los participantes obtienen un incremento positivo en el puntaje contrastado con la medición preintervención, mientras que la comparación con la tercera medición indica un declive en el puntaje dado por el tiempo transcurrido de la aplicación del programa (6 semanas); sin embargo, los

beneficios siguen siendo positivos en relación al puntaje de la medición preintervención.

Se evidenció que la dimensión con mayor beneficio fue la atención y cálculo mostrando mayor desempeño en las mediciones posteriores a la intervención, mientras que la dimensión menos beneficiada la de recuerdo diferido; por otra parte, la dimensión de fijación del recuerdo no se vio modificada, manteniéndose en los mismos valores en las tres mediciones; lo precedente, nos revela que la ludoterapia mejora y mantiene los procesos cognitivos de los adultos mayores (tabla 2).

Discusión

El juego se incorporó en un principio a la psicoterapia infantil como un medio para desarrollar y mejorar la relación terapéutica y resolver dificultades psicosociales en la niñez. A pesar de que, Louise Guerney incluía a los padres en la terapia de juego, no eran considerados como agentes de cambio; no obstante, encontraron que la participación de los padres es uno de los factores clave del éxito terapéutico, así, Schaefer buscando extender los enfoques de la terapia de juego hace hincapié en

Tabla 1. Medianas del puntaje obtenido por los adultos mayores en cada medición.

	Mediana	Desv. estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Min	Máx	Valor p
				LI	LS			
pre intervención	18.00	6.056	1.389	13.77	19.60	3	23	.0001*
pos intervención inmediata	23.00	6.576	1.509	18.20	24.54	8	30	.0002**
pos intervención tardía	21.00	6.274	1.439	16.13	22.18	5	38	.0004***

Desv: desviación; LI: límite inferior; LS: límite superior; Mín: mínimo; Máx: máximo.

Prueba Wilcoxon *Comparación Pre y posintervención inmediata; **Comparación pre y pos intervención tardío;

***Comparación pos intervención inmediato y tardío.

Fuente: MEC aplicado en dos estancias geriátricas de Aguascalientes, 2018.

que las funciones del juego se encuentran a lo largo del ciclo vital para mantener el equilibrio emocional y la conexión con los otros. Para, Martin Seligman y Leonore Terr, los tres pilares primordiales de la salud mental son el amor, el trabajo y el juego. Por otro lado, Havighurst en su teoría psicosocial del envejecimiento nos dice que la disminución de las actividades y el aislamiento social genera efectos negativos sobre

el anciano ocasionando deterioro cognitivo.⁶

Respecto a los resultados obtenidos tras la intervención lúdica al adulto mayor con deterioro cognitivo en investigaciones previas, Bárcenas, et al., encontraron que la ludoterapia modifica el deterioro cognitivo con una diferencia de $t=4.77$, $p=.000$ con mayor beneficio en la dimensión de orientación espacial,⁹ en contraste, obtuvimos una diferencia de $W=-3.845$, $p=.0001$

y mayor desempeño en la dimensión de atención y cálculo. Rozo, *et al.*,⁸ registraron también mayor desempeño en la dimensión de atención, pues se ejercita con facilidad al realizar cualquier actividad; de igual manera, reportaron dimensiones que no presentaron diferencias manteniendo una homogeneidad en las medias¹⁰, como la de fijación del recuerdo en esta investigación.

Calero M. y Navarro E⁹ mencionan que los efectos de la intervención no sólo se observan tras la participación en los mismos, sino que, la puntuación se mantiene estable a largo plazo,¹¹ en contraposición, encontramos un declive en el puntaje; sin embargo, los beneficios siguen siendo positivos a las seis semanas terminada la intervención.

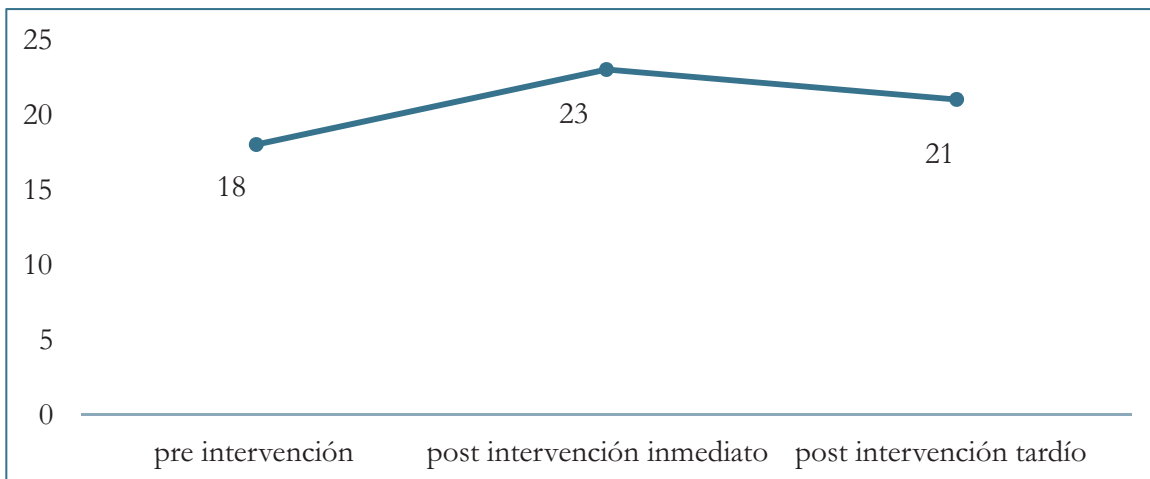
Tabla 2. Medias del puntaje obtenidas por los adultos mayores en cada dimensión del MEC

Medición	Orientación		Memoria		Atención y cálculo	Lenguaje
	T	E	FR	RD		
Preintervención	2.26	2.53	2.68	1.21	1.47	6.53
Posintervención inmediata	2.84	3.58	2.68	1.74	3.21	7.26
Posintervención tardía	2.53	3.11	2.68	1.63	2.16	7.05

T: temporal; E: espacial; FR: fijación del recuerdo; RD: recuerdo diferido.

Fuente: MEC en dos instituciones de Aguascalientes, 2018.

Gráfica II. Medianas del puntaje obtenido por los adultos mayores en cada medición.



Fuente: MEC en dos instituciones de Aguascalientes, 2018

Conclusión

Los enfoques de la terapia de juego han comenzado a extenderse más allá de la dinámica de los niños en la disciplina de la psicología,

como en el presente estudio se recomienda utilizar las propiedades del juego en la disciplina de enfermería para mantener socialmente activo al adulto mayor con deterioro cognitivo, se demostró que el juego favorece la descarga

de energía y tensión facilitando el proceso de estimulación cognitiva, evidenciando mayor desempeño en la dimensión de atención y cálculo en mediciones posteriores a la aplicación del programa, además, tal efecto perdura después de seis semanas de la intervención; pese a que, los beneficios son en menor proporción, se sugiere, la estimulación cognitiva con actividades lúdicas permanentes y de forma prolongada para evitar declives en el funcionamiento cognitivo del adulto mayor. Por esta razón, se aconseja hacer uso de la ludoterapia como herramienta de enfermería para brindar un cuidado integral, promover el bienestar físico y mental de los adultos mayores usuarios de los centros de reposo con el objetivo de disminuir el deterioro cognitivo.

Investigación realizada en el Asilo San Vicente y Estancia Geriátrica Villas Juan Pablo. Aguascalientes, Aguascalientes. 🌐

Referencias

1. **Alvarado AM, Salazar AM.** Análisis concepto envejecimiento. Gerokomos. [internet]. [Citado 15 mayo 2019], 2004;25(6):57-62. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
2. **Arriola E, Carnero C, Freire A, López R, López JA, Manzano S, et al.** Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor: Documento de Consenso. [Internet]. Madrid: IMC (International Marketing and Communication), 2017. [Citado 15 mayo 2019]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Consenso_deteriorocognitivoleve.pdf
3. Con demencia, alrededor de 800 mil adultos mayores en México; 8 de cada 10 es por Alzheimer: SSA. [Internet]. México: Proceso; 2018. [Citado 15 mayo 2019] Disponible en: <https://www.proceso.com.mx/534234/condemencia-alrededor-de-800-mil-adultos>
4. **Andreu G.** Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento. Rev Cuba Invest Biomed [Internet] [Citado 15 mayo 2019]2003;22(1):58-67. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002003000100008&>
5. **Carrera B, Mazzarella C.** Vygotsky: enfoque sociocultural. Educere 2001;5(13): 41-4.
6. **O'Connor KJ.** Manual de terapia de juego. 2ª. ed. México: Manual Moderno, 2017.
7. **Bárcenas A, Shoup A, Gómez JP.** Efecto de la ludoterapia en el deterioro cognitivo de los adultos mayores. [Tesis pregrado]. Aguascalientes: Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2017.
8. **Rozo V, Rodríguez O, Montenegro Z, Dorado C.** Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. Rev Chile Neuropsicol [Internet] [Citado 15 mayo 2019] 2016;11(1):12-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179346558004.pdf>
9. **Calero MD, Navarro E.** Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. Clínica y Salud. [Internet][Citado 15 mayo 2019] 2006;17(2):187-202. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v17n2/v17n2a04.pdf>
10. **Llamas S, Contador I, Llorente L, Bermejo F.** Spanish versions of the Minimental State Examination (MMSE). Questions for their use in clinical practice. Rev Neurol 2015;61(8):363-71.
11. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.** DOF. [Internet]. 2014 [citado 15 mayo 2019]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
12. **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.** [Internet]. 2002 [Citado 15 mayo 2019] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/elsinki.pdf



Nurse´s experiences in performing their professional role

Experiencias de los enfermeros en el desempeño de su rol profesional

Javier Zaragoza-Merino,¹ Luis A. Regalado-Ruiz,² María Á. Godínez-Rodríguez²

Abstract

Introduction: more and more men decide to practice the nursing profession, which implies changes in the nurses' own vision of their performance.

Objective: to describe the experiences of nurses in the performance of their profession.

Material and methods: qualitative research design, descriptive phenomenological cut was used. A semi-structured interview was conducted with eight male nursing professionals who work in some role in the nursing profession.

Results: the majority of the nurses interviewed stated: it is a challenge to be in nursing in the current social context, due to unfavorable opinions regarding their performance. However, they also coincide in feeling identified with the career, care and work of nursing.

Conclusions: male nursing professionals still face several challenges in the way of a full recognition of their professional work.

Keywords: nurses, phenomenology, perception, professional role.

Citación: Zaragoza-Merino J., Regalado-Ruiz L., Godínez-Rodríguez M. Experiencias de los enfermeros en el desempeño de su rol profesional. Rev Enferm Neurol. 2020;19(1):pp. 32-37.

Correspondencia: Javier Zaragoza Merino
Email: zaragozamerinojavier@gmail.com

¹ Pasante de la licenciatura en enfermería, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, MVS, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

² Profesor de la Carrera de enfermería, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Recibido: 3 de septiembre 2019

Aceptado: 18 de diciembre 2019



Resumen

Introducción: cada vez son más los hombres que deciden ejercer la profesión de enfermería, lo cual supone cambios en la visión que tienen los propios enfermeros sobre su desempeño.

Objetivo: describir las experiencias de los enfermeros en el desempeño de su profesión.

Material y métodos: se empleó un diseño de investigación cualitativa, de corte fenomenológico descriptivo. Se realizó una entrevista semiestructurada a ocho profesionales de enfermería de sexo masculino que se desempeñan en algún rol de la profesión de enfermería.

Resultados: la mayoría de los enfermeros entrevistados manifestaron: es un reto estar en enfermería en el contexto social actual, debido a las opiniones desfavorables respecto a su desempeño. Sin embargo, también coinciden en sentirse identificados con la carrera, cuidado y quehacer de la enfermería

Conclusión: los profesionales de enfermería varones se enfrentan aún con varios retos en el camino de un reconocimiento cabal de su quehacer profesional.

Palabras clave: enfermeros, fenomenología, percepción, rol profesional.

Introducción

El cuidado de los enfermos se les adjudicó a las mujeres desde los inicios de la humanidad. En el momento que se definieron los roles en las estructuras de organización, estaban vinculadas con el instinto maternal, que les permitía otorgar un cuidado cálido y empático.¹

La enfermería se ubica en el tercer lugar de profesiones más respetadas y valoradas por la sociedad en México, considerado así en la Encuesta sobre la Percepción Pública de la Ciencia y Tecnología 2017.² De acuerdo con una encuesta realizada por el INEGI la población ocupada como enfermera o enfermero, es de 475 mil 295 personas a junio de 2015. De ellos, el 85 % son mujeres, y el resto representado por el sexo masculino, ahora, se ha comenzado a involucrar

cada vez más en esta disciplina, colaborando en el reconocimiento de enfermería.³

Sánchez A.⁴ analizó desde la perspectiva de género, las relaciones profesionales que se establecen en un ámbito intrahospitalario entre enfermeras y enfermeros durante la práctica del cuidado, el autor identificó que el rol del enfermero es marcado por la existencia de conflictos que dieron a conocer las enfermeras, por ejemplo, la despreocupación en el empleo del cuidado, asumir el rol del médico y la ausencia de detalles en el cuidado.

En otro estudio, las enfermeras expresan que los hombres elijen la carrera por conveniencia, pues con el paso del tiempo ellos se vuelven más administrativos que operativos, además, son

vistos como fuerza física para movilizar o hacer algún otro trabajo que necesite fuerza.⁴

Respecto a las diferencias naturales que existen entre ambos sexos, Gallego⁵ menciona que las mujeres son más afectivas y tienden a ayudar a los demás, por eso, los trabajos sanitarios o los servicios sociales tienen más presencia femenina. En contraste, los hombres son más prácticos, buscan el valor económico de las cosas y quieren obtener resultados inmediatos. Carnevale⁶ identifica cuatro aspectos a tomar en cuenta en la valoración del desempeño de los hombres en la enfermería, a decir de la exclusión, sesgo de género, expectativa de carrera y aceptación. Stanley⁷ dio a conocer que las percepciones erróneas más comunes sobre los hombres es que no son aptos para la profesión y menos compasivos que las mujeres. Con base en lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo describir las experiencias de los enfermeros en el desempeño de su profesión.

Material y métodos

Se trata de una Investigación cualitativa que considera el método fenomenológico de Husserl, se basa en la experiencia personal y considera cuatro aspectos principales: temporalidad, espacialidad, corporalidad y comunidad.⁸ La investigación se realizó en un grupo de ocho profesionales enfermeros que se encuentran ejerciendo algún rol profesional de enfermería, elegidos por conveniencia. Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, grabada, transcrita y codificada. Para el análisis de la información se empleó la propuesta de Miles y Huberman ellos consideran que los análisis de datos cualitativos tienen tres momentos: reducción de datos, disposición

y transformación de los mismos, por último, obtención de resultados y verificación de conclusiones.⁹ A las personas informantes se les solicitó su consentimiento informado, manifestándoles el cuidado que se tendría con la confidencialidad de la información proporcionada.

Resultados

Se construyeron dos categorías, la primera se denomina limitaciones en el desarrollo profesional, conformada por dos subcategorías: retos de la profesión y limitaciones de género. La segunda categoría se denominó como avances en el desarrollo profesional, que está conformada de dos subcategorías: ventajas de ser enfermero y satisfacciones de ser enfermero.

1.Limitaciones en el desarrollo profesional

1.1 Retos de la profesión: se toma como un reto, un objetivo o empeño difícil de llevar a cabo y que constituye un estímulo y un desafío para quien lo afronta en la carrera de enfermería.¹⁰

Ángel:

[...] un reto para mí fue estar dentro del equipo de formación interprofesional porque hay médicos, a mí me costó mucho trabajo que se reconociera la importancia que tiene un enfermero [...]

Fernando:

[...] técnicamente somos una profesión nueva, joven, tiene poco que pasamos de ser un oficio a ser una profesión, estamos en un periodo de transición y evolución, en el cual todavía hay muchas cosas que trabajar, el reconocimiento social, la profesionalización [...]

1.2 Limitaciones de género: son aquellas circunstancias o condiciones propias del sexo que limita, impide o dificulta su desarrollo.¹⁰

Julio:

[...] a veces nosotros los hombres dentro de la carrera tenemos limitaciones, ya que, es una carrera de predominio femenino, cuando fui jefe, me decían dos, tres compañeras ¿por qué un hombre?; me cuestionaron mucho [...]

Ricardo:

[...] al ser hombre se nos atribuye la falta de responsabilidad y la carencia de compromiso [...]

2. Avances en el desarrollo profesional

2.1 Ventajas de ser enfermero: se puede definir como una condición favorable que alguien tiene respecto de otra persona.¹⁰

Fernando:

[...] A mí me pasa que, al enlazarme a un campo clínico, la jefe es mal encarada, mal humorada y ha tratado indebidamente a mis compañeras mujeres, conmigo son muy amables, y en equipo colaborativo las enfermeras prefieran trabajar con hombres [...]

1.2 Satisfacción profesional

La satisfacción es la concordancia entre las personas y rol que desempeña, y esta puede ser intrínseca o extrínseca, la primera hace referencia al cargo o actividades que realiza, junto con la percepción de las personas respecto al trabajo hecho por el profesional; la segunda, se relaciona con las prestaciones y el salario. Los logros son variantes de la satisfacción que de igual manera son intrínsecos y extrínsecos relacionados a la profesión.¹¹

Julio:

[...] me siento muy feliz al ser enfermero, la verdad creo que no pude haber hecho otra cosa mejor, creo que uno elige lo que quiere, uno escoge donde quiere estar, da todo lo que tiene para llegar a ese lugar y yo realmente he dado todo para enfermería, porque enfermería me ha dado todo [...]

Luis:

[...] enfermería llegó a mi vida en el mejor momento, me ha dado satisfacciones personales, profesionales, laborales y económicas. Me siento contento de ser enfermero [...]

Fernando:

[...] Me siento feliz de poderme dedicar a lo que me gusta y me siento muy contento y muy satisfecho y orgulloso de ser enfermero, me genera muchas emociones positivas [...]

Discusión

Martínez DJ.¹² menciona que hay que proponerse el desarrollo profesional, aspirar a un proceso de mejora continua en conocimientos, habilidades y capacidades, con esfuerzo propio, dentro de las diversas funciones de enfermería, ya sea, asistencial, docente, en investigación o gestión. Este crecimiento personal tiene en cuenta las experiencias, conocimientos, talentos, capacidades y oportunidades.

En este análisis, se identificó el compromiso que tienen los enfermeros para con la disciplina, resaltando la búsqueda de áreas de oportunidad para que la carrera goce de un mayor reconocimiento. Pese a encontrarse en desventaja frente a otras carreras, ya que tienen dificultades para obtener un cargo importante, sólo por el hecho de ser enfermeros.

Osses C.¹³ refiere que el ingreso de hombres a la profesión ha generado una reestructuración del pensamiento enfermero tanto en los profesionales como en los docentes, e inclusive en el equipo de profesionales y los usuarios.

Para suerte de los hombres, han sido bien acogidos por la mayoría de estos, gozando de algunos beneficios al ser minoría. Lo anterior, también fue observado en el presente trabajo, cuando los informantes mencionaron algunas de las ventajas de ser enfermero.


De manera particular, se alude a la solidaridad de las mujeres que ocupan posiciones de autoridad. Williams C.¹⁴ comenta que los enfermeros, por ser varones, llevan consigo sus privilegios de género, tornando los efectos de ser minoría, en situaciones favorecedoras.

Carnevale T.⁶ Dice que la satisfacción representa un aspecto importante para la aceptación de una profesión, definiéndolo como un factor motivador provocando que la persona que ejerce la profesión afiance su identidad profesional o la niegue. En los hallazgos podemos percibir con base en los discursos a enfermeros con satisfacciones personales, sociales y emocionales, derivado de sus logros académicos y profesionales.

Conclusión

A pesar de los diversos obstáculos que enfrentan los enfermeros en el desempeño de su profesión, de manera general existe una idea de satisfacción con las posibilidades y logros que la enfermería les ha brindado. Se sienten identificados con su profesión y muestran orgullo de pertenencia, manifestando que la identidad se va adquiriendo paulatinamente conforme se conoce y se desenvuelve dentro de la carrera. Con su esfuerzo han ganado espacios y logrado destacar lo cual ha fortalecido dicha identidad.

Los profesionales en enfermería coinciden en adoptar un compromiso profesional que va más allá del reconocimiento y empoderamiento de la profesión en el área de la salud. Se busca también el crecimiento individual y el deseo arduo de formar parte de una generación que consolide los anhelos de la profesión. Desde el punto de vista biológico los hombres y mujeres difícilmente alcancen la igualdad; se pretende llegar a un estatus de equidad donde ambos se

reconozcan por tener las mismas capacidades y ser competentes para brindar un cuidado de calidad y calidez. 

Referencias

1. **Bernalté MV.** Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enferm Global* 2015;14(8):15-6.
2. **Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** EvalPercepción sobre ciencia y tecnología en México. INEGI. 2015 <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015>.
3. **Mejía X.** Faltan 255 mil enfermeras en México; escasez de plazas. *Excelsior*. 2018. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/faltan-255-mil-enfermeras-en-mexico-escasez-de-plazas/1258135>.
4. **Sánchez SA.** Percepción de las relaciones de género entre profesionales de enfermería en un ámbito hospitalario. Tesis inédita de licenciatura en enfermería. 2012. Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM, Estado de México.
5. **Gallego GJ.** Discriminación de género en la profesión de enfermería. Tesis de maestría. 2009. Universidad de Salamanca.
6. **Carnevale T, Priode K.** "The good ole girls nursing club". *Them all student perspective*. *J Transcult Nurs* 2018;29(3):285-99.
7. **Stanley D, Beament T, Falconer D.** Them all of species; a profile of men in nursing. *J Adv Nurs* 2016;72(5):1155-68. <https://search.proquest.com/docview/1780512727?accountid=k1598>.
8. **Álvarez J.** *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. 1ª. Edición, México. Paidós Educador, 2003.
9. **Rodríguez C, Lorenzo O, Herrera L.** Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Rev Intern Cien SocHuman* 2005;XV(2):133-54. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>.

10. **Real Academia Española.** Diccionario de la lengua española. 2019. Ed. 22. <https://dle.rae.es/reto>.
11. **Andrade V.** Identidad profesional y el mundo del trabajo contemporáneo. Reflexiones desde un resumen de caso. *Athena Digital* 2014;14(2). <file:///C:/Users/Javier%20Zaragoza/Downloads/1143-4742-4-PB.pdf>.
12. **Martínez DJ.** El desarrollo profesional y la colaboración docente. Un análisis situado en el contexto español de las tensiones y fracturas entre la teoría y la práctica. *Arch Analíticos Pol Educa* 2017;25(117):1-29. <http://www.redalyc.org/pdf/2750/275050047093.pdf>.
13. **Osses C, Valenzuela S, Sanhueza A.** PreHombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global*. 2010. No.18:1-7p.
14. **Williams C.** *CalidaStill a man's word. Men who women's work*. 1a. Edición, United Stated. University of California Press. 1995.



The philosophy of complementary medicine

La filosofía de la medicina complementaria

Julio Hernández-Falcón,¹ Adela Alba-Leonel²

Abstract

Seeing health care as a systemic vision allows us to integrate the different types of treatments that help us take into account the relationships between different sectors of the health care system, which connects us to see the human being as a system and do not see it as it is today, as part of systems to which they belong and with which it is in continuous relationship.

Health professionals should have a greater view of the diversity of treatments where complementary therapies are included as part of health care.

Complementary medicine includes various philosophical orientations and many of these have a broad scientific and cultural foundation. However, much of the epistemological basis of its application is not yet fully known, nor is it taken into account from the point of view of medical practice. Today, we are in the midst of a severe and decisive crisis. On the one hand, public admiration for the scientific and technological advances of medicine. On the other hand, public discontent with those who practice medicine at the interpersonal level, which has increased the demand for complementary medicine.

Keywords: philosophy, complementary medicine, acupuncture, homeopathy, herbal.

Citación: Hernández-Falcón J., Alba-Leonel A. La filosofía de la medicina complementaria. Rev Enferm Neurol. 2020;19(1):pp. 38-45.

Correspondencia: Adela Alba Leonel
Email: adelaalbaleonel65@gmail.com

¹ Mtro. en Ciencias en Enfermería. Profesor de Carrera Asociado "C".

² Dra. en Ciencias de la Salud campo disciplinar Epidemiología. Profesor de Carrera Asociado "C". Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

Recibido: 12 de septiembre 2019

Aceptado: 12 de diciembre 2019



Resumen

Ver la atención de la salud como una visión sistémica nos permite integrar los diversos tipos de tratamientos que ayudan a tomar en cuenta las relaciones entre los diferentes sectores del sistema de atención en salud, lo que permite ver al ser humano como un sistema y no como hasta hoy, como parte de sistemas a los que pertenecen y con los que está en continua relación.

Los profesionales de la salud deben tener una mayor visión de los múltiples tratamientos, donde se incluyan las terapias complementarias como parte de la atención en salud.

La medicina alternativa incluye variadas orientaciones filosóficas y muchas de estas tienen un amplio fundamento científico y cultural. Sin embargo, gran parte de la base epistemológica de su aplicación aun no es conocida del todo, así como tampoco es tomada en cuenta desde el punto de vista de la práctica médica.

Hoy, nos encontramos en medio de una crisis severa y decisiva. Por un lado, la admiración pública por los adelantos científicos y tecnológicos de la medicina. Y por el otro, el descontento público con los que practican la medicina a nivel interpersonal, lo cual ha incrementado la demanda de la medicina complementaria.

Palabras clave: filosofía, medicina complementaria, acupuntura, homeopatía, herbolaria.

Medicina complementaria

La medicina complementaria incluye diversas orientaciones filosóficas y muchas de estas tienen un amplio fundamento científico y cultural. Sin embargo, es importante mencionar, que gran parte de la base epistemológica de su aplicación aun no es conocida del todo, así como tampoco es tomada en cuenta desde el punto de vista de la práctica médica. Los profesionales de la salud deben tener una mayor visión de la diversidad de tratamientos donde se incluyan las terapias alternativas como parte de la atención en salud.

Derivado de la investigación basada en evidencias, se ha ido incorporando la medicina

complementaria a los sistemas de salud.

El poseer una visión sistémica de la salud permite tener una visión totalizadora del ser humano, donde no se acepta su fraccionamiento y no lo aísla de su entorno. De igual forma, ver la atención de la salud, del mismo modo, pues esto favorece la integración de los diferentes tipos de tratamientos que nos ayudaran a tomar en cuenta las relaciones entre los diversos sectores del sistema de atención en salud, esto permite reconocer al ser humano como un sistema y no como parte de sistemas a los que pertenecen y están en continua relación.

Asimismo, si interpretamos a la salud como aquella situación donde los parámetros anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y de imágenes se

encuentran dentro de los límites considerados como normales de acuerdo con estudios estadísticos, obtenidos en ciertos grupos de habitantes y aplicados de forma universal a la población, y a la enfermedad como la situación en la que los factores salen de los límites establecidos como normal.

Es importante señalar que una persona puede sentirse bien, y aunque sus valores hematólogicos, urinarios, radiológicos u otros, no se encuentran dentro de los criterios establecidos como normales o bien puede ocurrir la situación opuesta, es decir, la persona, se siente mal, pero todos los valores, estudios e imágenes sean “normales”. En el primer supuesto, lo más común es que se otorgue o brinde tratamiento con el fin de “normalizar” a la persona, y en el segundo, lo más habitual, es decir, tiene problemas de orden personal o psicológico, mental o simplemente ser hipocondríaco.

Esta visión sistémica del ser humano, de la atención y de la medicina del profesional de salud permitirá y promoverá la recuperación de las funciones naturales de la persona enferma, dando lugar a que el organismo haga su proceso de autocuración o bien de autoorganización, propiedad que tiene todo ser vivo, permite mantener su estructura y orden dentro de un estado de movimiento permanente. Dentro de éste, se observa no sólo en las partes del cuerpo, sino también, en la parte más interior, como son las células donde ocurren miles de millones de reacciones químicas y se interrelacionan entre las diferentes partes del ser; con el propósito de mantener la vida y favorecer la supervivencia, autocuración, desarrollo, evolución y la creación de otros seres.

A partir de la visión sistémica, la medicina complementaria, es reconocida su existencia a nivel mundial dentro del sistema de salud. De

igual forma, se reconoce su diversidad y características, como en China, ayurveda; la India, unaní-árabe, el mesoamericano y el occidental, entre otros.¹

Bajo esta visión la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteo estrategias para el aprovechamiento de los aportes que ofrece la medicina alternativa (modelos clínico-terapéuticos y de fortalecimiento de la salud) y ante todo limitar sus riesgos. Por lo precedente, se requiere fortalecer la investigación, identificar las evidencias en torno a la eficacia y seguridad, de igual manera, sirve para combatir los prejuicios existentes en torno a estas prácticas terapéuticas y permita construir protocolos y estrategias que faciliten su aprovechamiento en los servicios de salud. Para esto, es necesario reactivar procesos para validar diferentes modelos clínico-terapéuticos y de fortalecimiento de la salud que cumplan los criterios de eficacia comprobada, seguridad, costo-efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales, por último, aceptabilidad social.

Ahora, nos encontramos en medio de una crisis severa y decisiva. Por un lado, la admiración pública por los adelantos científicos y tecnológicos de la medicina. Por el otro lado, hay un descontento público con los que practican la medicina a nivel interpersonal, la cual ha aumentado de manera vertiginosa.

Desde el punto de vista filosófico la medicina llamada occidental acoge la filosofía naturalista de los presocráticos, la teleología aristotélica y recién la corriente vitalista. Es a partir del siglo XVII que la medicina incorpora los avances científicos y sus formas de acceder al conocimiento -método científico-. Es de destacar la aportación del informe Flexner (1910) como parteaguas de la medicina científica.

El naturalismo filosófico se basa en que los conocimientos dependen de la interpretación

de las leyes de la naturaleza, es por ello por lo que para los naturalistas filosóficos todo lo real es natural y rechazan la idea de la existencia de lo sobrenatural. Así, todo lo que ocurre es real y se puede explicar a través de la investigación científica, es decir, los problemas del ser humano se deben a su origen genético, entorno y clase social. Por consiguiente, la OMS establece como estrategia desarrollar investigación de la medicina complementaria.

Del mismo modo, el vitalismo es una doctrina filosófica que defiende la vida por encima de todo. Por la tradición e historia cultural, las llamadas medicinas complementarias han avanzado en los últimos años. En los Estados Unidos de Norteamérica, asciende a 425 millones las visitas a establecimientos de medicina complementaria, cifra que supera al número de visitas a los consultorios médicos convencionales (388 millones).²

En 1993, el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos Norteamérica creó la oficina de medicina alternativa. En Europa a finales del 2014 se fundó la Sociedad Española de Salud y Medicina Integrativa (SESMI) anticipándose en su denominación al nuevo concepto de salud integrativa.

Hoy las personas enfermas buscan profesionales con amplios conocimientos científico-técnicos, de igual manera, atención médica y un cuidado holístico donde este se fundamente en el trato humano. En ocasiones, la salud no sólo se logra por el uso de medicamentos y la tecnología avanzada, sino además, otorgar terapias complementarias y brindar cuidados con humanismo. Las personas desean que las vean como personas, no como enfermedades o como “el paciente de la 405”. Generalmente, los pacientes necesitan hablar y explicar de su vida y estilos, por lo que, requieren ser escuchados y apoyados. Es preponderante, contar con su opinión y ser respetados e

informados con veracidad de todas las opciones.³

La medicina integrativa, es la suma de la medicina convencional y alternativa; en Europa se ha denominado, como medicina biológica.

“La medicina integrativa es la medicina orientada a la curación, que tiene en cuenta la persona en su totalidad (cuerpo, mente y espíritu), incluyendo todos los aspectos del hombre. Enfatiza en la relación terapéutica y hace uso de todas las terapias apropiadas, tanto convencionales como alternativas”.

Por lo que, los principios de la medicina integrativa son:

- Comunicación entre paciente y profesional de salud.
- Uso adecuado de métodos de tratamiento convencional y alternativo.
- Considerar todos los factores que se asocian con la salud-holística.
- Mantener una filosofía abierta y crítica a las diferentes alternativas terapéuticas incluida la alopátia.
- Sustentar las buenas prácticas con evidencia científica; favorecer y fortalecer la investigación.
- Usar medicinas naturales y fomentar el menor uso de las invasivas.
- Ampliar la prevención y tratamiento de las enfermedades.
- Fortalecer la autoexploración y autoevaluación de modelos de atención a la salud y su práctica.⁴

Por lo anterior, les presentamos algunas de las características de las opciones de la medicina complementaria:

Homeopatía

Tiene una tradición de más de 200 años, es producto del pensamiento alemán y no sólo

comparte un lenguaje común a la alopatía; sino el rigor de la medicina científica y la experimentación en seres humanos. Samuel Hahnemann resalta la importancia del examen individualizado de las personas con ausencia de prejuicios, sentidos perfectos, atención y fidelidad en el trazo de la enfermedad. Que podría traducirse en términos actuales como: tolerancia, plena atención y verdad. La homeopatía se sustenta en el experimento puro, la visión vitalista, la ley del semejante e individualista del paciente.

A finales del siglo XIX James Tyler Kent homeópata estadounidense hace nuevas aportaciones en su *Órganon del arte de curar* como parte de su filosofía homeopática. De esta forma, plantea que, “las enfermedades corresponden a las afecciones del hombre, y las que están sobre la raza humana hoy, son una expresión exterior del interior del hombre”. Kent plantea que la homeopatía está fundada en un orden divino y la enfermedad resulta de la transgresión de ese orden.

Emmanuel Swedemborg nacido en Suecia en 1688, encontró que la homeopatía es un sistema que concuerda con la idea religiosa. Para Swedemborg la correspondencia del mundo espiritual y el material es importante, tal y como señala el vitalismo. La naturaleza esencial del hombre procede de la voluntad y el entendimiento. De manera que, el homeópata no debe tratar solo el cuerpo físico sino también su mente y esencia espiritual.⁵

En México, la homeopatía fue institucionalizada a través de dos procesos fundamentales; el primero de ellos se da con la creación del Hospital Nacional Homeopático en 1893 y la carrera de medicina homeopática en 1985. No obstante, en otros países se ha avanzado en su reconocimiento como una verdadera terapia complementaria a través de un método clínico eficaz y seguro, que

no produce repercusiones secundarias indeseables, los esfuerzos aún son escasos como el emprendido en el 2011, por el Centro Especializado en Medicina Integrativa (CEMI) con sede en la Ciudad de México, el cual opera como la primera clínica del país de forma conjunta con la medicina convencional de la herbolaria, la homeopatía, acupuntura y fitoterapia. De acuerdo con cifras oficiales, este modelo de atención clínica ofreció tratamiento a cerca de 40 mil personas durante su primer año de vida.⁶ Ahora, se ha incrementado la demanda de este tipo de terapias.

Ayurveda

Una parte de la medicina China y más antigua. Bajo su filosofía une la naturaleza y sus efectos en nuestro cuerpo. De manera que, la salud es la armonía entre el cuerpo, mente y espíritu y no sólo manifestaciones individuales. Para el ayurveda parte de los cinco elementos, que forman bloques con los seres vivos: espacio, aire, fuego, agua y tierra. Cada elemento representa una función en el cuerpo. De la misma forma, existe una clasificación de personalidades -energías básicas o humores- llamadas *Doshas Vata, Pitta y Kapha*. Todos formamos parte de las *Doshas*; sin embargo, una o dos son predominantes.

No sólo se trata de ser como somos al nacer, ya que existen factores exteriores- dieta, actividad, entre otros, que influyen y mantienen el equilibrio de las *Doshas*.

Todo guarda una armonía y tiene efecto sobre nosotros. Cuando se presenta un desequilibrio, lo primero es desintoxicar el organismo eliminando toxinas y malos pensamientos.

La medicina ayurvédica indica que se debe seguir un estilo de vida global, alejado de las toxinas y de todos los factores que puedan intoxicar el organismo.⁷

Algunos principios son:

- Se debe de llegar a un estado de equilibrio único.

- Se debe eliminar la causa del problema. Primera línea de defensa.

- Si hay desequilibrios remanentes después de quitar la causa de la irritación, se genera el equilibrio usando opuestos.

- Siempre debe apoyarse el “fuego digestivo”, gracias al cual los nutrientes pueden ser absorbidos y los elementos de desecho eliminados.

En la India la práctica contemporánea del ayurveda, conlleva así el desafío de coordinar dos referentes culturales distintos: la matriz hindú del sistema médico del ayurveda y la europea-moderna con los marcos regulatorios e institucionales.

La combinación de referentes tradicionales y modernos resulta inevitable en el contexto transcultural contemporáneo, no sólo de países como la India o México.

De este modo, emergen espacios de hibridación en el encuentro clínico, puesto que no son reemplazos ni traducciones.

Acupuntura

Es una de las terapias complementarias médicas de tradición china natural y se contempla la cultura. Dado su carácter de autosuficiente y nativa de la medicina China a partir de la segunda mitad del siglo XX, recibe un impulso a través de la primera generación de profesores a partir del modelo tradicional de discípulo-maestro. La acupuntura se fundamenta en la religión taoísta y pretende lograr el equilibrio entre la totalidad del organismo y el universo. Esta propuesta se asienta en la existencia del *Qi*, se traduce en que todo es energía en sus diferentes patrones de organización y condensación, de tal suerte, el ser humano posee

dimensión espiritual, mental, emocional y física.

En su base la medicina tradicional China -que incluye la acupuntura- reconoce el Tao como una ley divina, según la cual se tejen los lazos entre el microcosmos y el macrocosmos -el *Yin* y el *Yang*-, constituyendo los dos lados dialécticamente contrarios de todas las cosas, estableciendo el inicio de todos los objetos y seres del universo.

*“todas las facetas de la creación forman un todo unificado y se rigen por las mismas leyes, el holismo se expresa en la interacción mutua, el control recíproco, interdependencia, equilibrio dinámico y la transformación mutua del Yin y el Yang”.*⁸

El yin es la esencia interna del cuerpo base de todo crecimiento y desarrollo. El *Qi* encierra una sustancia que provee las actividades vitales del cuerpo humano. Por su parte, el espíritu *Shen* encierra la suma de los aspectos emocionales, psicológicos y espirituales. El *Yin*, el *Qi* y el *Shen* son inseparables subsistiendo o agotándose. En su carácter preventivo la medicina tradicional China postula *“el médico superior trata la enfermedad antes que se produzca”*.

A partir de la observación detallada el médico tradicional chino establece el aumento o desequilibrio del *Yin* y el *Yang*; procediendo a localizar los puntos respectivos para equilibrar con el uso de las agujas colocadas en puntos específicos. Es de destacar la existencia de distintos tipos de energía: impura o defensiva, ancestral, la gran energía y energía pura o *Yang*. A pesar de esfuerzos para occidentalizar los conceptos de energía aún se encuentra en dificultad para traducir su naturaleza.⁹

Herbolaria mexicana

En México, se cuenta con una extensa herencia prehispánica, mesoamericana, evidenciada por el Códice de la Cruz-Badiano, que contiene 185 plantas con la descripción de sus características físicas, el modo de preparación como remedio y la manera de empleo en diversas situaciones patológicas.

En la herbolaria, la salud y enfermedad se entienden como un desequilibrio tanto físico como espiritual o energético, por lo tanto, la curación involucra un tratamiento comprensivo para reestablecer el equilibrio.

Más aun el proceso salud enfermedad es entendido como un proceso cultural, en el que interviene como un puente el curandero en un papel de alcance espiritual.


En México, el doctor Erick Estrada Lugo, de la Universidad Autónoma de Chapingo, estima que alrededor del 45% de la población usa exclusivamente 'yerbas' o plantas para tratar sus problemas de salud, mientras el otro 45% complementa el uso de medicina alópata con la herbolaria. Los principales usos de la herbolaria son en: infecciones respiratorias, hipertensión, colitis, gastritis, diabetes y dolor de cabeza.¹⁰

En México, algunas universidades, así como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizan investigación en el área de plantas medicinales y se incluyen ciertos vegetales como medicamentos. Sin embargo, se requiere de un gran esfuerzo para complementar con terapéuticas consensadas por la propia población, de manera que, el paciente y el médico tengan más de una alternativa para procurar su salud.

Es propósito de la filosofía en general plantear problemas y proponer métodos para arribar a la deseable verdad; empero, la lógica del conocimiento no siempre descarta las posibilidades

de lo probable. En la salud convergen la ciencia derivada del pensamiento científico sin que se descarten las posibilidades de otras formas de conocimiento -como el derivado de la cultura, los usos y costumbres- de manera que no se trata de cerrar a una sola posibilidad en la práctica, y en la praxis del cuidado de la salud, es necesario mantener la apertura a la crítica y el pensamiento crítico al que invita la filosofía; creadora y crítica de conceptos.

Conclusión

En pleno siglo XXI la medicina como ciencia aplicada integral del hombre, no detiene su evolución sino sigue explorando la extensa complejidad humana aun oculta. Su preocupación ha sido acerca de sus dudas; sobre todo en el terreno científico; sin embargo, únicamente se ha ofrecido un panorama inicial, con el propósito de favorecer un terreno crítico en el cual fluya la verdad con evidencia científica. El panorama del pensamiento filosófico no sólo recorre la mística científica y sus trampas; si no se atreve a caminar en las nuevas perspectivas del pensamiento oriental salido de su esencia histórico-cultural para revelar que el hombre, es además, universal y espíritu en un continuo cambio. En el fondo, el sufrimiento y la enfermedad se encuentran como un suceso cotidiano en el cual se reclama la máxima...curar a veces, aliviar a menudo calmar o bien, reconfortar.¹¹ Por lo que, es necesario fomentar el menor uso de medicinas invasivas y fortalecer la prevención y tratamiento de las enfermedades de forma oportuna y holística. 

Referencias

1. **SSa** Recuperación histórica de la estrategia de modelos clínico-terapéuticos y de fortalecimiento de la salud. México: Internet [Consultado 20 enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2HG06ZO>
2. **Peña A, Paco O.** Medicina alternativa. Intento de análisis. Lima: An Fac Med 2013;68(1).
3. **Tinao FJ** La medicina integrativa: un nuevo modelo de hacer medicina. Rev Vivo Sano 2017;7. Internet [Consultado 20 enero 2020] disponible en: <https://bit.ly/2V2RCE9>
4. **Bueno M.** ¿Qué es la medicina integrativa? España: Biosalud. Internet [Consultado 20 enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/38Uk3Ig>
5. **Gutiérrez OS.** Aportes de Kent a la filosofía homeopática. (informe). Colombia: Fundación Universitaria Escuela Colombiana de Medicina Homeopática- 2015. Internet [Consultado 20 enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/3bQXCWv>
6. **González GJF .** La homeopatía en el mundo, estado actual y perspectivas. México: Latindex. Edición conmemorativa 80 aniversario 2013. Internet [Consultado 20 enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/39Qz8L0>
7. **Martínez D.** La medicina ayurveda: breve introducción a sus principios. Avantmedic – 2014. Internet [Consultado 20 enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/2HJUrIrl>
8. **Ardila JCP.** La medicina tradicional china en la prevención de la enfermedad. Colombia: Rev Cienc Salud 2015;13(2):275-81.
9. **Núñez ASE, Núñez AJE.** Principios básicos de la acupuntura. Publicaciones científicas. Enfermería Ciudad Real. 2013. Internet [Consultado 20 enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/3bSqhKQ>
10. **Pronapresa.** ¿Qué es la herbolaría? 2014. Internet [Consultado 20 enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/32a88n9>
11. **Marina C.** Crítica de libros. Madrid: Pediatría integral, 2012;16(3). Internet [Consultado 20 enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/2vSvTUH>