

RIDEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



SUMARIO

Editorial

Espacio AEC

La Profesión de la Salud Pública y sus Profesionales. Un reto urgente para fortalecer la práctica de la Salud Pública. Libro blanco

Originales

- Efectos de los videojuegos violentos sobre la agresividad en niños y adolescentes
- Perspectiva de los padres respecto al sobrepeso y la alimentación de su hijo
- Reacciones adversas en pacientes vacunados contra la COVID-19 en Atención Primaria

- Riesgo cardiovascular en adultos con diabetes tipo 2 de un centro de Atención Primaria de México

Revisiones

- Aplicación de la Atención Comunitaria basada en Activos de Salud en la población rural
- Cuidados enfermeros a mujeres maltratadas en el ámbito de la violencia de género

Carta a la dirección

- Profesionalcentrismo: el nuevo paradigma de la gestión humanizada
- Inteligencia artificial y cuidado enfermero: ¿riesgos, desafíos o beneficios?

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

DAE
EDITORIAL

RIdEC

La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

RIdEC es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

RIdEC es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

RIdEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español, portugués e inglés son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



red iberoamericana
DE EDITORACIÓN CIENTÍFICA
en enfermería

Esta publicación está incluida en:



Cuidatge

Dialnet



Dirección editorial, redacción y administración: Difusión Avances de Enfermería (DAE). C/ Manuel Uribe, 13-bajo dcha. 28033 Madrid (España). Teléfono de atención al cliente y suscripciones: **902 22 01 02**

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Personal	36 e	54 e
Instituciones	54 e	67 e
Estudiantes	29 e	36 e

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: <http://www.enfermeria21.com/revista-ridec/normas-de-publicacion-ridec/>
ISSN: 1988-5474

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Dr. Vicente Gea Caballero

EDITORES ASOCIADOS

Dr. José Ramón Martínez Riera
 Dra. Ana Magdalena Vargas Martínez
 Dr. Pablo Alberto Sáinz-Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
 Dra. Edurne Zabaleta del Olmo
 Luis Carlos Redondo Castán
 Dra. Maribel Mármol Lopez
 Dra. M^a José Cabañero Martínez
 Miguel Ángel Díaz Herrera
 Mireia Ladios Martín
 Dr. Raúl Juárez Vela
 Dr. Jorge Casaña Mohedo
 Dr. Antonio Ruíz Hontangas
 Dr. Pablo Martínez Cánovas

Dra. Begoña Pellicer García
 Dr. Jorge Mínguez Arias
 Dr. Enrique Castro Sánchez
 Dr. Juan José Suárez Sánchez
 Dra. Marta Lima Serrano
 Dra. Begoña Sánchez Gómez
 Dra. María Ángeles de Juan Pardo
 Dr. Enrique Oltra Rodríguez
 Dr. Ramón Antonio Ôliveira
 Antonio García Iriarte

Dra. Patricia Moreno Marín
 Dr. Gonzalo Duarte Climents
 Dra. María Pilar López Sánchez
 Dra. Ruth Angélica Landa Rivera
 Dra. María de Jesús Jiménez González
 Dra. Gabriela Maldonado Muñiz
 Dr. José Luis Mendoza García
 Dra. Natalia Ramírez Girón
 Francisco Javier Pastor Gallardo
 Dra. Beatriz Sánchez Hernando

CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- M^a José Dasí García (Valencia-España)
- Dra. Esperanza Ferrer Ferrandiz (Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna (Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso (Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero (Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado (Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro (Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora (Canarias-España)
- Dr. Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España)
- Manuel Mañá González (Galicia-España)
- María Paz Mompert García (Madrid-España)
- Pilar Vilagrassa Ortí (Barcelona-España)
- Dr. Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal)
- Marinha Mendoça (Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil)
- Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España (Nuevo León-México)
- M^a Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquía-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. M^a Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhuesa Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stjepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

RIdEC

Sumario • Summary

Vol. 16 - nº 1 junio-noviembre 2023

Editorial

- Salud Ambiental y Atención Primaria: una sinergia necesaria..... 4
José M^o Ordóñez Iriarte, Dr. Vicente Gea-Caballero

Espacio AEC

- La Profesión de la Salud Pública y sus Profesionales. Un reto urgente para fortalecer la práctica de la Salud Pública. Libro blanco*..... 7
Dra. Maribel Mármol López

Originales

- Efectos de los videojuegos violentos sobre la agresividad en niños y adolescentes..... 9
Héctor Mena Medina, Paula Guerrero Liñana
- Perspectiva de los padres respecto al sobrepeso y la alimentación de su hijo..... 19
Juan Daniel Suárez Máximo, Edna Johana Mondragón Sánchez, Israel Jiménez Garrido
- Reacciones adversas en pacientes vacunados contra la COVID-19 en Atención Primaria..... 28
Rocío López Sánchez, Irene Arjona Pérez, Sergio Cabezas Estrella, Raquel Hernández Robledo, Julia de las Pozas Abril
- Riesgo cardiovascular en adultos con diabetes tipo 2 de un centro de Atención Primaria de México..... 39
Antonio Vicente Yam Sosa, Cristian Israel Chimal Pool, Adelaida Alejandra Chávez Osorio, Julia Alejandra Candila Celis, Josue Medina Fernández

Revisiones

- Aplicación de la Atención Comunitaria basada en Activos de Salud en la población rural 47
Inés Velasco Serrat, Ángel Gasch Gallén
- Cuidados enfermeros a mujeres maltratadas en el ámbito de la violencia de género 59
Paula Segura Daroca, Esperanza Ferrer Ferrándiz

Carta a la dirección

- Profesionalcentrismo: el nuevo paradigma de la gestión humanizada 71
Pedro Jaén Ferrer, Albert Cortés Borra
- Inteligencia artificial y cuidado enfermero: ¿riesgos, desafíos o beneficios?..... 73
María Isabel Mármol López

Editorial

SALUD AMBIENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA: UNA SINERGIA NECESARIA

Mucho se habla de la crisis de la Atención Primaria, más aún si cabe tras los enormes esfuerzos desplegados durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, no queremos abundar en el análisis de los factores que han llevado a esta situación de agotamiento; nuestro objetivo es hacer propuestas de futuro para la Atención Primaria, desde una reflexión conjunta entre dos sociedades científicas: la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y la Sociedad Española de Salud Ambiental (SESA).

La SESA acoge entre sus socios a profesionales que fundamentalmente trabajan en la Administración Sanitaria, en la vigilancia y el control de los factores de riesgo ambiental; por su parte, la AEC incluye mayoritariamente entre sus socios a enfermeras del ámbito tanto de la Atención Primaria y Comunitaria como de la Salud Pública, especialistas y no especialistas, teniendo además de responsabilidades en la atención a la salud directa de personas, familias y grupos, otras como la salud global, el cuidado del medio ambiente y la prevención de riesgos.

La salud ambiental, según la definición canónica que se prefiere de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es "aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana que son determinados por factores ambientales físicos, químicos y biológicos, externos a las personas. También se refiere a la teoría y práctica de evaluación, corrección control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa a la salud de la presente y futuras generaciones" (1). Por su parte, la Atención Primaria (AP), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada en 1978, es "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La AP forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad" (2). Desde esta perspectiva, las enfermeras comunitarias, pero también el resto de profesionales de la AP, y algunos profesionales "externos" al sistema de salud, son actores clave para lograr un sistema más salutogénico, preventivo, participativo y equitativo, preocupado no solo por la enfermedad sino también por las condiciones de vida y de los entornos de vida.

El objeto, tanto de la AP como de la Sanidad Ambiental, es la comunidad, pero para poder abordar con rigor los problemas de salud de la comunidad es necesario, entre otros, conocer su entorno ambiental, el conjunto de factores de riesgo ambiental que están determinando la salud de la población.

En nuestra opinión, existe un desajuste estructural entre lo que hace la sanidad ambiental española y las necesidades en salud de la población. Este desfase estructural se manifiesta en varios aspectos de los que señalaremos al menos dos.

El primero tiene que ver con el patrón epidemiológico de nuestro país. En términos de mortalidad, la mayor parte de las defunciones en España, al igual que en los países de nuestro entorno socioeconómico, se produce como consecuencia de enfermedades no transmisibles (ENT) (3). Solo las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son responsables de las tres quintas partes de todas las defunciones. Si la mirada la ponemos en el indicador de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), las ENT siguen ocupando la primera posición y, dentro de ellas, las enfermedades cardiovasculares y circulatorias, el cáncer, los trastornos mentales y del comportamiento y los trastornos neurológicos son las principales causas (3).

Frente a este patrón epidemiológico, la sanidad ambiental se dedica, fundamentalmente, a llevar a cabo inspecciones, o si se quiere, control oficial, de piscinas, abastecimientos de agua, instalaciones de riesgo de legionelosis y empresas del sector

de sustancias y mezclas químicas. Lo cual está muy bien, porque existe un marco legislativo que nos obliga, pero, como se ve, su acción está muy alejada de lo que correspondería a una estrategia de apoyo a la promoción de la salud y la visión comunitaria que tiene la AP (4).

El segundo aspecto que se quiere señalar tiene que ver con la importancia que tiene conocer a fondo los problemas ambientales existentes en el entorno en el que desarrollan su actividad los Equipos de Atención Primaria (EAP). En este sentido, competiría a la Sanidad Ambiental poner a disposición de los EAP esa información, porque podría serles de una gran utilidad su labor asistencial y en la toma de decisiones relacionadas con los entornos de vida en el marco del trabajo intersectorial y su relación con la administración local, con amplias responsabilidades en el tema que nos ocupa.

Se pone un ejemplo que podría resultar paradigmático: el Proyecto Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socio-Económicas y Ambientales (MEDEA), que ha tenido tres fases donde, desde el punto de vista ambiental, se consideraron diversas variables: calidad del aire, emisión de las industrias y ruido (5). Sabemos rigurosamente que todos estos factores afectan a la salud y el bienestar de las personas en sus espacios de vida.

En el caso de las emisiones industriales, existe el Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes (PRTR, en sus siglas en inglés) (6). Este registro obliga a las empresas a remitir al órgano ambiental, de forma anual, todas las emisiones al aire, al suelo o al agua (directamente a cauces o indirectamente a través de depuradora), así como la transferencia de residuos, peligrosos o no peligrosos, siempre que se superen los umbrales de información (que no límites de emisión) establecidos por la normativa PRTR.

Esta información, que incluye las emisiones al aire de un conjunto de sustancias muy relevantes desde el punto de vista toxicológico, recoge entre otras, las siguientes: hidrocarburos aromáticos policíclicos (HPA), dioxinas y furanos, metales pesados: As, Cd, Cu, Hg, Ni, Pb, etc. Compuestos Orgánicos Volátiles, NO₂ o PM₁₀, muchas de ellas categorizadas por el IARC como cancerígenas tipo 1.

Es obvio que estos riesgos no pueden provocar únicamente patologías, sino que también pueden afectar al bienestar de la comunidad, su nivel de salud y su calidad de vida, provocando problemas de salud individuales o grupales que deben ser estudiados, conocidos y prevenidos. No hace falta recordar a Hipócrates para reconocer la importancia que tiene el conocimiento del ambiente en la anamnesis de los pacientes. La sanidad ambiental no solo tiene vocación, sino que necesitaría trabajar con los EAP (y también con algunas especialidades) para establecer las sinergias necesarias que les puedan ayudar en su trabajo. Sanidad ambiental, por su esencia, conoce los factores de riesgo ambiental del territorio y puede acceder a sistemas de información que les resulten necesarios a los EAP. Y los profesionales de la AP, entre ellos las enfermeras comunitarias, deben contemplar también estos factores al tratarse de riesgos reales que pueden afectar al nivel de salud subjetivo y a la morbimortalidad de la población.

Con este marco de referencia se propone un monográfico sobre Salud Ambiental y Atención Primaria: una sinergia necesaria, en el que se recojan manuscritos, bien de experiencias rodadas, bien de propuestas de trabajo innovadoras, que permitan abrir líneas de colaboración. Por lo que proponemos este número desde una visión amplia, plural y multidisciplinar, abierta a todos los profesionales de la salud con competencias en Atención Primaria y Comunitaria, así como salud ambiental y la salud pública en su más amplia acepción.

José M^a Ordóñez Iriarte
Director de la *Revista de Salud Ambiental*

Vicente Gea-Caballero
Editor *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, RIdEC
Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC

(Este editorial se publica conjuntamente en la *Revista iberoamericana de Enfermería Comunitaria* RIdEC, de la AEC, y la *Revista de Salud Ambiental*, de SESA, con motivo del Número Especial Monográfico de Salud Ambiental y Atención Primaria, 2023).

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Ambiental [internet]. Ginebra: OMS [citado 8 may 2021]. Disponible en: https://www.who.int/topics/environmental_health/es/
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alma Ata 1978. Atención Primaria de salud [citado 8 may 2023]. Ginebra: OMS [citado 8 may 2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=AC0F15D0796C-22FEAA48F3392DA4B079?sequence=1>
3. Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [citado 8 may 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_de_Salud_2020.pdf
4. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 8 may 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion Primaria.pdf
5. Gandarillas A, Domínguez MF, Duque I, Cebrecos A, Aránguez E, Ordóñez JM, et al. Tercer atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015 [internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2021 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050460.pdf>
6. Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes [internet]. Madrid: Ministerio para la Transición Ecológica y Reto Demográfico [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://prtr-es.es/>

ESPACIO AEC

La Profesión de la Salud Pública y sus Profesionales. Un reto urgente para fortalecer la práctica de la Salud Pública *Libro blanco*



Dra. Maribel Mármol López
Presidenta de la
Asociación de Enfermería
Comunitaria (AEC)

El pasado 3 de mayo vio la luz el Libro Blanco *La Profesión de la Salud Pública y sus Profesionales. Un reto urgente para fortalecer la práctica de la Salud Pública*, promovido e impulsado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) de la que la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) es sociedad federada.

La SESPAS es una sociedad científica que parte de una definición amplia, inclusiva y multidisciplinar de la Salud Pública, en la que, a través de la colaboración y la integración de las aportaciones de las distintas disciplinas, se abordan los principales problemas y retos que plantea la salud en nuestra sociedad. Por ello, y siendo conscientes de que la fortaleza de las instituciones reside en muy buena parte en sus profesionales y en las posibilidades que estos tienen de adquirir las competencias necesarias para desarrollar su labor, en el documento se analizan tanto los problemas de la profesión de Salud Pública, como las opiniones y expectativas de sus profesionales en torno a la formación, el desarrollo profesional o las características que han de definir a las instituciones de Salud Pública.

Aunque el deterioro del Sistema Nacional de Salud se ha ido evidenciando de forma progresiva durante los últimos años, ha sido la pandemia la que ha dejado al descubierto la disfunción, la vulnerabilidad y la falta de equidad de los sistemas sanitarios, de la atención a largo plazo y de la protección social entre otros, así como la importancia de disponer de unas estructuras de Salud Pública bien dimensionadas y preparadas para afrontar los retos de salud que amenazan a las poblaciones.

En este contexto de crisis generalizada del sistema en su conjunto, en el que se ha dejado de lado la promoción de la salud y las actividades preventivas, retrasando en muchos casos el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, y la atención sanitaria de las personas con enfermedades crónicas, la publicación del Libro Blanco ha permitido plasmar una visión amplia y diversa de lo que es, puede y debe aportar la Salud Pública como profesión, reivindicando las actuaciones colectivas de prevención, protección y promoción desde un enfoque comunitario y una perspectiva de salutogénica, frente a la orientación predominante hacia el tratamiento de las enfermedades desde un enfoque individual.

El objetivo principal de este libro es contribuir a fortalecer la práctica profesional de la Salud Pública, identificando algunos de sus problemas y consensuando posibles soluciones aceptables por el conjunto, entre ellos, la diversidad de competencias profesionales de naturaleza multidisciplinar necesarias para la práctica de una Salud Pública de calidad. Para ello se ha partido del colectivo de profesionales que forman parte de las sociedades de la SESPAS, que concentra posiblemente al mayor número de profesionales de Salud Pública en España.

Dado que la multidisciplinariedad es inherente al concepto de Salud Pública, el libro ha contado con la participación activa a través de entrevistas y actividades de dinámica grupal de profesionales de las múltiples disciplinas que configuran y nutren la Salud Pública, entre ellos socias y socios de AEC.

El documento ofrece un conjunto de recomendaciones realistas, dirigidas tanto a las administraciones públicas como a la propia SESPAS, con la finalidad de que las ideas que en él se recogen contribuyan a conformar la Salud Pública que

necesitamos para el futuro. Para ello, parte de los conceptos básicos en una definición de Salud Pública, de los contenidos básicos y transversales que deberían incluir los programas formativos para profesionales que puedan trabajar en cualquiera de sus ámbitos de actuación, desarrollando los criterios estructurales que deben tenerse en cuenta en la definición de una institución de Salud Pública, en cómo garantizar ofertas laborales capaces de atraer y retener a los profesionales de la Salud Pública y en el papel de la SESPAS y otras sociedades científicas en el desarrollo de la misma.

Desde la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) queremos trasladar nuestra satisfacción por participar en una obra de tanta calidad y trascendencia para la Salud Comunitaria y la Salud Pública.



Dra. Maribel Mármol López
Presidenta
Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

¹ Héctor Mena Medina
² Paula Guerrero Liñana

Efectos de los videojuegos violentos sobre la agresividad en niños y adolescentes

¹ Enfermero de Atención Primaria. Centro de trabajo CS Carlet. Departamento de la Ribera. Alzira, Valencia (España).

E-mail: hmena4@hotmail.com

² Enfermera de Atención Primaria. Centro de trabajo CS Carlet. Departamento de la Ribera. Alzira, Valencia (España).

Cómo citar este artículo:

Mena Medina H, Guerrero Liñana P. Efectos de los videojuegos violentos sobre la agresividad en niños y adolescentes. *RIdEC* 2023; 16(1):9-18.

Fecha de recepción: 20 de abril de 2022.

Fecha de aceptación: 8 de marzo de 2023.

Resumen

Objetivo: la popularidad de los videojuegos entre jugadores de todas las edades sigue creciendo. La preocupación de que los videojuegos violentos puedan promover la agresión o reducir la empatía en sus jugadores es generalizada, por lo que el objetivo principal es estudiar los efectos de los videojuegos violentos sobre el comportamiento agresivo en niños y adolescentes.

Material y método: desde el abordaje metodológico se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar el efecto de los videojuegos violentos sobre la agresividad en niños y adolescentes. La población estuvo representada por los niños y adolescentes de entre 12 a 18 años de edad de la Escuela Deportiva de San Marcelino, Escuela Deportiva de Mislata y Colegio de la Devesa de Carlet (Valencia). Se utilizó el *Game-Related Experiences Questionnaire* o Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV). Todos los análisis fueron efectuados mediante el *software* estadístico IBM® SPSS® versión 25.

Resultados: de acuerdo con los hallazgos los videojuegos no aumentaron el comportamiento agresivo con el tiempo. Se encontró una relación significativa entre el uso de videojuegos y la aparición de enfados o molestias mientras juegan.

Conclusiones: se demostró que la mayoría de los encuestados utilizan los videojuegos cuando están aburridos y como medio de evasión, invirtiendo cada vez más tiempo en los videojuegos para sentirte satisfechos y otorgándole mayor importancia al tiempo que pasan jugando con estos, hasta el punto de dejar de salir con sus amigos.

Palabras clave: videojuegos; agresividad; niños; adolescentes; violencia.

Abstract

Effects of violent videogames on aggressiveness in children and adolescents

Introduction: there is an ongoing increase in the popularity of videogames among gamers of all ages. There is a generalized concern that violent videogames might promote aggression or reduce empathy among players. Therefore, the main objective is to study the effects of violent videogames on aggressive behaviour in children and adolescents.

Material and method: in terms of methodological approach, a descriptive cross-sectional study was conducted in order to evaluate the effect of violent videogames on aggressiveness in children and adolescents. The population was represented by 12-to-18-year-old children and adolescents from the Escuela Deportiva de San Marcelino, Escuela Deportiva de Mislata and the Colegio de la Devesa in Carlet (Valencia). The *Game-Related Experience Questionnaire (GEQ)* was applied. All analyses were conducted using the IBM® SPSS® version 25 statistical software.

Results: according to findings, videogames did not increase aggressive behaviour over time. A significant relationship was found between the use of videogames and the development of anger or discomfort during the game.

Conclusions: it was demonstrated that the majority of participants used videogames when they were bored and as a means of evasion. A gradually increasing time was spent on videogames in order to feel satisfied, and they attributed more importance to the time spent playing videogames even to the point of not going out with their friends.

Key words: videogames; aggressiveness; adolescents; violence.

Introducción

Las tecnologías forman parte de la vida de la mayoría de los jóvenes que nacieron en este mundo de innovaciones digitales, pero se evidencia con más regularidad su uso en el manejo de videojuegos, que si bien algunos son de tendencia educativa y de entretenimiento, existe el lado opuesto donde se presentan los videojuegos violentos, que son aquellos que representan intentos intencionales de individuos (personajes de dibujos animados no humanos, personas reales o cualquier ente en el medio) para infligir daño a otros (1). Enmarcando la contextualidad de forma estadística se estima que más del 90% de los niños y adolescentes en los Estados Unidos juega con videojuegos y dedica cantidades sustanciales de tiempo en ello (1). Mientras, en España, más del 90% de los niños entre 7 y 12 años juega con algún tipo de videojuego (2).

Dada la creciente prevalencia de los medios digitales, ha aumentado la preocupación pública sobre los posibles efectos perjudiciales, incluida la posibilidad de que los videojuegos puedan ser "adictivos". En la actualidad, hay un cuerpo considerable de la literatura de investigación que sugiere que algunos usuarios de videojuegos desarrollan síntomas disfuncionales que pueden conllevar graves efectos perjudiciales en áreas funcionales y sociales de la vida (1).

Tal es la magnitud de preocupación social por el exceso de uso de videojuegos que, en materia de salud, uno de los antecedentes de investigaciones es que la Asociación Americana de Psiquiatría ha incluido el Trastorno de los juegos de Internet o *Internet Gaming Disorder* (IGD) como potencial diagnóstico dentro de la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (3). Este trastorno se define como "el uso persistente y recurrente de Internet para participar en juegos, a menudo con otros jugadores, lo que lleva a clínicamente discapacidad o angustia significativa" (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) también ha agregado el desorden de juego adictivo a la sección de trastornos del comportamiento y uso de sustancias de su Clasificación Internacional de Enfermedades en 2018, lo que ha suscitado un debate sobre los potenciales efectos nocivos de los videojuegos (3).

Los juegos populares de disparos en primera persona en realidad requieren que los jugadores se identifiquen activamente con el agresor (4). En los videojuegos violentos, la exposición incesante a la violencia y la recompensa concomitante (éxito del juego) por elegir continuamente las acciones violentas pueden insensibilizar al jugador a las consecuencias de la violencia en la vida real. La desensibilización a la violencia es motivo de preocupación porque tal desensibilización impide el inicio del proceso de razonamiento moral que inhibiría una agresión inapropiada o iniciaría una respuesta de ayuda (5).

Algunas investigaciones han examinado las vías en las asociaciones entre la exposición a los videojuegos violentos y agresión; por ejemplo, mediadores como el sesgo de atribución hostil, las normas agresivas y la deshumanización y moderadores como el psicoticismo, los rasgos agresivos, el neuroticismo y la conciencia (6).

Un campo de investigación ha argumentado firmemente que los videojuegos violentos aumentan la agresión entre sus jugadores, mientras que el otro campo ha concluido repetidamente que los efectos son mínimos en el mejor de los casos, si no ausentes (7).

Es importante destacar que parece que estas inconsistencias fundamentales no pueden atribuirse a diferencias en la metodología de la investigación, ya que incluso los metaanálisis, con el objetivo de integrar los resultados de todos los estudios previos sobre el tema de la agresión causada por los videojuegos, han llevado a conclusiones dispares.

Estos metaanálisis han tenido un fuerte enfoque en los niños, y uno de ellos ha informado un efecto de edad marginal que sugiere que los menores podrían ser aún más susceptibles a los efectos violentos de los videojuegos (8).

Aunque algunos estudios recientes no han encontrado una relación significativa entre la exposición a videojuegos violentos y agresión, se ha establecido una asociación sólida en estudios experimentales, transversales y longitudinales en general (9). Por ejemplo, la mayoría de las investigaciones en esta área han encontrado que los videojuegos violentos aumentan los pensamientos agresivos, los sentimientos de ira, la excitación fisiológica y los comportamientos agresivos, y disminuyen los sentimientos empáticos y los comportamientos de ayuda (10). Además, algunas investigaciones en neurociencia cognitiva han proporcionado apoyo de neuroimagen para estos efectos, y también hay metaanálisis que han concluido que los videojuegos violentos aumentan la agresión (11,12).

Tomando en consideración lo descrito es que el presente estudio trata de buscar una explicación a los hallazgos inconsistentes de los investigadores en lados opuestos del debate. Se espera que esta investigación sea de ayuda para dar respuesta a la pregunta de si los videojuegos violentos aumentan el comportamiento agresivo y por qué, cuándo y para quién tiene tales efectos, por lo tanto, el objetivo central de este estudio se enfoca en estudiar los efectos de los videojuegos violentos sobre el comportamiento agresivo en niños y adolescentes, lo que permitirá conocer si estos niños y adolescentes que jue-

gan videojuegos violentos tienen mayor tendencia al comportamiento agresivo, así como también si esta situación podría generar dependencia psicológica a los mismos o si los utilizan para la evasión y, por último, conocer las consecuencias negativas que el uso de videojuegos violentos puede ocasionar en niños y adolescentes.

Método

Diseño del estudio

En el año 2021, se desarrolló un estudio descriptivo transversal para evaluar el efecto de los videojuegos violentos sobre la agresividad en niños y adolescentes. Se desarrolló una primera fase de búsqueda bibliográfica preliminar, se seleccionaron revisiones sistemáticas, además revisiones sistemáticas que contengan metaanálisis, estudios observacionales, ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohorte; todas estas investigaciones debían de haber sido llevadas a cabo desde el año 2011 hasta la actualidad, en inglés y español, cuya población de estudio fuesen niños y adolescentes, de ambos sexos, y cuyo contenido trate de los videojuegos y su efecto en el comportamiento agresivo, que permitiera tener una base de teórica para manejar con seguridad la siguiente fase. En segunda fase se desarrolló el análisis transversal mediante la aplicación de un cuestionario *Game-Related Experiences Questionnaire* o Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV) (13). Los datos fueron recogidos durante el curso académico 2021.

Población y muestra

La población total estuvo representada por los niños y adolescentes de entre 12 a 18 años de edad de la Escuela Deportiva de San Marcelino, Escuela Deportiva de Mislata y Colegio de la Devesa de Carlet.

El procedimiento del muestreo empleado de los participantes que conformaron la muestra fue mediante muestreo de conveniencia entre los estudiantes de dichos centros educativos, a través de un cuestionario distribuido entre los alumnos de las instituciones antes mencionadas. Cabe destacar que del total de la población, 350 alumnos fueron quienes respondieron dicho instrumento, convirtiéndose en la muestra del estudio.

Variables de investigación

Las variables de estudio empleadas fueron videojuegos agresivos y sus efectos.

Recogida de datos

Se utilizó como instrumento para recabar la información el *Game-Related Experiences Questionnaire* o Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV) (13). Se trata de una versión para videojuegos no masivos compuesta por 17 ítems con respuestas de tipo Likert de cuatro puntos (N-CN: Nunca/Casi nunca, AV: Algunas veces, BV: Bastantes veces, CS: Casi siempre), que engloban el deseo de jugar, los efectos negativos, la preocupación, la pérdida de control, negación, el aumento de la tolerancia, la reducción de actividades y evasión, como se presenta en la Tabla 1.

Ahora bien, se realizó la solicitud de autorización a los directivos de las diferentes instituciones educativas en donde se llevó a cabo la investigación. El estudio no fue aplicado hasta no tener la aprobación de estas instituciones educativas. El cuestionario fue distribuido entre los alumnos de los centros educativos anteriormente mencionados, quienes conforman el contexto de estudio de la investigación.

Tabla 1. Instrumento de recolección de la información

Nº	Responde	N/CN	AV	BV	CS
1	¿Hasta qué punto te sientes inquieto por temas relacionados con los videojuegos?				
2	¿Cuándo te aburres usas los videojuegos como una forma de distracción?				
3	¿Con qué frecuencia abandonas lo que estás haciendo para estar más tiempo jugando videojuegos?				

Tabla 1. Instrumento de recolección de la información (continuación)

N°	Responde	N/CN	AV	BV	CS
4	¿Te han criticado tus amigos y familiares por invertir demasiado tiempo y dinero en los videojuegos, o te han dicho que tienes un problema aunque creas que no es cierto?				
5	¿Has sentido el riesgo de perder una relación importante, un trabajo o una oportunidad académica por el uso de videojuegos?				
6	¿Piensas que tu rendimiento académico se ha visto afectado negativamente por el uso de los videojuegos?				
7	¿Mientes a tus familiares o amigos con relación a la frecuencia y duración del tiempo que inviertes en videojuegos?				
8	¿Cuándo tienes problemas, usar los videojuegos te ayuda a evadirte?				
9	¿Con qué frecuencia bloqueas los pensamientos molestos sobre tu vida y los sustituyes por pensamientos agradables de los videojuegos?				
10	¿Piensas que la vida sin videojuegos es aburrida, vacía y triste?				
11	¿Te enfadas o te irritas cuando alguien te molesta mientras juegas videojuegos?				
12	¿Sufres alteraciones del sueño debido a aspectos relacionados con los videojuegos?				
13	¿Cuándo no juegas con videojuegos te sientes agitado o preocupado?				
14	¿Sientes la necesidad de invertir cada vez más tiempo en los videojuegos para sentirte satisfecho?				
15	¿Quitais importancia al tiempo que has estado jugando videojuegos?				
16	¿Dejas de salir con tus amigos para pasar más tiempo jugando videojuegos?				
17	¿Cuándo utilizas los videojuegos se pasa el tiempo sin darte cuenta?				

Fuente: cuestionario CERV

Análisis de datos

Todos los análisis fueron realizados utilizando el *software* estadístico IBM® SPSS® versión 25. En primer lugar se hizo un análisis descriptivo de cada una de las variables incluidas en el presente estudio. Los valores de los datos de las variables cualitativas fueron presentados en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante el Test de Kolmogorov-Smirnov, en función de que sigan o no una distribución normal; se utilizó también la media +/- desviación estándar o mediana (rango intercuartílico).

Las variables cualitativas se validaron mediante test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher. La comparación de las variables cuantitativas fue realizada mediante el test de ANOVA. Se consideró significativo el valor de $p \leq 0,05$ y con un intervalo de confianza del 95%.

En total se analizaron datos de 350 alumnos, con edades comprendidas entre 12 a 18 años. El 58% de ellos del sexo masculino ($n= 203$) y el 42%, femenino ($n= 147$).

Aspectos éticos

El principio de autonomía fue garantizado mediante el consentimiento informado. Se entregó el consentimiento informado a los padres de los participantes, y se les explicó todos los detalles de la investigación, aclarando todas las dudas que puedan surgir, para de esta manera obtener su autorización por escrito. Desde esa perspectiva, este trabajo fue realizado según lo establecido en las recomendaciones éticas internacionales recogidas en la Declaración de Helsinki del 2013 (21) y

según lo indicado en la normativa española vigente en materia de investigación biomédica, concretamente en Ley 14/2007, de investigación biomédica (14).

Los datos de carácter personal fueron tratados según lo dispuesto en la normativa española vigente en esta materia de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (15). No se utilizaron nombres o siglas que pudiesen identificar a los participantes.

Para la manipulación de los datos se llevó a cabo una disociación de los mismos, asignándole a cada participante un código de forma aleatoria, quedando de esta manera los datos codificados y posteriormente introducidos en una base de datos. Solo el investigador tuvo acceso a los datos recogidos, estos fueron colocados en una base de datos anonimizada.

Resultados

Después de aplicar el cuestionario, y tomando en consideración las variables en estudio, se pudo afirmar de forma generalizada que al realizar la comparación de las variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad a la que acuden a jugar y la inquietud por temas relacionados con los videojuegos ($p= 0,421$), tampoco con la frecuencia de abandono de lo que está haciendo por estar más tiempo jugando a videojuegos ($p= 0,091$), con el uso de videojuegos como medio de evasión de los problemas ($p= 0,331$), con el bloqueo de pensamientos molestos ($p= 0,327$), con las alteraciones del sueño ($p= 0,449$), preocupaciones ($p= 0,090$) ni con el rendimiento académico ($p= 0,126$). Sin embargo, se encontró relación entre la edad de los encuestados y el uso de videojuegos al estar aburridos ($p= 0,026$), con el riesgo de perder una relación importante, un trabajo o una oportunidad académica por el uso de los videojuegos ($p= 0,046$), esto especialmente para los mayores.

Además, también se encontró relación significativa con la edad de los encuestados y el mentir a sus familiares o amigos con respecto a la frecuencia y duración del tiempo que invierten en los videojuegos ($p= 0,016$). Otro resultado importante es la relación significativa entre la edad de los encuestados y la aparición de enfados o molestias mientras juegan con algún videojuego ($p= 0,020$); además, se encontró significancia estadística para la necesidad de invertir cada vez más tiempo en los videojuegos para sentirte satisfecho ($p= 0,000$), la importancia que le dan al tiempo que pasan jugando videojuegos ($p= 0,035$).

También se encontraron diferencias significativas en el dejar de salir con sus amigos para pasar más tiempo jugando con videojuegos ($p= 0,035$) y en el que el tiempo pasa sin darse cuenta mientras están jugando videojuegos ($p= 0,014$). Con la intención de mostrar de forma gráfica los resultados aquí descritos, se recogen los mismos en la Tabla 2.

Tabla 2. Resultados de la comparación de las variables mediante el test de ANOVA

Nº	Responde		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	¿Hasta qué punto te sientes inquieto por temas relacionados con los videojuegos?	Entre grupos (combinado)	9,494	3	3,165	,942	,421
		Dentro de grupos	1.162,680	346	3,360		
		Total	1172,174	349			
2	¿Cuándo te aburres usas los videojuegos como una forma de distracción?	Entre grupos (combinado)	30,90	3	10,303	3,124	,026
		Dentro de grupos	1.141,264	346	3,296		
		Total	1.172,174	349			
3	¿Con qué frecuencia abandonas lo que estás haciendo para estar más tiempo jugando videojuegos?	Entre grupos (combinado)	21,668	3	7,223	2,172	,091
		Dentro de grupos	1.150,506	346	3,325		
		Total	1.172,174	349			
4	¿Te han criticado tus amigos y familiares por invertir demasiado tiempo y dinero en los videojuegos, o te han dicho que tienes un problema aunque creas que no es cierto?	Entre grupos (combinado)	5,822	3	1,941	,576	,631
		Dentro de grupos	1.166,532	346	3,371		
		Total	1.172,174	349			

Tabla 2. Resultados de la comparación de las variables mediante el test de ANOVA (continuación)

N°	Responde		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
5	¿Has sentido el riesgo de perder una relación importante, un trabajo o una oportunidad académica por el uso de videojuegos?	Entre grupos (combinado)	26,823	3	8,941	2,701	,046
		Dentro de grupos	1.145,351	346	3,310		
		Total	1.172,174	349			
6	¿Piensas que tu rendimiento académico se ha visto afectado negativamente por el uso de los videojuegos?	Entre grupos (combinado)	19,182	3	6,394	1,919	,126
		Dentro de grupos	1.152,993	346	3,332		
		Total	1.172,174	349			
7	¿Mientes a tus familiares o amigos con relación a la frecuencia y duración del tiempo que inviertes en videojuegos?	Entre grupos (combinado)	34,318	3	11,439	3,478	,016
		Dentro de grupos	1.137,856	346	3,289		
		Total	1.172,174	349			
8	¿Cuándo tienes problemas, usar los videojuegos te ayuda a evadirte?	Entre grupos (combinado)	11,520	3	3,840	1,145	,331
		Dentro de grupos	1.160,655	346	3,354		
		Total	1.172,174	349			
9	¿Con qué frecuencia bloqueas los pensamientos molestos sobre tu vida y los sustituyes por pensamientos agradables de los videojuegos?	Entre grupos (combinado)	11,631	3	3,877	1,156	,327
		Dentro de grupos	1.160,543	346	3,354		
		Total	1.172,174	349			
10	¿Piensas que la vida sin videojuegos es aburrida, vacía y triste?	Entre grupos (combinado)	4,706	3	1,509	,465	,707
		Dentro de grupos	1.167,468	346	3,374		
		Total	1.172,174	349			
11	¿Te enfadas o te irritas cuando alguien te molesta mientras juegas videojuegos?	Entre grupos (combinado)	32,734	3	10,911	3,313	,020
		Dentro de grupos	1.139,440	346	3,293		
		Total	1.172,174	349			
12	¿Sufres alteraciones del sueño debido a aspectos relacionados con los videojuegos?	Entre grupos (combinado)	8,926	3	2,975	,885	,449
		Dentro de grupos	1.163,249	346	3,362		
		Total	1.172,174	349			
13	¿Cuándo no juegas con videojuegos te sientes agitado o preocupado?	Entre grupos (combinado)	21,743	3	7,248	2,180	,090
		Dentro de grupos	1.150,431	346	3,325		
		Total	1.172,174	349			
14	¿Sientes la necesidad de invertir cada vez más tiempo en los videojuegos para sentirte satisfecho?	Entre grupos (combinado)	61,159	3	20,386	6,349	,000
		Dentro de grupos	1.111,015	346	3,211		
		Total	1.172,174	349			
15	¿Quitás importancia al tiempo que has estado jugando videojuegos?	Entre grupos (combinado)	28,775	3	9,592	2,902	,035
		Dentro de grupos	1.143,339	346	3,305		
		Total	1.172,174	349			
16	¿Dejas de salir con tus amigos para pasar más tiempo jugando videojuegos?	Entre grupos (combinado)	28,784	3	9,595	2,903	,035
		Dentro de grupos	1.143,390	346	3,305		
		Total	1.172,174	349			

Tabla 2. Resultados de la comparación de las variables mediante el test de ANOVA (continuación)

N°	Responde		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
17	¿Cuándo utilizas los videojuegos se pasa el tiempo sin darte cuenta?	Entre grupos (combinado)	35,309	3	11,770	3,582	,014
		Dentro de grupos	1.136,865	346	3,286		
		Total		1.172,174	349		

Fuente: elaboración propia de los resultados obtenidos

Discusión

El juego problemático puede conducir a varias consecuencias psicosociales negativas y problemas de salud mental que afectan a la disponibilidad de tiempo, trabajo, educación, familia, sociedad, amigos, vida social, bienestar psicosocial, competencia social, ocio, autoestima y soledad (16). Hay una relación negativa entre el rendimiento académico y el uso de videojuegos de forma patológica, que afectan a la autoestima y la confianza en sí mismos (17).

El objetivo de este trabajo fue estudiar los efectos de los videojuegos violentos sobre el comportamiento agresivo en niños y adolescentes, para ello se utilizó el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV) (13). Los cuestionarios se utilizan normalmente para recopilar grandes cantidades de información de muestras transversales, a menudo basadas en autoinformes. En el caso de los videojuegos violentos se hacen comparaciones entre la exposición autoinformada a tales juegos y las respuestas a preguntas relacionadas con los índices de desensibilización cognitiva y emocional (18).

En el caso del presente estudio se encontró relación entre la edad de los encuestados y el uso de videojuegos al estar aburridos ($p= 0,026$), con el riesgo de perder una relación importante, un trabajo o una oportunidad académica por el uso de los videojuegos ($p= 0,046$). Además, también se encontró relación significativa con la edad de los encuestados y el mentir a sus familiares o amigos con respecto a la frecuencia y duración del tiempo que invierten en los videojuegos ($p= 0,016$). Otro resultado importante es la relación significativa entre la edad de los encuestados y la aparición de enfados o molestias mientras juegan con algún videojuego ($p= 0,020$); además, se encontró significancia estadística para la necesidad de invertir cada vez más tiempo en los videojuegos para sentirte satisfecho ($p= 0,000$), la importancia que le dan al tiempo que pasan jugando videojuegos ($p= 0,035$). También se encontraron diferencias significativas en el dejar de salir con sus amigos para pasar más tiempo jugando con videojuegos ($p= 0,035$) y en el que el tiempo pasa sin darse cuenta mientras están jugando videojuegos ($p= 0,014$).

Schou Andreassen et al. (19) enfatizaron la relación entre trastornos psiquiátricos como la ansiedad y depresión y adicción al juego. Messias et al. (30) encontraron un mayor riesgo de tristeza, ideación suicida y planes de suicidio en jugadores empedernidos involucrados con tiempos de pantalla de más de cinco horas al día. El uso de medios patológicos también puede reducir la duración del sueño y alterar los patrones del mismo (20). El uso patológico de videojuegos también está asociado con varios problemas médicos y consecuencias de salud somática, como alucinaciones auditivas, enuresis, encopresis, dolor de muñeca, cuello y codo, tendosinovitis ("nintendinitis"), obesidad, ampollas en la piel, callos, tendones doloridos, síndrome de vibración mano-brazo y neuropatía periférica (21).

De acuerdo con los hallazgos del presente estudio los videojuegos no aumentaron el comportamiento agresivo con el tiempo; sin embargo, en esta investigación no se determinó qué tipo de videojuegos utilizaban los encuestados (violentos o no violentos) (22). Esto resulta importante, ya que, en algunos estudios similares realizados anteriormente, se demostró que jugar videojuegos violentos por tiempo prolongado redujo la agresión entre los usuarios intensivos (23).

La relación entre los videojuegos violentos y la agresión se ha examinado en estudios que emplean diseños transversales, longitudinales y experimentales.

Los estudios correlacionales transversales suelen mostrar una relación positiva entre la cantidad de juegos violentos de videojuegos y la agresión en contextos del mundo real (24). El trabajo experimental ha demostrado que los videojuegos violentos tienen un impacto causal en la agresión y el procesamiento de información relacionado (25). Los metaanálisis

también han corroborado que los videojuegos violentos aumentan significativamente los pensamientos agresivos, el afecto hostil y el comportamiento agresivo (26).

En un estudio realizado por Kühn et al. (27) se encontraron resultados similares, que constaba de cuestionarios y pruebas conductuales computarizadas que evaluaban la agresión, los constructos relacionados con la impulsividad, el estado de ánimo, la ansiedad, la empatía, las competencias interpersonales y las funciones de control ejecutivo, no encontraron efectos negativos relevantes en respuesta a los videojuegos violentos (27).

Investigaciones anteriores han tratado de determinar mediante diversas teorías cómo afecta la exposición a videojuegos violentos a la agresión individual. Algunos autores como Anderson et al. (28) han propuesto un modelo general para dar cuenta del comportamiento agresivo relacionado con el uso de videojuegos, conocido como modelo de agresión general. Este modelo proporciona un marco teórico relevante, ya que integra varias perspectivas teóricas que incluyen el aprendizaje social, la cognición social, la agresión afectiva y la transferencia de excitación. Las predicciones basadas en el modelo de agresión general sugieren que la exposición repetida a la violencia de los medios puede conducir al desarrollo de creencias y actitudes sobre las agresiones, guiones de comportamiento agresivo y desensibilización a la violencia (29).

Las investigaciones emergentes sugieren que la exposición a los videojuegos prosociales y otros medios puede ir acompañada de un aumento del comportamiento prosocial. Proporcionar opciones de medios prosociales como parte de la dieta de los medios es una prerrogativa de los padres, aunque es posible que sea necesario recordar y empoderar a algunos.

Conclusión

De acuerdo con los hallazgos del presente estudio los videojuegos no aumentaron el comportamiento agresivo con el tiempo. Dado que el efecto típico de los videojuegos violentos sobre la agresión no es grande, es de esperar que no todos los estudios revelen efectos significativos.

Se encontró una relación significativa entre el uso de videojuegos y la aparición de enfados o molestias mientras juegan. Sin embargo, estos efectos de los videojuegos violentos sobre la agresividad, si es que están presentes, parecen ser de corta duración.

Se demostró que la mayoría de los encuestados utilizan los videojuegos al estar aburridos y como medio de evasión, invirtiendo cada vez más tiempo en los videojuegos para sentirse satisfecho y otorgándole mayor importancia al tiempo que pasan jugando videojuegos, hasta el punto de dejar de salir con sus amigos para pasar más tiempo jugando.

El uso de videojuegos violentos en niños y adolescentes puede conducir a varias consecuencias psicosociales negativas y problemas de salud mental que afectan a la disponibilidad de tiempo, trabajo, educación, familia, sociedad, amigos, vida social, bienestar psicosocial, competencia social, ocio, autoestima y soledad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Gentile DA, Bailey K, Bavelier D, Funk Brockmyer J, Cash H, Coyne S, et al. Internet Gaming Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2017 Nov; 140(Suppl 2):S81-S85. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758H>
2. Ferrer López M, Ruiz San Román JA. Uso de videojuegos en niños de 7 a 12 años. Una aproximación mediante encuesta. *ICONO 14, Revista de comunicación y tecnologías emergentes* 2006; 4(1):1-15.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2013.

4. Gentile DA, Anderson CA. Violent video games: the newest media hazard. En: Gentile DA (ed.). *Media violence and children: a complete guide for parents and professionals*. Westport (CT): Praeger Publishers; 2003. p. 131-52.
5. Funk JB, Baldacci HB, Pasold T, Baumgardner J. Violence exposure in real-life, video games, television, movies, and the internet: is there desensitization? *J Adolesc*. 2004 Feb; 27(1):23-39. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2003.10.005>
6. Markey P, Markey C. Vulnerability to violent video games: A review and integration of personality research. *Review of General Psychology*. 2010; 14(2):82-91. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0019000>
7. Ferguson CJ, Kilburn J. Much ado about nothing: the misestimation and overinterpretation of violent video game effects in eastern and western nations: comment on Anderson et al. (2010) *Psychol Bull*. 2010; 136:174-8. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0018566>
8. Anderson CA, Shibuya A, Ihori N, Swing E, Bushman B, Sakamoto A, et al. Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2010; 136:151-73. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0018251>
9. Pan W, Gao X, Shi S, Liu F, Li C. Spontaneous Brain Activity Did Not Show the Effect of Violent Video Games on Aggression: A Resting-State fMRI Study. *Front Psychol*. 2018 Jan 12; 8:2219. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02219>
10. Hasan Y, Bègue L, Bushman B. Viewing the world through "blood-red tinted glasses": The hostile expectation bias mediates the link between violent video game exposure and aggression. *J. Exp. Soc. Psychol*. 2012; 48:953-6. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2011.12.019>
11. Montag C, Weber B, Trautner P, Newport B, Markett S, Walter NR, et al. Does excessive play of violent first-person-shooter-video-games dampen brain activity in response to emotional stimuli? *Biol Psychol*. 2012 Jan; 89(1):107-11. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2011.09.014>
12. Bushman BJ. Violent media and hostile appraisals: A meta-analytic review. *Aggress Behav*. 2016 Nov; 42(6):605-13. Doi: <https://doi.org/10.1002/ab.21655>
13. Chamarro A. El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV): un instrumento para detectar el uso problemático de videojuegos en adolescentes españoles [The Questionnaire of Experiences Associated with Video games (CERV): an instrument to detect the problematic use of video games in Spanish adolescents]. *Adicciones*. 2014; 26(4):303-11.
14. Ministerio de la Presidencia, relaciones con las cortes y memoria democrática. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 159, de 4 de julio de 2007 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/07/03/14>
15. Ministerio de la Presidencia, relaciones con las cortes y memoria democrática. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 294, de 6 de diciembre de 2018. [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
16. Sublette VA, Mullan B. Consequences of play: a systematic review of the effects of online gaming. *Int J Ment Health Addict* 2012; 10:3-23. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11469-010-9304-3>
17. Toker S, Baturay MH. Antecedents and consequences of game addiction. *Comput Hum Behav* 2016; 55:66-79. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.10.002>
18. Brockmyer JF. Playing violent video games and desensitization to violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Jan; 24(1):65-77. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.001>
19. Schou Andreassen C, Billieux J, Griffiths M, Kuss D, Demetrovics Z, Mazzoni E, et al. The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychol Addict Behav*. 2016 Mar; 30(2):252-62. Doi: <https://doi.org/10.1037/adb0000160>
20. King DL, Delfabbro P, Zwaans T, Kaptis D. Sleep interference effects of pathological electronic media use during adolescence. *Int J Ment Health Addict* 2014; 12:21-35. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11469-013-9461-2>
21. Weinstein AM. Computer and video game addiction – a comparison between game users and non-game users. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36:268-76. Doi: <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491879>
22. Paulus FW, Ohmann S, von Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2018 Jul; 60(7):645-59. Doi: <https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>
23. Lee EJ, Kim HS, Choi S. Violent Video Games and Aggression: Stimulation or Catharsis or Both? *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2021 Jan; 24(1):41-7. Doi: <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0033>
24. Gentile DA, et al. The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors, and school performance. *J Adolesc*. 2004 Feb; 27(1):5-22. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2003.10.002>
25. Gabbadini A, Riva P. The lone gamer: Social exclusion predicts violent video game preferences and fuels aggressive inclinations in adolescent players. *Aggress Behav*. 2018 Mar; 44(2):113-24. Doi: <https://doi.org/10.1002/ab.21735>
26. Greitemeyer T, Sagioglou C. The impact of personal relative deprivation on aggression over time. *J Soc Psychol*. 2019; 159(6):664-75. Doi: <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1549013>. Erratum in: *J Soc Psychol*. 2020; 160(2):264-6.

27. Kühn S, Kugler DT, Schmalen K, Weichenberger M, Witt C, Gallinat J. Does playing violent video games cause aggression? A longitudinal intervention study. *Mol Psychiatry*. 2019 Aug; 24(8):1220-34. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0031-7>
28. Anderson CA, Gentile DA, Buckley KE. *Violent video game effects on children and adolescents: theory, research, and public policy*. New York: Oxford; 2007. Doi: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195309836.001.0001>
29. Huesmann LR, Kirwil L. Why observing violence increases the risk of violent behavior by the observer. En: Flannery DJ, Vazsonyi AT, Waldman I (eds.). *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression*. Cambridge (England): Cambridge University Press; 2007. p. 545-70.
30. Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peeples D. Sadness, suicide, and their association with video game and Internet overuse among teens: results from the Youth Risk Behavior Survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav* 2011; 41:307-15. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00030.x>

¹ Juan Daniel Suárez Máximo

² Edna Johana Mondragón
Sánchez

³ Israel Jiménez Garrido

Perspectiva de los padres respecto al sobrepeso y la alimentación de su hijo

¹ Licenciatura en Enfermería. Egresado de la Maestría en Salud Pública en la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México; Coordinador de la Asociación de Enfermería Comunitaria Vocalía México. Titular de Oficina Nacional de Investigación AMEENF.

² Maestría en Enfermería. Docente Programa de Enfermería Universidad del Quindío; Miembro del Grupo de Investigación en Atención Primaria en Salud. Armenia (Colombia).

³ Maestría en Enfermería. Coordinador de Campos Clínicos de la Universidad del Valle de Puebla; Docente de posgrados en Universidad Popular Autónoma de Puebla. Puebla (México).

E-mail: juan.suarezma@alumna.buap.mx

Cómo citar este artículo:

Suárez Máximo JD, Mondragón Sánchez EJ, Jiménez Garrido I. Perspectiva de los padres respecto al sobrepeso y la alimentación de su hijo. *RIdEC* 2023; 16(1):19-27.

Fecha de recepción: 16 de octubre de 2022.

Fecha de aceptación: 3 de abril de 2023.

Resumen

Objetivo: describir la percepción del sobrepeso con relación a la selección de la alimentación de su hijo/a desde la perspectiva de los padres.

Metodología: estudio cuantitativo descriptivo, realizado en el periodo comprendido del 1 de noviembre al 2 de diciembre de 2021 en el municipio de Teziutlán, Puebla (México); con un muestreo probabilístico se obtuvo una muestra de 382 padres. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario sobre las características de percepción del sobrepeso desde la perspectiva de los progenitores.

Resultados: la muestra se compuso por 382 padres de un hijo con edad de entre 6 a 12 años. Se obtuvo una respuesta de 212 participantes positiva a si estaban bastantes preocupados y extremadamente preocupados respecto a la percepción de los padres y el problema de salud de sobrepeso, relacionado con la alimentación que tenían sus hijos.

Conclusión: desde la perspectiva del estudio se evidenció que los padres reportan una preocupación por el sobrepeso. Asimismo, se reportó que la nutrición es un aspecto importante en la familia para evitar problemas de salud. De igual manera, los profesionales de la salud contribuyen en el desarrollo de intervenciones o estrategias que forman a los progenitores y a los hijos sobre el sobrepeso y la obesidad.

Palabras clave: relaciones padres-hijo; sobrepeso; conducta alimentaria.

Abstract

Perspective of parents regarding excess weight and diet of their children

Objective: to describe the perception of overweight in terms of the selection of children's diet from the perspective of parents.

Methodology: a quantitative descriptive study, conducted in the period between November 1st and December 2nd, 2021, in the municipality of Teziutlán, Puebla (Mexico); a sample of 382 parents was obtained through probability sampling. A sociodemographic questionnaire was used for data collection, as well as a questionnaire on the characteristics of overweight perception from the perspective of parents.

Results: the sample consisted of 382 parents with a 6-to-12-year old child. There was positive answer by 212 participants to Quite Concerned and Extremely Concerned regarding the perception by parents and the health problem of overweight, associated with the diet followed by their children.

Conclusion: from the perspective of the study, it was evident that parents reported concern about overweight. Likewise, it was reported that nutrition was an important aspect in the family in order to prevent health problems. And health professionals also contributed to the development of training interventions or strategies on overweight and obesity for parents and children.

Key words: parents-child relationships; overweight; eating behaviour.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2020, hace referencia que la alimentación tiende a evolucionar con el tiempo y que en esta influyen factores socioeconómicos que interactúan de manera compleja, generando un modelo de dieta personal. Entre los factores que tienden a destacar se encuentran: los ingresos económicos, el costo de los alimentos, las preferencias alimentarias, las creencias y tradiciones culturales, así como los factores geográficos y ambientales (1).

En noviembre de 2018, la OMS y la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO) organizaron la segunda conferencia internacional sobre nutrición, en la cual se analizó la posibilidad de llevar a cabo la adaptación de la declaración de Roma sobre la nutrición (2) y el Marco de Acción (3), con la finalidad de ayudar a los países a cumplir los compromisos contraídos, entre los cuales recomienda un conjunto de opciones normativas y estrategias para promover una alimentación variada, inocua y saludable en todas las etapas de la vida con mayor énfasis en la infancia.

Diversos autores se refieren, entre otros aspectos, al número de comidas diarias, los horarios en que se come, la manera en que se adquieren, almacenan y manejan los alimentos, la forma en que se decide cuánto, con quién, dónde y con qué se come, las técnicas y los tipos de preparación culinaria, el orden en que se sirven los alimentos en la mesa y la manera en que se seleccionan los alimentos para las comidas ordinarias y para las ocasiones especiales (4-6).

La malnutrición es un problema que afecta a los niños y las niñas de México de distintas maneras (6). Por un lado, la desnutrición durante la infancia tiene impactos negativos en el resto de la vida, como tallas bajas y desarrollo insuficiente del sistema inmunológico. Asimismo, el sobrepeso y la obesidad favorecen la aparición de enfermedades como la diabetes, los problemas circulatorios, del corazón o de los riñones, repercusiones graves que afectan la calidad y la esperanza de vida.

Con base en los datos de las Naciones Unidas, la prevalencia de la desnutrición se acrecentó de un 8,4% a un 9,9% en el 2020, es por ello que se estima que hay un aproximado de 811 millones de personas en el mundo que se enfrentan al hambre. De acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (7) se estima que en 2020 fallecieron en México a causa de la desnutrición 8.500 personas, de ellos un promedio de 850 tenían menos de cinco años de edad (8).

Los resultados de la Encuesta Intercensal 2018 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI) señalan que de los 39,2 millones habitantes del país, seis de cada 10 hogares viven niños hasta de 10 años de edad y de esa población solo el 66% vive con seguridad alimentaria. La cifra de los menores que viven con inseguridad alimentaria (34%) está compuesta por 16,9% de los hogares cuya situación de inseguridad es leve, 9,5% es moderada y para 7,6% es severa (7-9).

El etiquetado frontal de alimentos y bebidas es la única herramienta con la que cuentan los consumidores para poder conocer el contenido real de los productos procesados. Al no tener información clara en el etiquetado que alerte sobre el contenido de estos productos, se limitaba la posibilidad de seleccionar alimentos o bebidas saludables y, en consecuencia, se podía tener una mayor ingesta de calorías, azúcares, grasas y sodio, que ponen en riesgo la salud. En México, siete de cada diez adultos y uno de cada tres niños, niñas y adolescentes tienen sobrepeso u obesidad; la diabetes es la segunda causa de muerte en el país (9-11).

El estilo de vida se define como el resultado de una aproximación del entendimiento entre diferentes dimensiones sociales: cómo los individuos obtienen los recursos necesarios para una actividad concreta, cómo se relacionan con el mundo social y organizan sus actividades, cuáles son sus intereses sociales y cómo se identifican con una actividad (12).

En México se presentan porcentajes altos de un inadecuado estilo de vida, como son el sedentarismo, presencia del estrés, tabaquismo, inadecuados hábitos alimentarios, alto consumo de grasas saturadas, bajo consumo de frutas y verduras, y falta de actividad física; lo anterior ocupa los primeros lugares es la nación, siendo a su vez los factores de riesgos de las principales causas de morbimortalidades en las enfermedades cardiovasculares y crónicas (13,14).

La investigación se abordará desde el Modelo de Promoción de Salud (MPS) de Nola Pender, se trata de un modelo que considera al ser integral, así como un análisis de los estilos de vida y las capacidades de la persona en la toma de decisiones con respecto a su salud. El MPS plantea que las personas tienen la capacidad de autoconciencia reflexiva, dado que los individuos buscan regular su conducta en forma positiva, además, identificó que los factores cognitivos y perceptuales de los individuos son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, es así como este modelo le da importancia a la cultura, con base en el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo (15,16). Según lo anterior, se planteó el objetivo de describir la perspectiva de los padres respecto al sobrepeso con la relación de la alimentación de su hijo.

Material y métodos

Estudio cuantitativo descriptivo de tipo transversal. Este estudio se realizó en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre y el 2 de diciembre de 2021. La población estuvo conformada por 403 padres de familias, que tienen hijos inscritos a una institución educativa pública de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). A lo cual se obtuvo una muestra de 382 padres de un hijo de edad entre 6 a 12 años, la difusión se llevó a cabo mediante la red social de la institución educativa (8,17). La técnica empleada para la recolección de la muestra, y por motivo de la de pandemia, se realizó a través de un cuestionario de Google Forms.

El muestreo fue probabilístico de un 95%, se consideraron aspectos como la disponibilidad de tiempo de los participantes. Los criterios de inclusión fueron: tener un hijo de entre 6 a 12 años de edad, que aceptaran participar en el estudio mediante el consentimiento informado digital. El criterio de exclusión: se especificó no participar si los padres no sabían leer ni escribir o el hijo o hija era mayor o menor a los rangos de edad (17,18).

Para recolección de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico compuesto por seis preguntas, elaboradas *ad hoc*.

Sociodemográfico: (usted es madre o padre, edad del padre o madre, número de hijos de entre 6 a 12 años de edad, cuándo fue la última vez que peso a su hijo y donde lo peso).

De igual manera un cuestionario sobre la percepción del sobrepeso y la selección de la alimentación, siendo una elaboración propia con las bases del Modelo de Promoción de Salud, basándose en el análisis de los estilos de vida y las capacidades de la persona en la toma de decisiones con respecto a su salud, así como de la capacidad de autoconciencia reflexiva, dado que los individuos buscan regular su conducta en forma positiva.

El cuestionario de las características sobre percepción del sobrepeso desde la perspectiva de los padres: consta de 15 preguntas con respuestas de tipo Likert y dicotómicas.

Se tomaron en consideración los elementos éticos de la investigación científica, al respetar la autodeterminación de los sujetos a participar en el estudio mediante su consentimiento informado. La disposición de los resultados se elaboró de tal manera que reflejara la no maleficencia del equipo de trabajo al exponer los mismos (Declaración de Helsinki). Asimismo, se consideraron los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de Investigación para la Salud en seres humanos, observando el título segundo, capítulo 1, Art 17 de investigación para la salud, donde se consideró la investigación de riesgo mínimo para el participante (19,20).

Los datos fueron analizados con el *Statistical Package For The Social Sciences* (SPSS) V.25; se realizaron índices de estadística descriptiva según la naturaleza de las variables (frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; media y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas).

Resultados

Descripción de la muestra: la muestra se compuso por 382 padres de un hijo con edad de entre 6 a 12 años, la edad tuvo una media de 33,79, con un intervalo de 20 a 49 años, de acuerdo con la frecuencia de los progenitores se reportó que 294 son madres y 88, padres, de los cuales hacen mención que el género de su hijo es masculino (55,2%) y femenino (44,8%) y se realiza la cuestión sobre cuándo fue la última vez que pesó a su hijo (en meses) y dónde lo había hecho (Tabla 1).

Respecto a la primera pregunta: si su hijo tuviese sobrepeso ¿cómo se sentiría al respecto? Se obtuvo que n= 212 se encontrarían bastantes preocupados y n=110 extremadamente preocupados; asimismo se cuestionó sobre si los niños presentaban obesidad por falta de ejercicio, a lo que los padres mencionaron que estaban en desacuerdo el 36,9% (n= 141) y de acuerdo el 31,2% (n= 119); con respecto a si era por incitación a comer inadecuadamente respondieron en desacuerdo el 37,4% (n= 143). Por otra parte, si era porque sus padres no los obligan a hacer deporte afirmaron estar de acuerdo n=140; con respecto a los cuántos kilos por encima del parámetro normal podría considerarse obeso, manifestaron que entre 6 y 9 Kg (n= 143) y entre 10 y 13 Kg (n= 106) (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Característica sociodemográfica		n	%
¿Usted es?	Madre	294	77,0
	Padre	88	23,0
¿Cuál es su edad?	20 - 25 años	31	8,1
	26 - 30 años	100	26,1
	31 - 35 años	98	25,6
	36 - 40 años	101	26,4
	≥ 41 años	51	13,6
¿Cuándo fue la última vez que peso a su hijo? (meses)	1 a 3 meses	192	50,3
	4 a 6 meses	125	32,7
	7 a 9 meses	65	17
¿Dónde lo peso?	En casa	78	20,4
	En la farmacia	61	16,0
	Consulta médica	243	63,6

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Cuestionario sobre las características sobre percepción del sobrepeso desde la perspectiva de los padres

Cuestionario		Usted es:			
		Madre		Padre	
		n	%	n	%
Si su hijo tuviese sobrepeso, ¿cómo se sentiría al respecto?	Nada preocupado	1	0,3	1	0,3
	Poco preocupado	22	5,8	10	2,6
	Ni preocupado ni despreocupado	13	3,4	13	3,4
	Bastante preocupado	170	44,5	42	11,0
	Extremadamente preocupado	88	23,0	22	5,8
¿Usted opina que los niños obesos están así porque no se cuidan?	Totalmente en desacuerdo	29	7,6	7	1,8
	En desacuerdo	77	20,2	29	7,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	30	7,9	18	4,7
	De acuerdo	88	23,0	17	4,5
	Totalmente de acuerdo	70	18,3	17	4,5
¿Usted opina que los niños obesos son así porque no realizan actividades físicas?	Totalmente en desacuerdo	62	16,2	22	5,8
	En desacuerdo	165	43,2	42	11,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	35	9,2	13	3,4
	De acuerdo	24	6,3	10	2,6
	Totalmente de acuerdo	8	2,1	1	0,3

Tabla 2. Cuestionario sobre las características sobre percepción del sobrepeso desde la perspectiva de los padres (continuación)

Cuestionario		Usted es:			
		Madre		Padre	
		n	%	n	%
¿Usted opina que los niños obesos son así porque sus padres los incitan a comer inadecuadamente?	Totalmente en desacuerdo	20	5,2	10	2,6
	En desacuerdo	112	29,3	31	8,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	61	16,0	16	4,2
	De acuerdo	75	19,6	24	6,3
	Totalmente de acuerdo	26	6,8	7	1,8
¿Usted opina que los niños son obesos porque sus padres no los obligan a hacer deporte?	Totalmente en desacuerdo	13	3,4	2	0,5
	En desacuerdo	75	19,6	22	5,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	51	13,4	20	5,2
	De acuerdo	113	29,6	27	7,1
	Totalmente de acuerdo	42	11,0	17	4,5
¿Cuántos kilos de más considera usted que debe tener un niño para considerarse obeso?	Entre 3 y 5 Kg	46	12,0	17	4,5
	Entre 6 y 9 Kg	119	31,2	24	6,3
	Entre 10 y 13 Kg	73	19,1	33	8,6
	Entre 14 y 17 Kg	22	5,8	4	1,0
	Más de 18 Kg	34	8,9	10	2,6
¿Qué deben hacer los padres para evitar que sus hijos sean obesos?	Alimentarlos sanamente	217	56,8	39	10,2
	Evitar la comida chatarra	32	8,4	21	5,5
	Salir con ellos a caminar	22	5,8	8	2,1
	No comprar todo lo que quieran	8	2,1	7	1,8
	No dejarlos mucho tiempo en la computadora, tablet o celular	15	3,9	13	3,4
¿Dónde compra mayormente los productos para alimentar a sus hijos?	Supermercado	98	25,7	36	9,4
	Mercado local	148	38,7	46	12,0
	Tienda	48	12,6	6	1,6
¿Lee con detenimiento los contenidos nutricionales de los alimentos que compra?	Sí	162	42,4	53	13,9
	No	132	34,6	35	9,2
¿Compra alimentos por impulso?	Sí	51	13,4	29	7,6
	No	243	63,6	59	15,4
¿Cómo se distribuyen las comidas durante el día?	Dos comidas al día	11	2,9	7	1,8
	Tres comidas al día	229	59,9	53	13,9
	Cuatro comidas al día	28	7,3	11	2,9
	Cinco comidas al día	26	6,8	17	4,5

Tabla 2. Cuestionario sobre las características sobre percepción del sobrepeso desde la perspectiva de los padres (continuación)

Cuestionario		Usted es:			
		Madre		Padre	
		n	%	n	%
¿Qué tan importante es la nutrición en familia?	Totalmente en desacuerdo	34	8,9	6	1,6
	En desacuerdo	43	11,3	11	2,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	98	25,7	16	4,2
	De acuerdo	59	15,4	31	8,1
	Totalmente de acuerdo	60	15,7	24	6,3
Confío en mis habilidades para controlar cuánto come mi hijo	Totalmente en desacuerdo	19	5,0	8	2,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	19	5,0	10	2,6
	De acuerdo	138	36,1	50	13,1
	Totalmente de acuerdo	118	30,9	20	5,2
Estoy seguro de que podré regular su ingesta de alimentos	Totalmente en desacuerdo	19	5,0	11	2,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	6,0	14	3,7
	De acuerdo	142	37,2	45	11,8
	Totalmente de acuerdo	110	28,8	18	4,7
Estoy seguro de que podré cumplir con sus objetivos de control de peso	Totalmente en desacuerdo	17	4,5	8	2,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	2,4	10	2,6
	De acuerdo	139	36,4	43	11,3
	Totalmente de acuerdo	129	33,8	27	7,1

Fuente: elaboración propia

Se planea el interrogante de qué deben hacer los padres para evitar que sus hijos sean obesos, la alimentación es la respuesta más recurrente por 256 progenitores, comprando los productos alimentarios en el supermercado [35,1% (n= 134)] y en el mercado [50,8% (n= 194)], es por ello que también se pregunta si se leen con detenimiento los contenidos nutricionales de los alimentos con un sí [35,1% (n= 215)], y refiere que no compran alimentos por impulso [79,1% (n= 302)], distribuyendo tres comidas al día [73,8% (n= 282)]; es por ello que se preguntó cómo de importante es la nutrición en familia, afirmando que ni de acuerdo ni en desacuerdo [39,5% (n= 151)] y de acuerdo (35,9%), refiriendo que los padres están seguros de que podrán cumplir con sus objetivos de control de peso haciendo mención que de acuerdo [47,6 % (n= 182)] y totalmente de acuerdo [40,8% (n= 156)].

Discusión

En la investigación existió un predominio del sexo masculino con un 55,2% de datos, que difieren con otra investigación (21), quienes reportan al sexo femenino con mayor porcentaje, 51,3%.

El promover hábitos de alimentación saludable en el niño es una actividad que compete a los padres o cuidador principal, ante esta tarea un estudio demuestra que la madre es quien adopta principalmente este rol, datos que coinciden con esta investigación ya que la mayoría de población (77%) era madre de hijos en edades de 6 a 12 años (22).

Estos resultados pudieran deberse a que los hogares mexicanos siguen siendo encabezados por el sexo femenino (23). En relación con lo que deben hacer los progenitores para evitar que sus hijos sean obesos, el 37,4% refiere que deben alimentarlos sanamente, acción que concuerda con las recomendaciones hechas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), quienes hacen énfasis en adoptar patrones de alimentación saludable en familia, puesto que ayudan a mantener en los niños un peso saludable (24).

Otro aspecto importante que resaltar es que los estilos de vida saludables, como la actividad física, son un aspecto importante que se debe cubrir en la población pediátrica para reducir y prevenir la obesidad (25); sin embargo, esto difiere con la percepción que tienen los padres dentro de esta investigación, ya que 141 padres, lo que equivale a 36,9%, refieren no estar de acuerdo con que la obesidad en el niño pueda deberse a la falta de ejercicio y esto pudiera ser porque los padres no se encuentran correctamente informados sobre la importancia de los estilos de vida saludables como factor en la reducción de este problema.

Por otro lado, uno de los factores que influye en la preferencia de los alimentos, por parte de los padres, es que el etiquetado nutricional brinde información clara y veraz, esto se evidencia y relaciona en esta investigación en donde los padres en su mayoría consideran leer la etiqueta antes de adquirir el producto. Sin embargo, no se cuenta con el conocimiento suficiente, ni la cultura y sí con la alta oferta de productos alimenticios no saludables en nuestro país, que favorecen la mala nutrición en niños (26).

Los resultados mencionados, evidencian la importancia de educar a los padres y la familia, con información verídica sobre los factores que deben ser prioridad al hablar de elección de alimentos y nutrición correcta de los niños, además es indispensable el acompañamiento de la familia, lo que se relaciona con el estudio realizado por Anaya et al. (27).

Limitación

La limitación más importante fue la elaboración e inclusión de la literatura científica, siendo el cuestionario sobre las características sobre percepción del sobrepeso desde la perspectiva de los padres.

Conclusión

En la presente investigación se lograron evidencias sobre que la mayoría de los padres se sentirían bastante preocupados si sus hijos tuvieran sobrepeso; sin embargo, un porcentaje elevado de ellos refiere estar en desacuerdo en que el ejercicio no es un determinante para tal situación de salud. Por otro lado, la mayoría de los participantes está completamente de acuerdo en que la nutrición en la familia es importante para evitar problemas de salud como la obesidad.

Ante esta problemática es importante que los padres se encuentren informados sobre aquellos aspectos que contribuyen positiva o negativamente en la salud de su hijo/a, ya que se ha podido evidenciar que muchos de los progenitores dentro de esta investigación consideran algunos aspectos como poco relevantes o importantes para reducir o evitar el sobrepeso entre sus hijos. Los padres consideran estar de acuerdo en confiar en sus habilidades para controlar la cantidad de alimentos que ingieren sus hijos.

Por lo anterior, es importante que los profesionales de la salud contribuyan en el desarrollo de intervenciones o estrategias que formen a los progenitores y a los hijos sobre el sobrepeso y la obesidad, estas intervenciones han de estar encaminadas a proporcionar toda la información pertinente a los padres y también a los niños y las niñas sobre lo correcto y lo que no lo está, para mantener una vida saludable en toda la familia. Por ello, se propone que la promoción de estilos de vida saludables son una puerta de entrada para la prevención de sobrepeso y obesidad en la población pediátrica.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación sana [internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization. Rome Declaration on Nutrition. Second International Conference on Nutrition. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization; 2018.
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization. Framework for Action. Second International Conference on Nutrition. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization; 2014.
4. Ibarra LS. Transición Alimentaria en México. Razón y Palabra 2016; 20(94):162-79.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Lineamientos metodológicos para la construcción de canastas básicas de alimentos sobre la base de criterios comunes para los países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). Chile: CEPAL; 2021.
6. Fonseca Z. La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. Multimed. 2020 Feb; 24(1):237-46.
7. Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México; 2015.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: Población, Hogares y Vivienda. [internet]. México: INEGI [citado 8 may 2023]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales 2012 [internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
10. Sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas para México: una estrategia para la toma de decisiones saludables. Salud pública Méx. 2018 Ago; 60(4):479-86.
11. Gobierno de México. Etiquetado frontal de alimentos y bebidas [internet]. Hablemos de salud. Gobierno de México; 2021 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/promosalud/acciones-y-programas/etiquetado-de-alimentos>
12. Ludick O, Eduardo J. Efectos de los estilos de vida saludables en las habilidades sociales en jóvenes. Vertientes Rev. Espec en Ciencias la Salud 2018; 20(2):5-11.
13. Allgood MR. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 385-408.
14. Manzanero-Rodríguez D, Rodríguez Rodríguez AM, García-Esquivel L, Cortez-Solís JM. Estado nutricional, factores sociodemográficos y de salud en estudiantes de nuevo ingreso a la UAZ. Enfermería Univ 2018; 15(4):383-93.
15. Contreras VJ, Riquelme Pereira N. Estilo de vida promotor de salud y factores de riesgo en estudiantes universitarios. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2018; 8(2):7-16.
16. Vallejo Alvirer NG, Martínez Moctezuma E. Impacto de la promoción de estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida. Drugs Addict Behav 2017; 2(2):225. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2442>
17. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. Metodología de la investigación. 6ª ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
18. Polit B. Investigación científica en ciencias de la salud. México D.F.: McGraw Hill; 2018.
19. Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial AMM [internet]. 2008 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
20. Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la salud Secretaría de Salud. México: Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación; 1992.
21. Vicente SB, García K, González HAE, Saura NCE. Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años. Revista Finlay. 2017; 7(1).
22. Alarcón ME, López M, Ramón M, Alvarado IR, González M. Prácticas maternas de alimentación e inclusión social de niños mexicanos con discapacidad. Aproximación con grupos focales. Rev. Perú. Med. Exp y salud pública [internet] 2018 [citado 8 may 2023]; 35(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000100006
23. Consejo Nacional de Población. La composición de las familias y hogares mexicanos se ha transformado en décadas recientes como resultado de cambios demográficos y sociales [internet]. México: Gobierno de México; 2020 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/la-composicion-de-las-familias-y-hogares-mexicanos-se-ha-transformado-en-las-recientes-decadas-como-resultado-de-cambios-demograficos?idiom=es>

24. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Prevenir la obesidad infantil: cuatro cosas que las familias pueden hacer. CDC [internet] 2022 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/features/obesidadninos/index.html>
25. Trejo OPM, Jasso CS, Mollinedo MFE, Lugo BLG. Relación entre actividad física y obesidad en escolares. Revista Cubana de Medicina General Integral. [internet] 2012 [citado 8 may 2023]; 28(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100005
26. UNICEF. El etiquetado nutrimental de México que protege a la infancia. UNICEF [internet] 2020 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/historias/el-etiquetado-nutrimental-de-m%C3%A9xico-que-protege-la-infancia>
27. Anaya-García SE, Álvarez-Gallego MM. Factores asociados a las preferencias alimentarias de los niños. Revista Eleuthera 2018; 18:58-73. Doi: <https://doi.org/10.17151/eleu.2018.18.4>

Reacciones adversas en pacientes vacunados contra la COVID-19 en Atención Primaria

¹ Rocío López Sánchez

¹ Irene Arjona Pérez

¹ Sergio Cabezas Estrella

¹ Raquel Hernández Robledo

² Julia de las Pozas Abril

¹ Grado en enfermería. Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. Leganés, Comunidad de Madrid (España).

E-mail: rocolosan@gmail.com

² Máster universitario en cuidados críticos de enfermería. Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. Leganés, Comunidad de Madrid (España).

Cómo citar este artículo:

López Sánchez R, Arjona Pérez I, Cabezas Estrella S, Hernández Robledo R, de las Pozas Abril J. Reacciones adversas en pacientes vacunados contra la COVID-19 en Atención Primaria. *RIDEC* 2023; 16(1):28-37.

Fecha de recepción: 13 de febrero de 2023.

Fecha de aceptación: 26 de abril de 2023.

Resumen

Objetivo: conocer la frecuencia y el tipo de reacciones adversas producidas en la población vacunada en el entorno comunitario.

Método: estudio cuantitativo observacional prospectivo. Los participantes fueron pacientes vacunados en el Centro de Salud Doctor Mendiguchia Carriche en Leganés (Comunidad de Madrid) durante el periodo de vacunación entre mayo y septiembre de 2021.

En el estudio se examinaron las reacciones adversas autoinformadas en los siete días posteriores a cada dosis de Comirnaty™-Pfizer®-BioNTech y dosis única de J&J® Janssen.

Se recogieron las reacciones descritas en ficha técnica como más frecuentes, así como reacciones adversas inusuales que los pacientes relacionaron con la vacunación. Se adjuntaron, además, variables sociodemográficas y antecedentes de COVID-19.

Resultados: participaron 821 pacientes. 687 recibieron la primera dosis de Pfizer®, 457 recibieron una segunda dosis y 100 recibieron dosis única de J&J® Janssen. El 88,5% de pacientes vacunados con Comirnaty™-Pfizer®-BioNTech y el 69,2% de pacientes vacunados con J&J® Janssen presentaron alguna reacción adversa. Las reacciones adversas notificadas por pacientes son mayores tras la segunda dosis de Comirnaty™-Pfizer®-BioNTech. Existe una relación entre la aparición de reacciones adversas y la edad y el sexo. Se incluyeron los porcentajes de reacciones adversas inusuales que los pacientes relacionaron con la vacunación.

Conclusión: el análisis de los resultados proporciona información importante sobre la frecuencia de reacciones adversas en los distintos grupos de edad, los diferentes tipos de vacunas y entre aquellos con o sin antecedentes de COVID-19. Las reacciones adversas notificadas fueron numerosas, pero no graves.

Palabras clave: evento adverso; vacunación; SARS-CoV-2; COVID-19.

Abstract

Adverse reactions in patients vaccinated against covid-19 in Primary Care

Objective: to understand the frequency and type of adverse reactions developed by the population vaccinated in the community setting.

Method: a prospective observational quantitative study. The participants were those patients vaccinated at the Doctor Mendiguchia Carriche Primary Care Centre in Leganés (Madrid) during the vaccination period between May and September 2021.

The adverse reactions self-reported within the seven days after each dose of Comirnaty™-Pfizer-BioNTech and the single dose of J&J® Janssen were analysed in the study.

Those reactions described as more frequent in the product specifications were collected, as well as unusual adverse reactions which patients associated with vaccination. Sociodemographic variables and past history of COVID-19 were also attached.

Results: the study included 821 patients; 687 of them received their first Pfizer dose, 457 received a second dose, and 100 received a single dose of J&J® Janssen. 88.5% of patients vaccinated with Comirnaty™-Pfizer-BioNTech and 69.2% of patients vaccinated with J&J® Janssen presented some adverse reaction. There was a higher number of adverse reactions reported per patient after the second dose of Comirnaty™-Pfizer-BioNTech. There was a relationship between the development of adverse reactions and age and gender. The percentages of unusual adverse reactions that patients associated with vaccination were also included.

Conclusion: the analysis of results provided important information about the frequency of adverse reactions in the different age groups, the different types of vaccines, and between those with or without a past history of COVID-19. The adverse reactions reported were numerous, but not severe.

Key words: adverse event; vaccination; SARS-CoV-2; COVID-19.

Introducción

La situación de pandemia iniciada en 2020, causante del síndrome viral sistémico de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), ha provocado grandes pérdidas sanitarias y económicas a nivel mundial (1).

Al comienzo del estudio, en España se notificaron 3.678.390 casos confirmados de COVID-19 y 79.953 fallecidos. En la Comunidad de Madrid, 716.173 casos confirmados y 15.287 fallecidos por COVID-19 (2).

Uno de los objetivos prioritarios de las autoridades sanitarias fue el desarrollo de vacunas eficaces para prevenir la enfermedad y disminuir la gravedad y mortalidad, además de reducir el impacto de la pandemia sobre el sistema asistencial y la economía (1).

En Europa, la *European Medicines Agency* (EMA), a finales de mayo, ya había autorizado cuatro vacunas frente a la COVID-19. La vacuna Comirnaty™-Pfizer®-BioNTech, Spikevax™-Moderna, Vaxzevria™-AstraZeneca y la vacuna de Janssen-Johnson & Johnson®. Para ser autorizadas estas vacunas han debido demostrar niveles adecuados de eficacia y seguridad, si bien presentan diferentes características en cuanto a su logística, eficacia y perfiles de población en las que han sido ensayadas (3).

Según ficha técnica, las reacciones adversas más frecuentes en la vacuna Comirnaty™-Pfizer®-BioNTech fueron el dolor en el lugar de inyección (> 80%), fatiga o sensación de cansancio (> 60%), cefalea (> 50%), mialgias y escalofríos (> 30%), artralgias (> 20%), fiebre e inflamación en el lugar de inyección (> 10%), siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo en pocos días tras la vacunación. Estas reacciones son más habituales tras la segunda dosis y su frecuencia disminuye con la edad (4,5).

En la vacuna de Janssen-Johnson & Johnson® las reacciones adversas que aparecen en ficha técnica son: dolor en el lugar de inyección (48,6%), cefalea (38,9%) y fatiga (38,2%), mialgia (33,2%), náuseas (14,2%) y fiebre > 38 °C (9%). La mayoría de las reacciones adversas se produjo en el plazo de 1-2 días después de la vacunación y fueron de intensidad leve o moderada y de corta duración (6).

El Centro de Salud (CS) Dr. Mendiguchía Carriche se encuentra en el municipio de Leganés de la Comunidad de Madrid, con una zona básica de salud (ZBS) que abarca unos 24.624 pacientes, de los cuales 20.263 son igual o mayores de 18 años.

Durante el año 2021 en el CS se inició la vacunación contra la COVID-19 en el grupo de población mayor de 75 años, las personas inmovilizadas, los grandes dependientes y sus cuidadores. Posteriormente se amplió a los mayores de 18 años según las distintas estrategias de vacunación. Las vacunas administradas en el CS fueron principalmente Comirnaty™-Pfizer®-BioNTech y Janssen-Johnson & Johnson®.

El presente estudio se ideó con el propósito de conocer qué reacciones adversas tras la vacunación frente a la COVID-19 eran las más frecuentes en la población de referencia y analizar si su frecuencia podría estar relacionada con alguna característica de los pacientes, ya que no se han encontrado estudios realizados en población española o estaban circunscritos a una población específica.

Al aportar un mayor conocimiento de la frecuencia de aparición de reacciones adversas y su relación con distintas características como edad, sexo o antecedentes de COVID-19 previo a la vacunación, este estudio ayudaría a proporcionar unas recomendaciones específicas con el fin de mejorar los cuidados posvacunación de la población en función de estas características.

El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia y el tipo de reacciones adversas producidas en la población vacunada contra la COVID-19 entre mayo y septiembre del año 2021 en el CS Dr. Mendiguchía Carriche y analizar si existen diferencias según edad, sexo y antecedentes de haber pasado o no la COVID-19.

Material y método

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y descriptivo

Población y muestra

La población a estudio fue aquella mayor de 18 años que hubiera recibido una vacuna contra la COVID-19. Para el tamaño muestral del estudio se realizó un muestreo consecutivo, invitando a participar a los pacientes que acudieron a vacunarse al CS. Finalmente 821 aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Variables de investigación

En el momento de la vacunación se recogieron las variables de edad y sexo y aquellas relacionadas con la vacuna: tipo, dosis de la vacuna, fecha de vacunación y antecedentes de enfermedad COVID.

Tras la vacunación, las variables recogidas fueron las reacciones adversas incluidas en la ficha técnica (dolor en la zona de punción, astenia, cefalea, artralgias, mialgias, escalofríos, náuseas y/o vómitos, febrícula: 37,5 a 37,9 °C, fiebre: \geq 38 °C, adenopatías, otras: especificar).

Recogida de datos

Se entregaron dos cuestionarios: uno en el momento de la vacunación donde se recogen las variables sociodemográficas y otro que se entregó al paciente para el registro de Reacciones Adversas durante las 72 horas siguientes a la vacunación, cuestionario que debía de ser entregado durante los siguientes siete días. Pasada una semana se llevaron a cabo hasta dos llamadas telefónicas a los pacientes que habían sido vacunados y no entregaron dicha encuesta.

Durante el periodo del estudio la vacunación se realizó según la Actualización 8. Estrategia de vacunación COVID-19. Teniendo disponibles en el CS las vacunas de Comirnaty™-Pfizer®-BioNTech y Janssen-Johnson & Johnson® (7).

Análisis de datos

Para el análisis descriptivo se utilizaron: en las variables cualitativas frecuencias absolutas y porcentajes y para las variables cuantitativas fueron usadas mediana y desviación estándar.

La descripción de las reacciones adversas se realizó mediante frecuencias absolutas y porcentajes y se calcularon sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Para estudiar la relación entre la comunicación o no de reacciones adversas según edad, sexo, número de dosis recibidas, antecedentes y, en su caso, tiempo de antecedentes previos de COVID, se utilizó χ^2 , test Fisher y test de McNemar. También se calculó el Riesgo Relativo con IC 95% de reacciones adversas, con presencia o no de antecedentes de COVID-19.

Aspectos éticos

A cada participante se le asignó un código que no permitía identificar los datos de filiación, de tal forma que en la hoja de recogida de datos solo constó el código asignado. El análisis de los datos fue con los códigos asignados.

El proyecto fue presentado para su valoración a la comisión local de investigación de la DASUR y fue aprobado por el CEIm del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés. N° CEIm 1309-A(43/21).

Resultados

Durante el periodo de mayo a septiembre del año 2021 se realizó la recogida de datos del estudio, con la entrega del cuestionario a los pacientes que acudían al CS a administrarse la vacuna frente a la COVID-19.

La vacuna de Pfizer® se administraba, con pauta de dos dosis, a los pacientes mayores de 18 años que no hubieran pasado la COVID-19 y pacientes mayores de 65 años independientemente de si tenían antecedentes de COVID-19 previo a la vacunación o no. La vacuna de Pfizer® se administraba en dosis única en los pacientes que siendo menores de 65 años habían pasado previamente la enfermedad. La vacunación de Janssen® era dosis única.

Acudieron a vacunarse 821 pacientes, 721 pacientes (87,8%) recibieron la vacuna de Pfizer® (BioNTech) y 100 pacientes (12,2%) recibieron la vacuna de Janssen® (Figura 1).

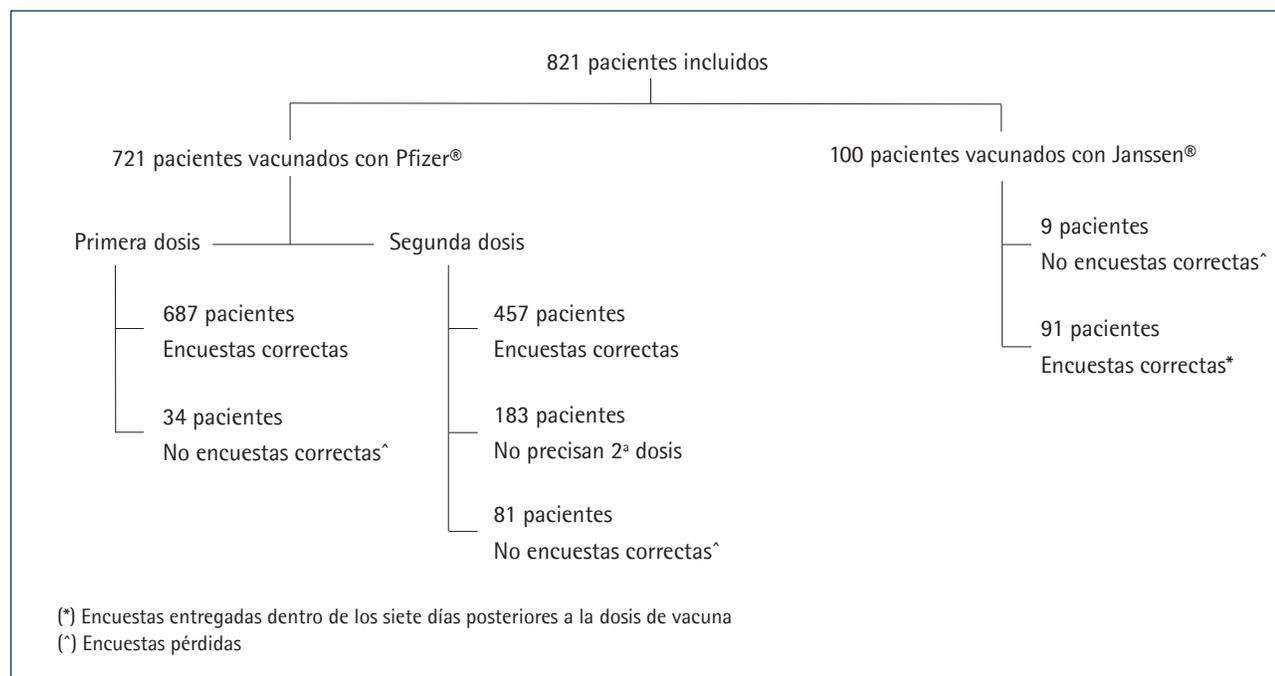


Figura 1. Esquema de la muestra estudiada

Las características de la población de estudio en relación al sexo, grupo de edad y antecedentes de COVID se recogen en la Tabla 1.

En el caso de los pacientes vacunados con la dosis única de Janssen®, 91 pacientes entregaron el cuestionario cumplimentado y de ellos 63 (69,2%) señalaron alguna reacción adversa tras la vacunación ($p= 0,00$).

De los 451 pacientes que recibieron las dos dosis de Pfizer®, 391 (86,7%) señalaron en el cuestionario una o más reacciones adversas tras la primera dosis y 399 (88,5%) tras recibir la segunda dosis ($p= 0,63$).

El análisis del tipo de reacción adversa registrada por los pacientes y su frecuencia según tipo de vacuna y dosis recibida se recogen en la Tabla 2.

Tabla 1. Características de la población

	Vacuna Pfizer®	Vacuna Janssen®	Total
	N= 721	N= 100	N= 821
Sexo, n (%)			
Mujer	398 (55,2)	48 (48)	446 (54,3)
Hombre	323 (44,8)	52 (52)	375 (45,7)
Grupos edad, n (%)			
18-34	230 (28)	11(11)	230 (28)
35-49	353 (48,9)	61 (61)	364 (44,3)
50-64	111 (15,39)	28 (28)	172 (20,9)
+65	27 (3,74)		55 (6,6)
COVID-19 previa, n (%)			
No	528 (73,2)	87 (87)	615 (74,9)
Sí	193 (26,8)	13 (13)	206 (25,1)
Tiempo de COVID-19 previa, n (%)			
Menos 6 meses	93 (48,1)	8 (61,5)	101 (12,3)
Más 6 meses	100 (51,8)	5 (38,4)	105 (12,7)

Tabla 2. Reacciones adversas por tipo de vacuna y dosis

	Vacuna Janssen®		Primer y segunda dosis de Pfizer® *		
	Dosis única	Valor p	Primera dosis	Segunda dosis	Valor p
	N= 100		N= 451	N= 451	
Dolor en la zona de punción ^^	41 41 (31,26-51,28)	0,00	377 83,6 (79,84-86,89)	362 80,3 (76,28-83,84)	0,07
Cansancio ^^	32 32 (23,02-42,07)	0,55	111 24,6 (20,70-28,86)	203 45 (40,35-49,73)	0,00
Cefalea ^^	27 27(18,06-36,80)	0,08	79 17,5 (14,12-21,34)	140 31 (26,80-35,53)	0,00
Mialgia ^^	23 23 (15,17-32,48)	0,27	70 15,5 (12,30-19,20)	149 33 (28,71-37,59)	0,00
Artralgias ^^	14 14 (7,87-22,37)	0,14	31 6,9 (4,72-9,61)	101 22,4 (18,63-26,53)	0,00
Escalofríos ^^	14 14 (7,87-22,37)	0,05	28 6,2 (4,16-8,85)	68 15,1(11,9-18,72)	0,00

Tabla 2. Reacciones adversas por tipo de vacuna y dosis (continuación)

	Vacuna Janssen®		Primer y segunda dosis de Pfizer® *		
	Dosis única	Valor p	Primera dosis	Segunda dosis	Valor p
	N= 100		N= 451	N= 451	
Fiebre ^^	4 4 (1,10-9,92)	0,53	7 1,6 (0,62-3,17)	40 8,90 (6,41-11,88)	0,00
Febrícula ^^	9 9 (4,19-16,39)	0,28	20 4,4 (2,73-6,76)	62 13,7(10,70-17,27)	0,00
Náuseas y vómitos ^^	9 9 (4,19-16,39)	0,01	17 3,8 (2,21-5,96)	41 9,1(6,60-12,13)	0,00
Adenopatías ^^	2 2 (0,24-7,03)	1,00	8 1,8 (0,77-3,46)	22 4,9 (3,08-7,29)	0,00

* El denominador corresponde a los pacientes que recibieron y notificaron correctamente ambas dosis de la vacuna de Pfizer®
^^ n / % (IC 95%)

En la Tabla 3 se describe el número absoluto de reacciones adversas notificadas por paciente según dosis y tipo de vacuna administrada. La mediana de reacciones adversas tras la primera dosis de Pfizer® es una (rango 0-7) y de dos reacciones (rango 0-9) tras la segunda dosis. En el caso de la administración de la dosis única de Janssen®, la mediana es de una reacción adversa (rango 0-8).

Se analizó si los pacientes que habían recibido la vacunación completa de Pfizer® presentaban más reacciones adversas tras la segunda dosis con respecto a la primera según el grupo de edad. Se objetivó que el grupo de edad de mayores de 65 años tenía una relación estadísticamente significativa, es decir, que este grupo presentaba mayor número de reacciones en la segunda dosis con respecto a la primera ($p= 0,016$).

Se realiza un comparativa de las reacciones notificadas en función de diversos datos demográficos, antecedentes de COVID-19 previos a la vacunación y del tiempo transcurrido desde la infección hasta la vacunación (según el protocolo de vacunación de seis meses o menos), estos datos se representan en los Gráficos 1 y 2.

Tabla 3. Número de reacciones absolutas en función de vacuna y dosis

Número de reacciones	Frecuencia		
	Reacciones adversas 1 dosis Pfizer® (455)	Reacciones adversas 2 dosis Pfizer® (455)	Reacciones adversas 1 dosis Janssen® (91)
0	62 (13,6%)	56 (12,3%)	28 (30,76%)
1	214 (47%)	135 (29,7%)	18 (19,7%)
2	86 (18,9%)	74 (16,3%)	17 (18,68%)
3	44 (9,7%)	51 (11,2%)	13 (14,28%)
4	25(5,5%)	41 (9%)	5 (5,49%)
5	10, (2,2%)	35 (7,7%)	3 (3,29%)
6	10 (2,2%)	35 (7,7%)	3 (3,29%)
7	4 (0,9%)	19 (4,2%)	1 (1,09%)
8	0	8 (1,8%)	3 (3,29%)
9	0	1 (0,2%)	0

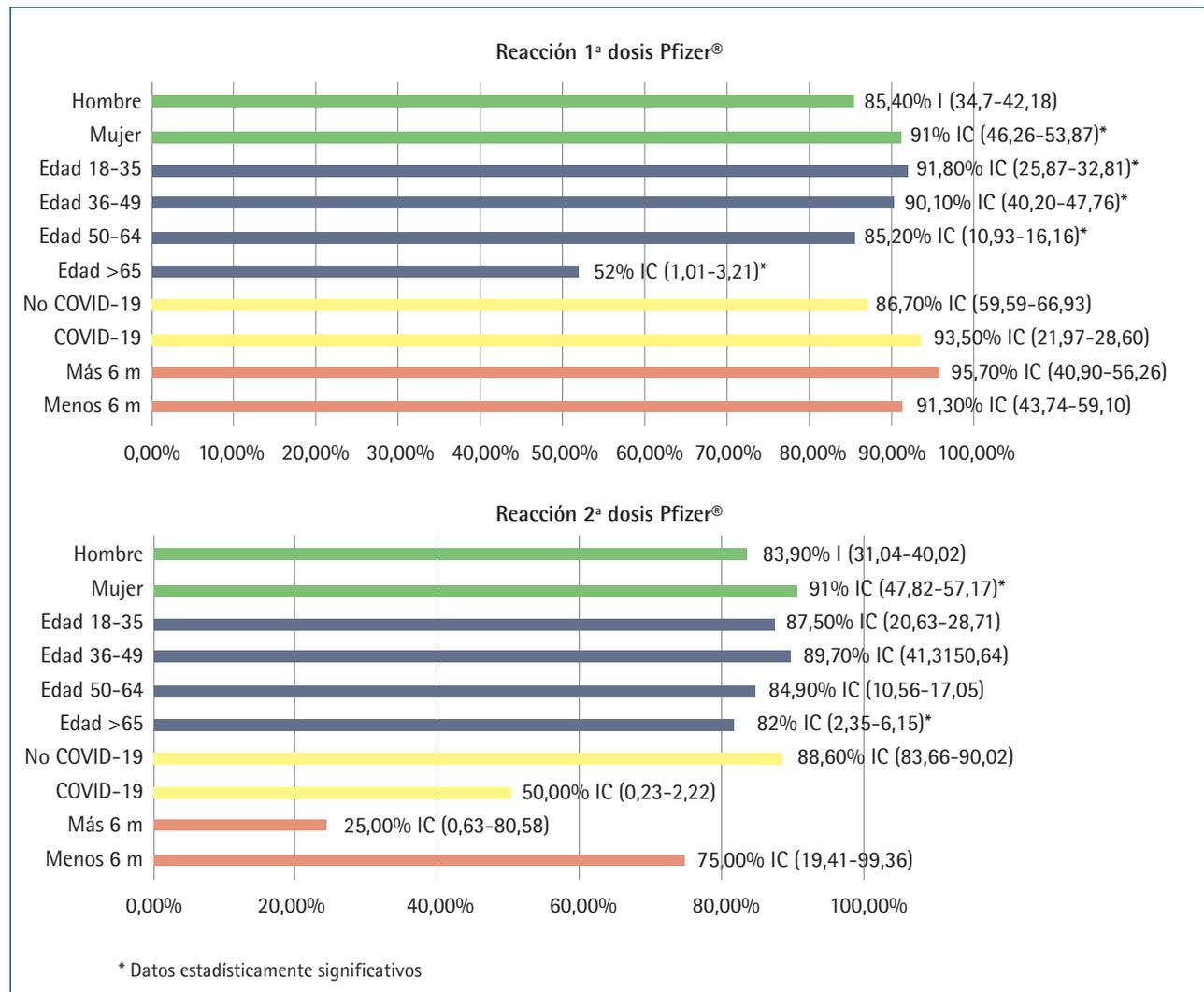


Gráfico 1. Porcentaje de reacciones adversas tras la administración de Pfizer® en función de dosis y de diferentes variables

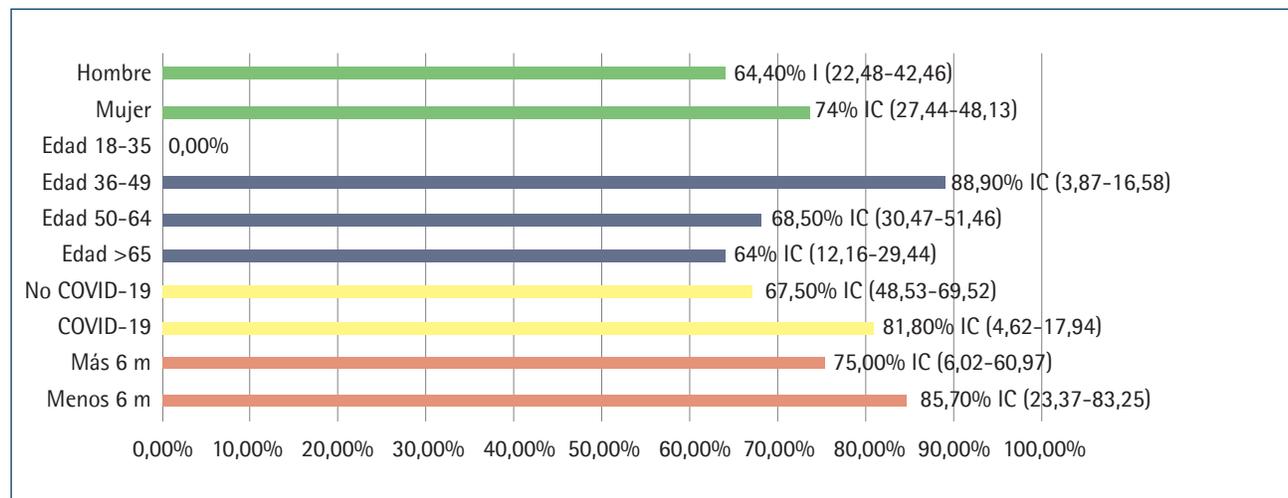


Gráfico 2. Porcentaje de reacciones adversas tras la administración de Janssen® en función de diferentes variables

Los participantes en el estudio informaron de otras posibles reacciones a la vacuna distintas de las recogidas en la encuesta. 68 pacientes (9,89%) informaron de algún tipo de reacción inusual en la primera dosis de la vacuna de Pfizer® y 50 pacientes (10,9%) en la segunda dosis, mientras que 11 pacientes (11%) notificaron algún tipo de reacción inusual en la vacunación de Janssen®. Las reacciones más habituales fueron diarrea (27 casos), mareo (24 casos) y somnolencia (16 casos). Otros posibles efectos adversos notificados menos habituales fueron: odinofagia (12 casos), parestesias (7 casos), dolor abdominal (7 casos), alteraciones menstruales (7 casos), insomnio (4 casos), molestias oculares (4 casos), otalgia (4 casos), celulitis en la zona de punción (5 casos) y aparición de hematomas o alteraciones cutáneas (3 casos).

Discusión

Este estudio no fue diseñado para evaluar la seguridad de estas vacunas, sino que se centró principalmente en informar de la aparición de reacciones adversas reportadas por los pacientes y recogidas en la ficha técnica de cada vacuna, así como indicar reacciones inusuales que refirieron los pacientes y que no estaban especificadas en la ficha técnica.

En los pacientes vacunados con Pfizer® no hay diferencia en la posibilidad de presentar alguna reacción adversa entre la primera y la segunda dosis. Sin embargo, la frecuencia de cada tipo de reacción es mayor con la segunda dosis de Pfizer®. De los distintos tipos de reacciones que se recogieron en la encuesta, el dolor en la zona de punción es el único que presenta valores similares tras la 1ª y 2ª dosis. En el estudio de Alghamdi et al. (8) y Menni et al. (9) muestran el mismo resultado.

Las reacciones adversas recogidas en el estudio tras haber recibido la segunda dosis de Pfizer® objetivan una mayor incidencia en su aparición. El cansancio aumenta un 20% tras la administración de la 2ª dosis de Pfizer® con respecto a la primera dosis. Mialgias y artralgiás aumentan un 15%, así como síntomas menos frecuentes como fiebre > 38 °C y adenopatías, también evidenciado en los estudios de Menni et al. (9) y Beatty et al. (10).

De los pacientes vacunados con Janssen®, el 69,2% notificó al menos una reacción adversa a la vacuna. El dolor en la zona de punción fue el más frecuente seguido de cansancio, cefalea y mialgias, y posteriormente de artralgiás y escalofríos. La fiebre o febrícula, náuseas o vómitos y presencia de adenopatías fueron las menos habituales.

Esto concuerda con el documento del resumen epidemiológico elaborado por el Centro para el Control y la Prevención de enfermedades (CDC) de Estados Unidos sobre la seguridad de la vacuna de Janssen®, donde el 76% de los pacientes presentaba alguna reacción adversa, siendo el dolor en la zona de punción, cansancio y cefalea los síntomas más habituales (11).

En el estudio de Beatty et al. (10) se describen como reacciones adversas más frecuentes tras la dosis única de Janssen®: cansancio, mialgias, cefalea y escalofríos; sin embargo, el dolor en la zona de punción no lo describen como uno de los más importantes.

Con respecto a las variables demográficas, en el sexo femenino se encuentra una mayor frecuencia de notificar alguna reacción adversa tras la administración de la vacuna de Pfizer®, independientemente de la dosis administrada, asociada a diferencias fisiológicas en las respuestas inmunitarias adaptativas u hormonales (12). Existen varios artículos que evidencian este dato con relación al sexo femenino (9,10,13).

En la vacuna de Janssen®, dentro del presente estudio, el 74% de mujeres notificó reacciones adversas frente al 64,4% de hombres, sin que en esta ocasión se presente una relación significativa. Esto podría ser debido a la escasa muestra recogida, ya que en estudios como Kant et al. (13) se aprecia una notoria diferencia entre las reacciones adversas notificadas por hombres y mujeres, donde estas presentan un porcentaje mucho mayor. Otro estudio que ratifica esta tendencia es el Shay et al. (11), donde el 66% de las mujeres refirió reactogenicidad frente al 30,8% de los hombres (11).

La notificación de reacciones adversas en función de la edad muestra que tras la primera dosis de Pfizer® existe mayor reactogenicidad en la población < 65 años (85,2% - 91,8% notificaron reacciones adversas). Datos similares a los presentados en estudios como Menni et al. (9).

En cuanto a la vacuna de Janssen®, la relación entre la edad y la presencia de reacciones adversas no es significativa, aunque parece que existe una tendencia sujeta al tamaño muestral. Esta tendencia indica una mayor reactogenicidad en la población menor de 60 años, que aparece en otros estudios con una muestra de población más amplia (11-13).

Los resultados indican que los pacientes que habían sufrido la COVID-19, previamente a la inmunización, presentan más reacciones adversas a la primera dosis de Pfizer®, como se muestra en otros estudios (9,13). Se observa un riesgo relativo

bajo probablemente debido a la escasa muestra. En otras investigaciones como la de Mathioudakis et al. (15) este riesgo aumenta un 8%.

Se asocia una mayor reactogenicidad en los pacientes con antecedentes de COVID, los cuales desarrollan una respuesta inmunitaria rápida con títulos de anticuerpos más altos después de la primera dosis de vacunación en comparación con aquellos sin una infección previa por COVID-19 (9,16). Por el contrario, los pacientes con antecedentes de COVID-19 no presentan más riesgo de sufrir reacciones adversas tras la segunda dosis. No obstante, existe gran controversia sobre estos casos (13,16).

Tras la vacuna de Janssen® no se observa una mayor reactogenicidad en aquellos pacientes con antecedentes de COVID-19 (12).

Los antecedentes de COVID-19 con más o menos de seis meses de antigüedad respecto a la vacunación no presentan relación con la aparición de reacciones adversas como también se observa en el estudio de Menni et al. (9).

En la encuesta a los pacientes se incluyó un apartado que recoge reacciones inusuales fuera de ficha técnica que pudieran estar relacionadas con la vacuna. La diarrea fue el síntoma más habitual junto con la sensación de mareo y la somnolencia. Esto coincide con algunos estudios, donde también se referencian estos síntomas como reacciones inusuales (8,17).

Un porcentaje pequeño de pacientes notificó alteraciones menstruales tras la vacunación, este hecho también se aprecia en el estudio de Alghamdi et al. (8).

Aparecieron varias limitaciones, se destaca el continuo cambio de estrategias de vacunación con la consiguiente variación en la indicación de una u otra vacuna, lo que ocasionó una escasa muestra en los pacientes con antecedentes COVID-19 vacunados con la 2ª dosis de Pfizer®.

Conclusiones

El presente estudio aporta información novedosa con relación a la aparición de reacciones adversas en la vacunación frente a la COVID-19. Estas reacciones adversas no fueron en ningún momento graves y concuerdan con las frecuencias descritas en las fichas técnicas. Fueron más habituales en mujeres que en hombres y la edad influye en la aparición de dichas reacciones, al igual que la existencia o no de antecedentes de COVID-19.

Estos datos sirven de información para los pacientes sobre las posibilidades de presentar reacciones adversas en función de la edad, el sexo y el tipo de vacuna administrada, y ayudarían a proporcionar unas recomendaciones específicas con el fin de mejorar los cuidados posvacunación de la población en función de tipo de vacuna administrada, edad y sexo.

Este trabajo, además, abre numerosas líneas de investigación para acciones futuras, como por ejemplo la presencia de más o menos reacciones adversas en las próximas dosis de recuerdo de las diferentes vacunas en función de edad, antecedentes de COVID-19, etc., así como el estudio del resto de reacciones adversas no registradas en ficha técnica, como por ejemplo las alteraciones menstruales.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Meo SA, Bukhari IA, Akram J, Meo AS, Klonoff DC. COVID-19 vaccines: comparison of biological, pharmacological characteristics and adverse effects of Pfizer®/BioNTech and Moderna Vaccines. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021; 25(3):1663-9.

2. Gobierno de España. Actualización nº 386. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias [internet] [citado 8 may 2023]. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2021/310521-%20Actualizacion_386_COVID-19.pdf
3. Gobierno de España. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19 de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en España, Actualización 5. Consejo Interterritorial del SNS [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [citado 8 may 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/Actualizaciones_Estrategia_Vacunacion/docs/COVID-19_Actualizacion5_EstrategiaVacunacion.pdf
4. Comirnaty por BioNTech/Pfizer® [internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2021 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/vacunas-contra-la-covid%E2%80%9119/comirnaty/>.
5. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. La Unión Europea autoriza la primera vacuna de la COVID: Comirnaty. Vacunas AEP [internet]. [citado 8 may 2023] Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/la-union-europea-autoriza-la-primera-vacuna-de-la-covid-comirnaty>
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica o resumen de las características del producto JCOVDEN (Janssen-Johnson & Johnson). CIMA [internet] [citado 8 may 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/1201525001/FT_1201525001.pdf
7. Gobierno de España. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España: actualización 8 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 8 may 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/Actualizaciones_Estrategia_Vacunacion/docs/COVID-19_Actualizacion8_EstrategiaVacunacion.pdf
8. Alghamdi AN, Alotaibi MI, Alqahtani AS, Al Aboud D, Abdel-Moneim AS. BNT162b2 and ChAdOx1 SARS-CoV-2 post-vaccination side-effects among Saudi vaccinees. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8:760047. Doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2021.760047>
9. Menni C, Klaser K, May A, Polidori L, Capdevila J, Louca P, et al. Vaccine side-effects and SARS-CoV-2 infection after vaccination in users of the COVID Symptom Study app in the UK: a prospective observational study. *Lancet Infect Dis* 2021; 21(7):939-49. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00224-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00224-3)
10. Beatty AL, Peyser ND, Butcher XE, Cocohoba JM, Lin F, Olgin JE, et al. Analysis of COVID-19 vaccine type and adverse effects following vaccination. *JAMA Netw Open* 2021; 4(12):e2140364. Doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40364>
11. Shay DK, Gee J, Su JR, Myers TR, Márquez P, Liu R, et al. Safety monitoring of the Janssen® (Johnson & Johnson) COVID-19 vaccine - United States, march-April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70(18):680-4.
12. Sadoff J, Gray G, Vandebosch A, Cárdenas V, Shukarev G, Grinsztejn B, et al. Safety and efficacy of single-dose Ad26.COV2. S vaccine against Covid-19. *N Engl J Med* 2021; 384(23):2187-201.
13. Kant A, Jansen J, van Balveren L, van Hunsel F. Description of frequencies of reported adverse events following immunization among four different COVID-19 vaccine brands. *Drug Saf* 2022; 45(4):319-31.
14. Klein SL, Marriott I, Fish EN. Sex-based differences in immune function and responses to vaccination. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2015; 109(1):9-15.
15. Mathioudakis AG, Ghrew M, Ustianowski A, Ahmad S, Borrow R, Papavasiliou LP, et al. Self-reported real-world safety and reactogenicity of COVID-19 vaccines: A vaccine recipient survey. *Life (Basel)* 2021; 11(3):249. Doi: <https://doi.org/10.3390/life11030249>
16. Krammer F, Srivastava K, Alshammary H, Amoako AA, Awawda MH, et al. Antibody Responses in Seropositive Persons after a Single Dose of SARS-CoV-2 mRNA Vaccine. *N. Engl. J. Med.* 2021; 384(14):1372-4. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2101667>

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

- Curso de Cuidados Enfermería en Urgencias Vitales
- Cursos de Recepción y Clasificación en Urgencias
- Curso de Actuación de Enfermería en Neurocirugía, Cirugía Pediátrica y Ginecológica. Trasplante de órganos
- Curso sobre Comunicación Terapéutica
- Cursos de Salud Laboral y Enfermería del Trabajo
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP



<https://www.auladae.com>

¹ Antonio Vicente Yam Sosa

² Cristian Israel Chimal Pool

³ Adelaida Alejandra Chávez Osorio

⁴ Julia Alejandra Candila Celis

⁵ Josue Medina Fernández

Riesgo cardiovascular en adultos con diabetes tipo 2 de un centro de Atención Primaria de México

¹ Doctor en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. México.

² Licenciado en Enfermería. Servicios de Salud de Yucatán. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY). México.

³ Licenciada en Enfermería. Servicios de Salud de Yucatán. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY). México.

⁴ Doctora en Ciencias de la Educación. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. México.

⁵ Maestro en Enfermería. División Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. México.

E-mail: antonio.yam@correo.uady.mx

Cómo citar este artículo:

Yam Sosa AV, Chimal Pool CI, Chávez Osorio AA, Candila Celis JA, Medina Fernández J. Riesgo cardiovascular en adultos con diabetes tipo 2 de un centro de Atención Primaria en México. *RIDEC* 2023; 16(1):39-46.

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2023.

Fecha de aceptación: 9 de mayo de 2023.

Resumen

Objetivo: calcular el riesgo cardio vascular (RCV) en adultos que viven con diabetes tipo 2 (DT2) de un centro de Atención Primaria de Tizimín (Yucatán, México).

Método: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Los datos se obtuvieron de fuentes secundarias (tarjetas de registro) de los usuarios que acuden a seguimiento y control de su diabetes a un centro de salud de Atención Primaria. Se realizó el cálculo del RCV mediante el calculador con los criterios de las tablas de predicción de RCV de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), que permite estimar el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (ECV) a 10 años en la población mayor de 40 años. Los resultados se presentan mediante estadística descriptiva y se utilizó el SPSS statistics versión 25.

Resultado: se analizaron 300 tarjetas de registro, el 75,6% (227) es de sexo femenino y el 24,4% (73), masculino; edad entre 40 y 75 años; el 58% (174) tiene sobrepeso u obesidad; el 68% (204) presenta hemoglobina glucosilada en descontrol ($\geq 7\%$) y el 34% (102) tiene colesterol en descontrol (≥ 200 mg/dL). El RCV predominó el moderado con un 46% (138), seguido de alto con un 30% (90) y bajo con un 24% (72).

Conclusiones: el RCV de los adultos con DT2 del centro de Atención Primaria de Tizimín es moderado, alto y bajo en ese orden. El calculador es de utilidad en Atención Primaria para estratificar el RCV en las personas con DT2.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2; factores de riesgo; medición de riesgo; enfermedades cardiovasculares; prevención primaria.

Abstract

Cardiovascular risk in adults with Type 2 diabetes from a Primary Care Centre in Mexico

Objective: to calculate the cardiovascular risk (CVR) in adults living with Type 2 diabetes (T2D) from a Primary Care centre in Tizimin (Yucatán, Mexico).

Method: a retrospective, cross-sectional, descriptive study. Data were retrieved from secondary sources (registration cards) from users who attend a Primary Care centre for follow-up and control of their diabetes. Their CVR was calculated through calculator with the criteria from the CVR prediction tables by the World Health Organization / Pan American Health Organization (WHO/PAHO), which allows estimating the risk of developing cardiovascular disease (CVD) at 10 years in the >40-year-old population. Results were presented through descriptive statistics, using SPSS statistics version 25.

Results: the analysis included 300 registration cards; 75.6% (227) of patients were female and 24.4% (73) were male; between 40 and 75 years of age, 58% (174) with overweight or obesity; 68% (204) presented uncontrolled glycosylated haemoglobin ($\geq 7\%$) and 34% (102) had uncontrolled cholesterol (≥ 200 mg/dL). There was a prevalence of Moderate CVR, with 46% (138), followed by High with 30% (90) and Low with 24% (72).

Conclusions: the CVR of adults with T2D from the Primary Care Centre at Tizimin was Moderate, High and Low, in that order. The calculator is useful in Primary Care in order to stratify CVR in persons with T2D.

Key words: type 2 Diabetes Mellitus; risk factors; risk measurement; cardiovascular diseases; primary prevention.

Introducción

Actualmente se sabe que las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 (DT2) tienen más probabilidades de sufrir enfermedad cardiovascular (ECV) y muerte cardiovascular (CV). El 75% de todas las muertes entre personas con DT2 son causadas por ECV. La mortalidad CV es mayor en personas con DT2, tres de cada cuatro (75%) mueren debido a una ECV, estas cifras son más elevadas en comparación con las personas sin diabetes. Además, la mortalidad CV es casi un 200% mayor entre las personas con DT2 cuando se compara con personas que viven sin la enfermedad (1).

Las complicaciones crónicas de la diabetes se dividen en microvasculares y macrovasculares. Las complicaciones microvasculares incluyen la neuropatía, nefropatía y retinopatía; y las complicaciones macrovasculares incluyen enfermedad cardiovascular (ECV), accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica (EAP) (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las ECV son un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos entre los que se incluyen: la cardiopatía coronaria, que es una enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco; la enfermedad cerebrovascular, que es una patología de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro; la enfermedad arterial periférica, que es una enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan los brazos y las piernas; y la trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, que son coágulos de sangre en las venas de las piernas, que pueden desprenderse y moverse hacia el corazón y los pulmones (3).

La patología CV inicia en la persona con DT2 debido a que la enfermedad es progresiva, además las complicaciones, tanto micro como macrovasculares, en algunas personas, comienzan antes de ser diagnosticadas con diabetes. Por tanto, el proceso inflamatorio que esta situación genera es continuo y variado en velocidad en cada persona y que finalmente termina en aterotrombosis, la inestabilidad de la placa y un aumento de pacientes para presentar eventos de ECV con trombosis, entre otros. Las complicaciones macrovasculares afectan a múltiples órganos y pueden ocurrir de forma temprana durante el transcurso de la enfermedad de DT2. Es así como en la arteriopatía coronaria, más del 25% de las personas con DT2 son asintomáticas y presentan hallazgos de alteraciones coronarias cuando se les realiza el cribado (4).

Además, la insuficiencia cardíaca (IC) representa una tasa de hospitalización de dos a cuatro veces mayor en personas con DT2 en comparación con aquellos sin diabetes (5); la EAP aumenta de dos a cuatro veces con la DT2 (6) y el accidente cerebrovascular representa un riesgo dos veces mayor entre los primeros cinco años posteriores al diagnóstico de DT2 en comparación con la población general (7). Por consiguiente, las personas que viven con DT2 tienen un alto riesgo de sufrir ECV (8).

Algunos estudios señalan que la terapia intensiva multifactorial en personas con DT2 disminuye la aparición de CV (9) y que la reducción de niveles de glucosa en sangre baja la mortalidad sustancial y el RCV respecto a complicaciones microvasculares (10). Un factor relevante en este proceso es la inercia clínica que está asociada con un aumento significativo del riesgo y muerte cardiovascular. La inercia clínica es la incapacidad para establecer objetivos apropiados y escalar el tratamiento para lograr los objetivos clínicos de la persona (11,12), se basa en los valores de la HbA1c obtenidos cada tres meses, lo que determina si la persona necesita intensificación en el tratamiento (13); por tanto, es un contribuyente importante al exceso de eventos cardiovasculares en las personas con DT2. Por lo tanto, es fundamental una gestión estricta del riesgo CV en personas con DT2.

Por otra parte, el alto costo de la diabetes mellitus en México trae consecuencias para el país. Un estudio demuestra que en el 2017 la diabetes representó el 16% del gasto total en salud. Los costos sociales atribuibles a la diabetes en el país se estimaron en 8,9 mil millones USD, correspondiente a 739 dólares por persona al año. El mayor impacto está en los costos del manejo de la nefropatía, seguido de mayor a menor impacto por la retinopatía, enfermedad cardiovascular, neuropatía y finalmente por la enfermedad vascular periférica (14).

Un estudio prospectivo, realizado en la Ciudad de México entre 1998-2004 y 2015-2019, analizó los cambios que se han dado en los últimos 20 años en la prevalencia, el diagnóstico, el tratamiento y el control de la diabetes. Llegó a la conclusión de que una de las principales causas de muerte prematura de adultos en México es la diabetes en descontrol (15).

También señala que en promedio las personas con diabetes en la ciudad de México tenían una tasa de mortalidad cuatro veces más alta que aquellas sin diabetes, en comparación con países de ingresos elevados, en donde la tasa de mortalidad es solo dos veces más alta en personas con diabetes. Una probable explicación de esta situación es que el control de la diabetes en México no es tan bueno como en otros países (15).

Para la prevención y el tratamiento tanto de la ECV como de la insuficiencia cardíaca, los factores de riesgo cardiovascular deben evaluarse sistemáticamente al menos una vez al año en todas las personas con diabetes. Los factores de riesgo incluyen la duración de la diabetes, la obesidad/sobrepeso, la hipertensión, la dislipidemia, el tabaquismo, los antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura, la enfermedad renal crónica y la presencia de albuminuria (16).

La *American Diabetes Association* (ADA), en su edición del 2022 y 2023, establece de forma clara y gráfica, la relevancia de la atención individual de los factores de riesgo cardiovasculares en la atención de las personas que viven con diabetes, situación ya conocida, pero que no había sido plasmada con tanta fuerza como hasta ahora (17). Se recomienda el uso de un calculador para estratificar el riesgo cardiovascular en la persona con DT2. Aunque se reconoce a la diabetes como un factor de riesgo, ya que la diabetes en sí misma confiere un mayor riesgo de CV, es importante elegir un calculador que considere la duración de la diabetes o la presencia de complicaciones de la misma, como la albuminuria. Aunque existe cierta variabilidad en la calibración en varios subgrupos, incluso por sexo, raza y diabetes, la predicción general del riesgo no difiere en aquellos con o sin diabetes, lo que valida el uso de calculadoras de riesgo en personas con diabetes. El riesgo de 10 años de un primer ECV ha de evaluarse para estratificar mejor el riesgo CV y ayudar a guiar la terapia y automanejo de la enfermedad (17).

Por lo antes descrito, es necesario realizar una identificación de las personas con DT2 que están en RCV. El objetivo del estudio es calcular el RCV en adultos que viven con DT2 de un Centro de Atención Primaria de Tizimin (Yucatán, México).

Método

Estudio aplicado con alcance descriptivo que muestra la situación de riesgo en que se encuentra las personas con DT2 del CAP, la información se obtuvo de fuentes secundarias, en una sola medición. El universo estuvo conformado por 347 tarjeteros de los usuarios registrados en el programa de enfermedades crónicas no transmisibles que acuden para seguimiento y control de la DT2 en el centro de salud urbano de la ciudad de Tizimín, Yucatán.

Los criterios de inclusión fueron todos los casos de DT2 registrados en los tarjeteros de control de enfermedades crónicas en el año 2021, cualquier comorbilidad asociada a la diabetes, y que se tenga el registro de datos de las personas (edad, sexo), antropométricos (PA, IMC) y clínicos (glicemia, triglicéridos, colesterol); se excluyeron del estudio aquellos usuarios que tuvieron registrados antecedentes de eventos coronarios previos y ECV, daño renal y diagnóstico de DT1. Los valores de las variables antropométricas y clínicas consideradas para el estudio fueron las registradas en los tarjeteros en los últimos seis meses previos al estudio. El criterio que se utilizó para valorar los parámetros antropométricos y clínicos fueron los que señala la Norma Oficial Mexicana (NOM) 015-SSA2-2018 para la prevención, la detección, el diagnóstico, el tratamiento y el control de la diabetes mellitus en México.

Al hacer el análisis del contenido de los tarjeteros se eliminaron 47 por no cumplir con los criterios de inclusión para el estudio.

El procedimiento de recolección de la información consistió en revisar en los tarjeteros de cada usuario si las variables de estudio estaban registradas en los últimos seis meses previos al estudio. Para calcular el RCV se utilizó la calculadora de la Organización Panamericana de Salud (OPS) para estimar el riesgo de sufrir un evento cardiovascular. Inicialmente para calcular el riesgo individual se introdujeron seis parámetros: edad, sexo, presión arterial, colesterol, tabaquismo y tratamiento para la presión arterial alta, y seleccionando la opción "Calcular" se obtiene una estimación aproximada del riesgo de desarrollar ECV relevante, tales como infarto de miocardio, angina de pecho, accidente cerebrovascular a 10 años. Cabe aclarar que el calculador es más preciso si se conoce el nivel de colesterol en sangre, pero mantiene la opción de no considerarlo si ese dato no está disponible. La calculadora combina estos factores para estimar el riesgo de sufrir un evento cardiovascular. El resultado de riesgo se clasifica en cinco categorías y colores: bajo < 5% (verde), moderado 5% a < 10% (amarillo), alto 10% a < 20% (naranja), muy alto 20% a < 30% (rojo) y crítico \geq 30% (rojo vino). Este puntaje de riesgo surge de una adaptación a algunas particularidades en América Latina, sobre la base del estudio de Framingham.

El análisis estadístico se realizó por medio de *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) statistics* en su versión 25, y los resultados se presentan por medio de frecuencias y porcentajes, y medidas de tendencia central para las variables numéricas de razón. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e investigación de la Facultad de Enfermería de Universidad Autónoma de Yucatán con número de registro 23/19.

Resultados

El mayor porcentaje de usuarios registrados en los tarjeteros de atención a crónicos está dado por mujeres, en general la edad oscila entre 40 a 75 años con una media de 58,03 años.

En la Tabla 1 se observan los valores de las variables antropométricas y clínicas de los usuarios del CAP.

Haciendo un análisis descriptivo de estas variables, el promedio del IMC fue de 30 cm y una desviación estándar (DE) de 8,13, para la PAS= 131,50 (DE= 17,20), PAD= 79,59 (DE= 11,43), colesterol en 210 mg/dl (DE= 34,17), triglicéridos 185,25 mg/dl (DE= 6,48) y HbA1c= 9,15%, (DE= 2,08). Los valores muestran que los datos se encuentran fuera de las metas para el control de la diabetes, según la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento y control de la diabetes.

En la Tabla 2 se observa las categorías que se obtuvieron al calcular el RCV en los casos analizados, donde prevaleció el riesgo moderado con 46% (138) seguido del alto con 30% (90). No se identificaron casos con el rango muy alto y crítico.

Discusión

Una de las evidencias que se encontraron en el estudio está relacionada con el porcentaje entre hombres y mujeres que asisten al CAP, donde se observa un mayor porcentaje de mujeres inscritas a control de su enfermedad. Esta situación coincide con lo que reporta el SIC en el 2023 a nivel nacional, donde el 70% es mujer. Sin embargo, la demanda en salud

Tabla 1. Datos sociodemográficos, antropométricos y clínicos

Variable	Medición	Frecuencia	%
Sexo	Femenino	227	76
	Masculino	73	24
PAS	Sistólica < 140 ^C	260	87
	Sistólica ≥ 140 ^{DC}	40	13
PAD	Diastólica < 90 ^C	273	91
	Diastólica ≥ 90 ^{DC}	27	9
IMC	Peso normal > 18,5 y < 24,9	42	14
	Sobrepeso > 25 y < 29,9	125	42
	Obesidad > 30	133	44
Colesterol HDL*	< 200mg/Dl ^C	172	62
	≥ 200 mg/Dl ^{DC}	103	38
Triglicéridos*	< 250mg/dL ^C	212	77
	≥ 250 mg/Dl ^{DC}	63	23
Glicemia	< 100 mg/dL ^C	29	10
	> 100 mg/Dl ^{DC}	271	90
HbA1c	< 7% ^C	96	32
	> 7% ^{DC}	204	68

N= 300/275*

Nota: PAS= presión arterial sistólica, PAD= presión arterial diastólica, IMC= índice de masa corporal, HbA1c= hemoglobina glucosilada, C= control, DC= descontrol, %= porcentaje

Tabla 2. Estratificación de RCV

Categoría/porcentaje	F	%
Bajo < 5%	72	24%
Moderado 5% a < 10%	138	46%
Alto 10% a < 20%	90	30%
Muy alto 20% a < 30%	0	0
Crítico ≥ 30%	0	0

Nota: F= frecuencia % = porcentaje
Fuente: elaboración propia, 2022

va a depender de factores como la edad, la localidad de procedencia y el origen de la solicitud de asistencia en Atención Primaria (19). La OMS señala que las actitudes hacia la atención de la salud difieren. Cuando los hombres y las mujeres se enfrentan a la misma enfermedad, los hombres suelen acudir en menor medida a los servicios de atención de la salud que las mujeres (20).

Otro hallazgo fue el grupo de edad en que prevaleció la DT2, entre 50 y 69 años, los reportes a nivel internacional consideran la edad de 20 a 79 años, a nivel nacional se reporta una prevalencia a partir de ≥ 40 años (21). Estudios señalan que

la incidencia de la diabetes se incrementa de manera exponencial conforme aumenta la edad de la persona, observándose una mayor incidencia a partir de la quinta o sexta década de la vida (22); por consiguiente, a mayor edad mayor RCV.

La evidencia señala que la diabetes es un equivalente de riesgo de ECV en mujeres, personas de raza blanca y personas más jóvenes, con triglicéridos más altos, niveles bajos de la proteína C-reactiva (hsCRP) o función renal reducida, lo que pone de manifiesto la necesidad de identificar de manera oportuna a las mujeres en riesgo para un cuidado individualizado de su enfermedad con el fin de alcanzar metas objetivos HbA1c ($< 7\%$) (21,22).

Otro de los datos relevantes que se encontraron en el estudio es el relacionado con la distribución por control de la enfermedad con base en la HbA1c. Del total de usuarios con medición de HbA1c, el 32% tiene $< 7\%$, es decir, se encuentran en control, en comparación con el 68% que tiene $\geq 7\%$ en descontrol, y de estos el 33,9% tienen un HbA1c entre 7-9% y el 34,1% con HbA1c $> 9\%$. Conviene recalcar que la HbA1c es la variable relacionada con la aparición de RCV en este grupo de personas (22).

Como ya se señaló, la diabetes representa un riesgo de ECV en las personas que la tienen diagnosticada. Existe evidencia suficiente para afirmar que los predictores de este riesgo son los niveles elevados de HbA1c, la duración prolongada de la diabetes y el uso de medicamentos para la diabetes (21).

Aunado a lo anterior y evidenciado por estudios observacionales y análisis de ensayos clínicos se reporta que la variabilidad de la glicemia en personas con DT2 se correlaciona con un mayor riesgo de ECV y/o mortalidad por todas las causas (23).

Otro de los datos relevantes que se observaron está en relación con los valores de triglicéridos y colesterol, ya que el 56,8% de los usuarios tiene valores de triglicéridos fuera del rango recomendado y el 36,7% tiene el colesterol fuera del rango recomendado según la NOM-015 (21).

Dada la carga clínica que tienen las complicaciones de las ECV en las personas con DT2, es prioritario dar un mayor enfoque en el manejo conjunto de la enfermedad y las ECV. Esto se debe traducir en un buen control glucémico, siendo la base principal para controlar la DT2. Por lo tanto, el enfoque que ha mostrado ser más eficaz en la prevención de las complicaciones macrovasculares es la reducción de los factores de riesgo multifactoriales (control glucémico, abandono del hábito de fumar, dieta saludable, ejercicio físico, control agresivo de la presión arterial y tratamiento de la dislipidemia) (16,23).

Se han hecho muchas mejoras, pero hay más por hacer ahora y en el futuro, y una de estas es estratificar el RCV en las personas que viven con DT2 con el fin de dar un cuidado, tratamiento y seguimiento individualizado a cada persona. Un diagnóstico a tiempo del RCV es crucial en la vida de las personas, una diabetes fuera de la meta de control genera gastos, tiempo y esfuerzo por parte de la persona con diabetes, su familia e instituciones médicas. La evidencia señala que el tratamiento farmacológico adecuado es insuficiente, es relevante la educación en diabetes, lo cual cambia significativamente la vida de las personas y su familia. En particular, desarrollar habilidades en las personas para que tengan las herramientas necesarias y participen de manera activa en la reducción de sus factores de riesgo para los desenlaces cardiovasculares por cualquier causa de muerte, bien sea IAM, EVC y falla cardíaca (18).

En cuanto a la estratificación del RCV se observó que el mayor porcentaje se presentó en el moderado, seguido de alto (30%) y bajo (24%), es importante conocer quiénes de los usuarios tienen riesgo para una atención personalizada como señala la ADA (16).

Se espera que con los resultados del estudio las acciones que se tomen en el centro de Atención Primaria con las personas identificadas con algún tipo de riesgo CV puedan facilitar herramientas que ayuden a desarrollar habilidades personales y de sus cuidadores para: 1) el control personalizado de la glucemia y por consiguiente limitar algunas de las complicaciones de la diabetes, 2) familiarizar y sensibilizar sobre la importancia de la relación entre la dosis-respuesta de los niveles de HbA1c y el riesgo de complicaciones y, finalmente, 3) mantener por un máximo de tiempo el objetivo de tratamiento de $< 7,0\%$ (< 53 mmol/mol) HbA1c, que sea realista y apropiado a sus condiciones y circunstancias de vida (18).

En cuanto al calculador es un instrumento robusto que ayuda a evaluar el RCV y mejorar el cuidado de las personas con DT2 en Atención Primaria (24) porque toma todos los conocimientos de los profesionales de salud y los pone a nivel de un conocimiento generalizado, por lo que puede ayudar en muchos lugares, como el CAP de Tizimín. Al analizar la practicidad del calculador utilizado para la realización de este estudio, ha demostrado ser una herramienta que puede ayudar a los profesionales de salud a calcular de forma rápida el RCV en personas con DT2 en el ámbito comunitario.

Cabe mencionar que bajo ningún concepto esta calculadora está pensada como un reemplazo a la consulta con el profesional de salud o al juicio clínico, por lo que como parte de las desventajas que pueden ser contraproducentes en el diag-

nóstico correcto del RCV, es que la persona con DT2 pueden tomar dicha aplicación como una guía a la automedicación que puede resultar peligrosa.

Una limitación del estudio es que los datos se obtuvieron de fuentes secundaria lo que aumenta el sesgo de los resultados, por lo que dichos resultados pueden ser cuestionados para su generalización. De igual manera, el calculador que se utilizará para llevar a cabo la estratificación del RCV no es específico para las personas con DT2; sin embargo, es la herramienta empleada para población latina para estratificar el RCV actualmente.

Dentro de las limitaciones del trabajo están, asimismo, la falta de información confiable que se obtuvo de las variables clínicas que reflejan las condiciones metabólicas de las personas con DT2, incluido datos de clase funcional, por ejemplo, microalbuminuria, perfil de lípidos, niveles de glucosa y HbA1c. En segundo lugar, no se obtuvo información sobre la presencia de otras complicaciones microvasculares y macrovasculares que sirven para resaltar la progresión y gravedad del RCV de la enfermedad en los usuarios con DT2.

Finalmente se sugiere realizar investigaciones que incluyan factores de riesgo en personas con DT2 que no están contemplados en el calculador, como los antecedentes familiares de infarto o muerte CV de padres a edades menores de 60 años; IMC; HbA1c, HDL y TGC. Con estos datos, y previo análisis estadístico, se podría predecir, si la persona tiene una de estas variables, cómo aumenta el porcentaje de riesgo sobre lo que dice el calculador, y de este modo aplicar un enfoque personalizado en el cuidado de su diabetes (24).

Conclusiones

Con base en los resultados del estudio es posible concluir que el RCV en adultos con DT2 del centro de Atención Primaria de Tizimín Yucatán, predominó el RCV bajo, seguido de moderado y alto en ese orden. El sobrepeso y el descontrol de la enfermedad son factores de riesgo modificables que más se asocian con el RCV en las personas con DT2 de Tizimín Yucatán. Finalmente, la calculadora en línea propuesta por la OMS es de utilidad en Atención Primaria.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares (ECV): hechos clave. OPS/OMS [internet] [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
2. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de diabetes de la FID [internet]. 10ª ed. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes; 2021. [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
3. Cordero A, López-Palop R, Carrillo P, Moreno-Arribas J, Bertomeu-González V, Frutos A, et al. Comparison of Long-Term Mortality for Cardiac Diseases in Patients With Versus Without Diabetes Mellitus, *Am J Cardiol* 2016; 117(7):1088-94. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.12.057>
4. Tavares CAF, Wajchjenberg BL, Rochitte C, Lerario AC. Screening for asymptomatic coronary artery disease in patients with type 2 diabetes mellitus. *Archive of Endocrinology and Metabolism*. 2016 Apr; 60(2):143-51.
5. Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Diabetes Canada 2018 Pautas de práctica clínica para la prevención y el control de la diabetes en Canadá. *Can J Diabetes* 2018; 42(1):S196-S200.
6. Thiruvoipati T. Peripheral artery disease in patients with diabetes: Epidemiology, mechanisms, and outcomes. *World Journal of Diabetes*. 2015; 6(7):961-9.

7. Liao CC, Shih CC, Yeh CC, Chang YC, Hu CJ, Lin JG, et al. Impact of Diabetes on Stroke Risk and Outcomes: Two Nationwide Retrospective Cohort Studies. *Medicine*. 2015 Dec; 94(52):e2282.
8. Low Wang CC, Hess CN, Hiatt WR, Goldfine AB. Clinical Update: Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus: Atherosclerotic Cardiovascular Disease and Heart Failure in Type 2 Diabetes Mellitus—Mechanisms, Management, and Clinical Considerations. *Circulation*. 2016; 133(24): 2459-502.
9. Gæde P, Oellgaard J, Carstensen B. Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial. *Diabetologia* 2016; 59:2298-307.
10. Fang M, Wang D, Coresh J, Selvin E. Trends in diabetes treatment and control in U.S. adults, 1999-2018. *N Engl J Med* 2021; 384(23):2219-28.
11. Strain WD, Blüher M, Paldánus P. Clinical Inertia in Individualising Care for Diabetes: Is There Time to do More in Type 2 Diabetes? *Diabetes Ther* 2014; 5:347-54.
12. Correa MF, Li Y, Kum HC. Assessing the Effect of Clinical Inertia on Diabetes Outcomes: a Modeling Approach. *J Gen Intern Med* 2019; 34:372-8.
13. Khunti S, Khunti K, Seidu S. Therapeutic inertia in type 2 diabetes: prevalence, causes, consequences and methods to overcome inertia. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2019 May 3; 10:2042018819844694. Doi: <https://doi.org/10.1177/2042018819844694>
14. Arredondo A, Orozco E, Duarte MB, Cuadra M, Recaman AL, Azar A. Trends and challenges in diabetes [diabetes for middle-income countries: Evidence from Mexico. *Global Public Health*. 2019; 14(2):227-40. Doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1498115doi>
15. Aguilar-Ramírez D, Alegre-Díaz J, Gnatiuc L, Ramírez-Reyes R, et al. Changes in the Diagnosis and Management of Diabetes in Mexico City Between 1998-2004 and 2015-2019. *Diabetes Care*. 10 Feb 2021; dc202276. Doi: <https://doi.org/10.2337/dc20-2276>
16. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care* 1 January 2022; 45 (Supplement_1):S144-S174. Doi: <https://doi.org/10.2337/dc22-S010>
17. Riddle M, Gerstein H, Home P. Lingering Effects of Hyperglycemia in Recently Diagnosed Diabetes During Long-term Follow-up of the DCCT/EDIC and UKPDS Cohorts: More Evidence That Early Control Matters. *Diabetes Care* 2021; 44:2212-5. Doi: <https://doi.org/10.2337/dci21-0030>
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida [internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>
19. Zhao Y, Malik S, Budoff MJ. Identification and Predictors for Cardiovascular Disease Risk Equivalents among Adults With Diabetes Mellitus [published online ahead of print, 2021 Aug 11]. *Diabetes Care*. 2021; 44(10):2411-8. Doi: <https://doi.org/10.2337/dc21-0431>
20. Norma Oficial Mexicana. PROY-NOM-015-SSA2-2018, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus [internet]. Diario Oficial (segunda sección) mayo 2018 [citado 8 may 2023]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5521405
21. Ceriello A, Monnier L, Owens D. Glycaemic Variability In Diabetes: Clinical and Therapeutic Implications. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2019; 7(3):221-30.
22. Einarson TR, Acs A, Ludwig C. Prevalencia de la enfermedad cardiovascular en la diabetes tipo 2: una revisión sistemática de la literatura de la evidencia científica de todo el mundo en 2007-2017. *Cardiovascular Diabetology* [internet] 2018 [citado 8 may 2023]; 17(1):8. Disponible en: <https://cardiab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12933-018-0728-6>
23. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Calculadora de riesgo cardiovascular [internet] [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular#CVD>

¹ Inés Velasco Serrat
² Ángel Gasch Gallén

Aplicación de la Atención Comunitaria basada en Activos de Salud en la población rural

¹ Graduada Enfermería. Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España).

E-mail: ines.velasco.serrat@hotmail.com

² Profesor Departamento Fisiología y Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España).

Premio a mejor Trabajo de Fin de Grado por la Cátedra de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Universidad de Alicante, AEC y CEISAL.

Cómo citar este artículo:

Velasco Serrat I, Gasch Gallén A. Aplicación de la Atención Comunitaria basada en Activos de Salud en la población rural. *RIDEC* jun 2023; 16(1):47-57.

Fecha de recepción: 10 de marzo de 2023.

Fecha de aceptación: 8 de mayo de 2023.

Resumen

Introducción: el territorio en el que se reside adquiere cada vez más importancia dentro de los ejes de desigualdad en salud. El sentido de comunidad rural no queda enmarcado solo en una zona territorial y demográfica. La Enfermería se posiciona como el nexo entre el equipo multidisciplinar y la comunidad, acercando los servicios sanitarios a los consultorios rurales. El modelo de activos proporciona herramientas para abordar la promoción de la salud en el ámbito comunitario.

Objetivo: ejemplificar la aplicación de la Atención Comunitaria de Activos en Salud en el contexto de la población rural.

Metodología: revisión bibliográfica y adaptación de la Guía de Recomendación de Activos para la Salud de Atención Primaria del Gobierno de Aragón en el caso concreto de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Valderrobres (Teruel).

Resultados: existe una escasa evidencia sobre la atención comunitaria basada en activos de salud en el medio rural español. La ZBS de Valderrobres no tiene cumplimentado el apartado de recomendación de activos en la Agenda Comunitaria publicada.

Discusión: estudios previos respaldan la importancia de las redes de apoyo en el medio rural y su labor en acciones sociales y comunitarias.

Conclusiones: en el medio rural existe un fuerte vínculo entre los integrantes de la comunidad, por lo que se debe fomentar la identificación, registro y difusión de los activos para la salud.

Palabras clave: activos para la salud; población rural; enfermería de salud comunitaria.

Abstract

Application of an Asset-based Approach for Community Care in the rural population

Introduction: the place of residence is becoming increasingly important within the axes for inequality in health. The sense of rural community is not only framed within a territorial and demographic area. Nursing has been positioned as the link between the multidisciplinary team and the community, bringing health services closer to rural practices. The asset model provides tools to address health promotion in the community setting.

Objective: to exemplify the application of Community Care based on Health Assets in the rural population setting.

Methodology: a bibliographic review and adaptation of the Guidelines for Recommendations of Health Assets for Primary Care by the Government of Aragón in the specific case of the Basic Health Area (BHA) of Valderrobres.

Results: there is limited evidence about community care based on health assets in the Spanish rural setting. The Valderrobres BHA (Teruel) has not completed the section on assets recommendation at the published community agenda.

Discussion: previous studies have endorsed the importance of support networks in the rural setting, and their work in terms of social and community actions.

Conclusions: there is a strong link between community members in the rural setting; therefore, the identification, registration and dissemination of health assets must be encouraged.

Key words: health assets; rural population; community health nursing.

Introducción

Los determinantes sociales de salud producen efectos en la vida de la población y la desigual distribución de los mismos genera inequidades en salud (1). Dentro de los ejes de desigualdad, el territorio en el que se reside adquiere cada vez más importancia (2).

En España, la Ley 45/2007 de Desarrollo Sostenible del Medio Rural define el medio rural como el espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores que posean una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a los 100 habitantes por Km². Además, se considera municipio rural de pequeño tamaño al que cuenta con una población menor a 5.000 habitantes (3). La dispersión geográfica y las dificultades orográficas de algunas zonas rurales del país suponen un reto en cuanto a la asistencia sanitaria (4,5). El medio rural ocupa el 38% del territorio español y cuenta con el 15,9% de población (6).

Dentro del territorio nacional, Aragón se posiciona como la cuarta comunidad autónoma con menor densidad de población, en el caso de no contabilizar las ciudades más pobladas pasa a la primera posición (7). Cuenta con 731 municipios, de los cuales solo 12 tienen una población mayor a 10.000 habitantes (8). En la Directriz Especial de Política Demográfica y contra la Despoblación del Gobierno de Aragón se proponen estrategias en cuanto a movilidad sanitaria, incremento de profesionales en el medio rural y mejoras en la dotación de servicios sanitarios, con el objetivo de acercar el sistema sanitario a los usuarios/as (7).

El sentido de comunidad rural no queda enmarcado solo en una zona territorial y demográfica, sino que se complementa con el sentimiento de pertenencia de las personas que allí residen (9). Estas comunidades cuentan con redes internas de apoyo vecinal en cuestión de servicios y accesibilidad a los mismos (10,11). Lo que pone de manifiesto la necesidad de un abordaje comunitario de la salud en dichos territorios por medio del modelo de Activos para la Salud, puesto que el desarrollo de los recursos de protección de la salud y fomento del bienestar en estos entornos se da desde las propias comunidades (12).

Un activo para la salud es aquel recurso que potencia la capacidad de los individuos y de las comunidades para mantener su salud y su bienestar. Estos incluyen aspectos físicos y sociales, habilidades personales y de grupo, así como promueven el bienestar físico, social, emocional y cultural (13). Los activos son herencia (14) y patrimonio de la propia comunidad (13). Esta, como conocedora del territorio y de las redes de apoyo, es capaz de realizar la identificación de los activos (9), fomentándose así el interés por la salud y el entorno sociocultural de los vecinos (15).

Cada comunidad identifica sus activos (16) y, aunque existen todavía pocos estudios en este contexto centrados en la identificación y desarrollo de activos en el medio rural, se dispone, por ejemplo, del caso del trabajo realizado en un municipio rural de pequeño tamaño del País Vasco (14).

Las enfermeras de Atención Primaria como referentes de salud en la comunidad y conocedoras de las relaciones en la misma (17) se sitúan en el punto estratégico para la implantación de planes y programas de promoción de la salud (18). Por su visión biopsicosocial se posiciona como el nexo entre el equipo multidisciplinar y la comunidad, acercando los servicios sanitarios a los consultorios rurales (19). La atención rural fomenta la creación de una relación terapéutica basada en la confianza que proporciona una asistencia de calidad (14). Dicha relación aumenta el grado de satisfacción también del/la profesional creando un vínculo con la población, haciéndole sentir parte de la misma (20,21).

El modelo de activos proporciona herramientas para abordar la promoción de la salud en el ámbito comunitario (13), considerando a las personas como ciudadanos coproductores que identifican las oportunidades y fortalezas y que toman el control de su vida (22). La recomendación de activos de salud no queda en exclusiva para el ámbito sanitario, sino que puede realizarse por parte de otras entidades así como por la propia población (23).

El objetivo principal del artículo es ejemplificar la aplicación de la Atención Comunitaria de Activos en Salud en el contexto de la población rural.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura científica acerca del papel de enfermería en el desarrollo de activos para la salud y su aplicación en el medio rural en las siguientes bases de datos: PubMed, Science Direct y Cuiden. Además, se revisaron la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE), la página web del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación del Gobierno de España, la página web del Gobierno de Aragón y el Blog Estrategia Atención Comunitaria Aragón.

Los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeSC) utilizados fueron "Rural Health", "Health Assets/Activos para la salud", "Población rural", "Nursing/Enfermería". Junto al operador booleano AND y el criterio de inclusión publicados entre los años 2012-2022. El proceso de selección de los estudios incluidos se desglosa en el diagrama de flujo (Figura 1).

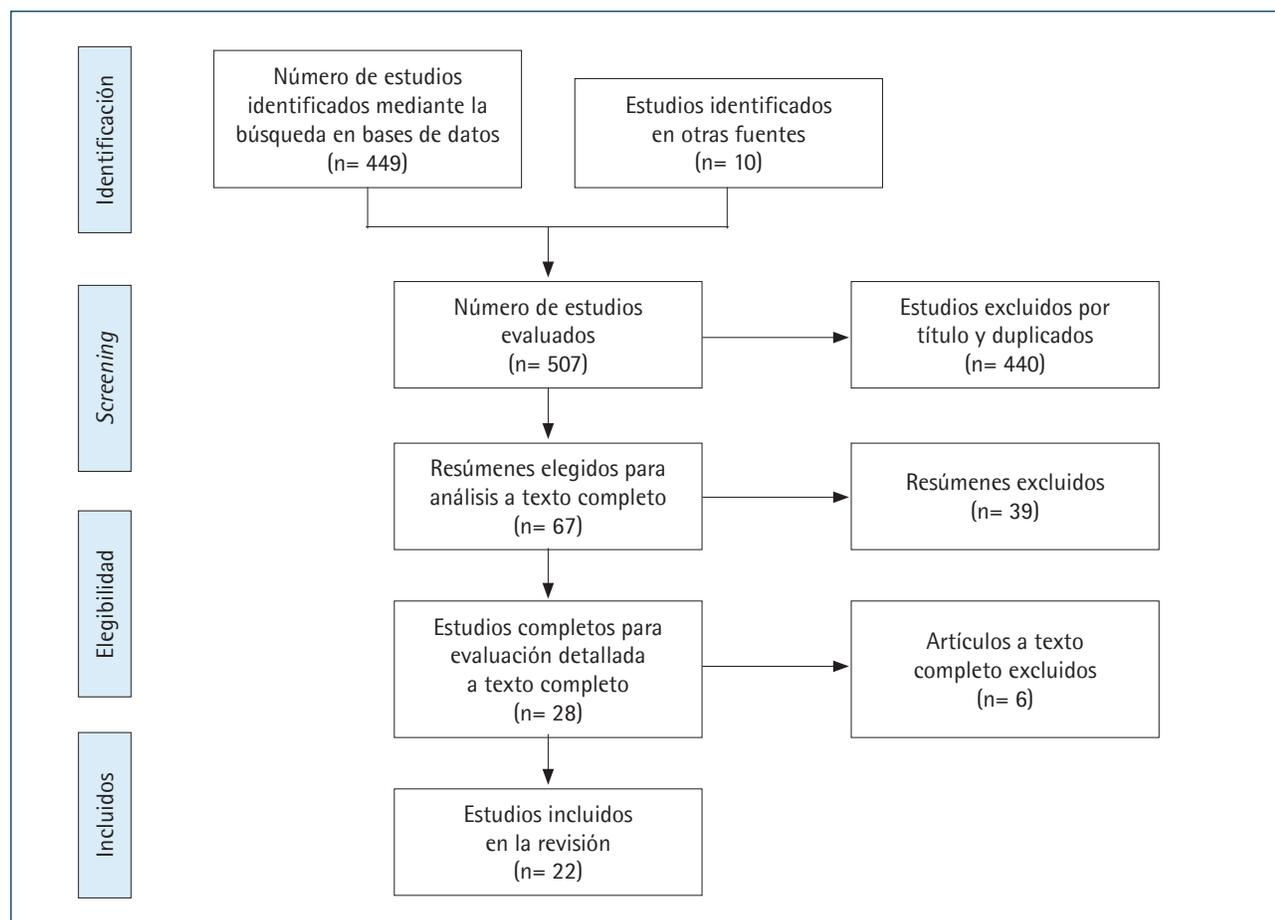


Figura 1. Diagrama de flujo

En el primer proceso de exclusión de artículos se eliminaron aquellos cuyo título no correspondía con la búsqueda realizada, así como aquellos que se encontraban duplicados entre las diferentes bases de datos. A continuación, revisando los resúmenes y artículos completos, se excluyeron aquellos cuyo contenido trataba casos clínicos de poblaciones específicas. Así como los que se centraban exclusivamente en población urbana.

En función de la revisión bibliográfica se justifica la escasa evidencia de la aplicación del modelo de Activos para la Salud en el ámbito rural, así como de las funciones específicas que la enfermera está llamada a desempeñar en este contexto. El presente trabajo propone una adaptación de la *Guía de Recomendación de Activos para la Salud de Atención Primaria* del Gobierno de Aragón (22) en el caso concreto del medio rural.

La Comunidad Autónoma de Aragón cuenta con la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS) en la que se incluyen los equipos que desarrollan proyectos locales en los ámbitos sanitario, social y educativo. Se trata de una herramienta de integración entre los equipos de la comunidad aragonesa. Identifica los proyectos de promoción de la salud, permite contar con un sistema de información que facilita la relación y el intercambio de datos para el desarrollo de las investigaciones (24). Además, existe evidencia, aunque escasa, que abala la importancia de las redes comunitarias en el medio rural aragonés. Ejemplo de ello es la experiencia comunitaria de vacunación a pacientes dependientes en el Centro de Salud de Andorra (11).

El Departamento de Sanidad de Aragón puso en marcha en 2019 la Estrategia de Atención Comunitaria con el objetivo de promover y mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos. En ella se proponen tres vías de acción: el desarrollo y la evaluación de proyectos comunitarios, la creación de la agenda comunitaria y el enfoque basado en activos a través de la recomendación comunitaria y la dinamización de los activos para la salud. Desde la plataforma se pretende formar, apoyar y difundir las Actividades Comunitarias que se están realizando.

La Agenda Comunitaria es un documento desarrollado por el Equipo de Atención Primaria, tras un proceso de reflexión, sobre las actuaciones que se realizan en la Zona Básica de Salud (ZBS). Es un documento propio del centro de salud, por lo que será utilizado como herramienta de trabajo en el desarrollo de la Atención Comunitaria. Pese a ello, la publicación y actualización de la misma en el blog creado servirá de aprendizaje a otros equipos (25). Por último, en el marco de la Estrategia se creó la Guía de Recomendación de Activos para la Salud en Atención Primaria (22) para encaminar a los equipos en el proceso, así como el Buscador de Activos de Salud Comunitaria Aragón.

La población escogida como ejemplo del contexto poblacional del medio rural, en concreto el aragonés, viene determinada por la lectura crítica de las Agendas Comunitarias que los diferentes centros de salud publicadas en el Blog Estrategia Atención Comunitaria Aragón. Se observó que el apartado de "Contenido Avanzado" se encontraba en muchas ocasiones no cumplimentado. Se selecciona la ZBS de Valderrobres por no tener cumplimentado el apartado de recomendación de activos ni el de identificación de estos.

Resultados

Síntesis de revisión bibliográfica

Los resultados extraídos de la revisión bibliográfica muestran la escasa evidencia publicada en la actualidad sobre la atención comunitaria basada en los activos de salud en el medio rural (Tabla 1). Existen estudios a nivel internacional que se centran en este tipo de acciones (5,20,21), pero que por sus características contextuales y culturales específicas no son extrapolables al territorio español.

Tabla 1. Características principales de los estudios seleccionados

Autoría (año)	País y población	Proceso	Intervenciones comunitarias	Principales resultados
Arenas-Monreal (2019)	México. Población rural y urbana	Diagnóstico de salud por medio del mapeo comunitario	Análisis de registro etnográfico	Rural: implicación en las actividades comunitarias. Urbano: no se mencionan fortalezas. Falta de pertenencia
Elenas Sonobas (2012)	Cantabria, España. Población rural	Estudio descriptivo transversal	Análisis de la actividad domiciliaria de la enfermera en el ámbito rural	Una media de 3,2 visitas/día, 81,7% fueron de Atención Primaria
Navas Martín (2020)	España. Población rural y urbana	Estudio ecológico de datos de mortalidad		Diferencias de mortalidad entre los ejes de desigualdad sociales
Oviedo Caro (2014)	Andalucía, España. Población rural, 65-70 años y género femenino	Estudio de los hábitos de actividad física	Entrevistas individuales estructuradas	El 82,2% no practica semanalmente actividad física. El 37% va a actividades del centro de la tercera edad y el 29,6%, del Ayto.
Ramos Truchero (2020)	Asturias, España. Poblaciones entre 8 y 291 habitantes	Revisión de fuertes secundarias	Entrevistas en profundidad semiestructuradas	La administración ayuda en la creación de pequeñas tiendas. Piden a vecinos que les hagan la compra. Autoabastecimiento

Tabla 1. Características principales de los estudios seleccionados (*continuación*)

Autoría (año)	País y población	Proceso	Intervenciones comunitarias	Principales resultados
Alberdi-Erice (2022)	País Vasco, España. Población rural pequeña	Diagnóstico comunitario con métodos de investigación participativa	Observación participativa, entrevistas en profundidad y semiestructuradas, consulta de fuentes y fotografías	Promoción de la socialización a lo largo de las etapas vitales. Continuidad de cuidados sanitarios
Alberdi-Erice (2021)	País Vasco, España. Mujeres de una población rural	Diagnóstico comunitario con métodos de investigación participativa	Observación participativa, entrevistas en profundidad y semiestructuradas. Revisión documental Diario de campo	Trabajo doméstico no remunerado. Las mujeres como principal recurso de cuidados informales a familiares cercanos
Rechel (2016)	Australia, Canadá, Estados Unidos, Italia, España, Reino Unido, Croacia y Estonia	Revisión bibliográfica con síntesis narrativa		En España, no hay hospitales rurales, organizan según el propósito clínico. Urgencias las asume Atención Primaria
Da Silva (2021)	Portugal. Población rural	Revisión bibliográfica sistematizada	Acciones de cuidado de las enfermeras de AP en la población rural	Lejanía de los servicios asistenciales, barreras para la atención. Influencia de creencias en cuidados
Oliveira (2020)	Brasil. Población rural	Investigación exploratoria y cualitativa	Entrevistas semiestructuradas por enfermeros de áreas rurales	Salud rural atribuida a condiciones de vida y falta de acceso a los servicios. Satisfacción de enfermeros por el vínculo con la población
Saiz Sánchez (2015)	Cantabria, España. Población rural	Estudio cualitativo	Entrevistas semiestructuradas (grabadas y transcritas)	Reconocimiento social de la enfermería. Relación interpersonal y terapéutica
Gayol Fernández (2020)	Asturias, España. Población rural	Estudio observacional descriptivo transversal	Cuestionario con variables demográficas, Escala Este II, Índice de Lawton y Brody e Índice de Barthel	A mayor edad más soledad social Mayor porcentaje de hombres dependientes para actividades de la vida diaria (AIVD)
Martín Correa (2021)	Cataluña, España. Población urbana	Diagnóstico de salud	Revisión de fuentes secundarias Grupos focales y entrevista con informador clave	El diagnóstico de salud impulsado por el Equipo de Atención Primaria generó un proceso comunitario
Alloza García (2021)	Aragón, España Población rural	Experiencia comunitaria	Organización de redes comunitarias para vacunación de personas dependientes	Alto grado de satisfacción. Es necesario contar con una red de recursos de apoyo comunitario
Formento-Marín (2022)	Aragón, España Población urbana	Estudio de evaluación	Red de Salud de Barrios de Zaragoza	Aumento de conocimiento sobre recursos del barrio y creación de grupos motores
Jiménez Carrillo (2022)	País Vasco, España	Diagnóstico cualitativo	Grupos focales. Revisión de fuentes secundarias	Incremento de la sensibilización del modelo social de salud. Inicio de acciones comunitarias
Calderón-Larrañaga (2021), Cofiño (2019) y Hernán-García (2019) presentan la acción comunitaria basada en activos Botello (2013) y Cubillo-Llanes (2018) son artículos sobre la metodología y aplicación del mapeo de activos para la salud Barranco Tirado (2022) aporta un artículo de carácter descriptivo sobre el médico rural en Andalucía (España)				

En España, la mayor parte de los trabajos muestran la experiencia recogida en barrios del medio urbano. En el caso del medio rural, son escasos los estudios al respecto (14), pese a ello sí hay evidencia de acciones comunitarias concretas que se han llevado a cabo en pequeños municipios (10,11).

En cuanto al tipo de profesionales que realizan la recomendación, apenas hay evidencia ya que en la mayor parte de los estudios se identifica el equipo de Atención Primaria, pero no se concreta más. Aún así, un trabajo efectuado en Aragón y publicado en 2022 sí que remarca que enfermería fue la categoría profesional que más recomendaciones de activos para la salud hizo (26).

Ejemplificación de la aplicación de la Atención Comunitaria de Activos en Salud en el contexto de la población rural: Centro de Salud Valderrobres

La ZBS de Valderrobres se encuentra dentro del Sector de Alcañiz, en ella se encuentra el Centro de Salud de Valderrobres y los correspondientes consultorios de Torre de Arcas, La Fresneda, Peñarroya de Tanstavins, Monroyo, Ráfales, Fórnoles, Beceite, La Portellada, Torre del Compte y Fuentespalda.

Según la revisión del padrón municipal, dicha zona de salud tiene 5.240 habitantes (2.742 hombres y 2.498 mujeres) (8) repartidos de manera desigual por los diferentes municipios, concentrándose el grueso de estos en la localidad de Valderrobres. Esta zona de salud está catalogada con el grado de dispersión G4 (27). Además, cuenta con una población envejecida centrada en los municipios que tienen consultorio, a excepción de Valderrobres que posee mayor población adulta.

La Agenda Comunitaria del centro de Valderrobres publicada en el Blog Estrategia Atención Comunitaria Aragón no contempla que en la actualidad se esté realizando la recomendación de activos desde consulta. Sin embargo, sí se registran actividades y proyectos llevados a cabo por parte de los y las profesionales del centro, así como por entidades del entorno. Además, su oferta se realiza en los diferentes municipios que cuentan con consultorio (28).

A continuación se desglosa la *Guía de Recomendación de Activos para la Salud* del Gobierno de Aragón elaborada en la Estrategia de Atención Comunitaria (22) con las adaptaciones centradas en la población rural.

Etapa 1. Preparación y contextualización

Se constituye un equipo de trabajo multidisciplinar. Se definirá el objetivo, la finalidad, la población la diana, el ámbito y el tema sobre el que se hará la recomendación de activos.

En el medio rural, se incluirán en el equipo de trabajo a las enfermeras responsables de los consultorios dependientes del centro de salud, ya que son referentes en salud de la comunidad.

Como se plantea anteriormente, la ZBS de Valderrobres cuenta con un centro de salud de referencia y diez consultorios en cada uno de los diferentes municipios. Se trata de una población dispersa y envejecida. La recomendación de activos para la salud irá dirigida en primera estancia para la población mayor con el objetivo de acompañar en el proceso del envejecimiento activo.

Etapa 2. Identificación y caracterización de las actividades comunitarias utilizables

Fase 1. Listado de actividades que se realizan en la comunidad

Se utilizarán técnicas de participación comunitaria, de las que ya existe evidencia de su aplicabilidad en diferentes contextos, para explorar las actividades que se están llevando a cabo en la comunidad. Se propondrán grupos de discusión, investigación narrativa (*storytelling*), entrevistas en profundidad, tertulias del café, *photovoice*, así como la observación desde la consulta de enfermería como origen de la búsqueda (16). En este momento se decidirán los y las informantes clave.

En los municipios rurales de pequeño tamaño, la enfermera será la responsable de la elección de la técnica. Los ayuntamientos serán contactados e informados ya que en muchas ocasiones son los organizadores de las actividades dinamizadoras de los municipios rurales.

Se realizará una reunión con los profesionales del centro de salud para reunir las actividades que se están llevando a cabo y se consensuarán los criterios de selección junto a los informantes.

Fase 2. Caracterización de posibles actividades comunitarias identificadas

En este punto se contactará con los interlocutores de las actividades identificadas en la lista anterior, para rellenar una ficha (Anexo 1) con datos más precisos de cada una. También se incluirán los recursos físicos con los que cuentan las localidades, así como espacios verdes, rutas senderistas, rutas ciclistas o parques.

Fase 3. Selección de actividades comunitarias y visibilización

De las actividades identificadas se seleccionarán las más idóneas. Deberán registrarse en la Web de Alianza Salud Comunitaria y el Buscador de Activos, quedando de este modo vinculadas al navegador OMI utilizado en la Atención Primaria del Salud.

Las actividades organizadas por los ayuntamientos de los municipios rurales varían de un año a otro. Estos activos cambiantes no serán registrados en el Buscador de Activos, pero sí deberán ser conocidos por el Equipo de Atención Primaria. La información será actualizada por los informantes clave de la comunidad.

Etapas 3. Formalización de la conexión actividad comunitaria-centro de salud

Se procederá a la generación de la organización interna del equipo y formalización con el interlocutor.

En este momento, las enfermeras del equipo de Atención Primaria deben ser conocedoras de la herramienta. Se harán reuniones y charlas para informar del uso de los recursos digitales, así como del registro en el OMI.

Etapas 4. Recomendación de activos

La recomendación ya puede realizarse en todas las consultas individuales o en las actividades grupales. El equipo de Atención Primaria debe estar informado de todo el proceso, además de tener actualizados e identificados los activos.

El profesional deberá tener en cuenta la situación individual de cada persona para recomendar activos del propio municipio o de la ZBS al completo.

El registro adecuado de la recomendación en el OMI-AP es una parte más del proceso y un punto importante en la atención continuada que ofrece la Atención Primaria. Se detallará el activo recomendado, así como el interés mostrado por el paciente. De este modo se podrá llevar a cabo un seguimiento por parte de todo el equipo interdisciplinar que acompaña al sujeto. En el caso de los activos no incluidos en el buscador, se procederá al registro manual.

La recomendación de un activo de salud puede ser realizada por cualquier profesional del centro. Dada la saturación de las consultas de Medicina Familiar y Comunitaria, se pondrá especial atención a la recomendación desde la consulta de Enfermería.

Etapas 5. Evaluación y dinamización

Se efectuarán la evaluación del proceso, las actuaciones y la recomendación de activos que se haya llevado a cabo. En este momento surgirán planteamientos de participación en otros proyectos comunitarios o de la realización de un mapa de activos.

Se utilizará la plantilla disponible en la *Guía de Recomendación de Activos para la Salud* (22) para el *Check List* de las diferentes etapas. Como evaluación profunda de los activos se propone el uso de la Escala de Valoración y Priorización de activos para la salud- Modificada (29), formada de 103 ítems organizados en 14 dimensiones.

Por último, se hará una encuesta de satisfacción para las personas usuarias, así como una reunión con profesionales del equipo de salud, que servirá de punto de partida para modificar y valorar nuevas propuestas.

Discusión

Los determinantes sociales en salud hacen referencia a las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. La descripción y el conocimiento de estos, así como la identificación de activos en salud a través de técnicas de participación comunitaria, pueden contribuir a generar conciencia colectiva, útil en el desarrollo de acciones comunitarias (30).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Alma-Ata (1978) ya menciona la utilidad de la participación comunitaria a favor de la salud de las poblaciones (31). Así mismo, la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa (1986) la define como la fuerza motriz para la fijación de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y la puesta en marcha de estrategias de promoción (32). Estos acuerdos internacionales proporcionan una base sólida en la que seguir desarrollando trabajos como este con el foco puesto en la comunidad.

El territorio como componente de los ejes de desigualdad debe tomarse como referencia en la puesta en marcha de acciones comunitarias (2,33). La puesta en marcha de diagnósticos de salud participativos en la comunidad pone en valor la consideración de los diferentes modelos de comunidad, como ocurre en las primeras etapas de la guía propuesta en este trabajo. En el caso del municipio de Arrigorriaga en el País Vasco se recoge un diagnóstico con un componente tanto cualitativo (identificación de activos y necesidades de salud a partir de técnicas de participación comunitaria) como cuantitativo (identificación, descripción y cálculo de indicadores demográficos y determinantes sociales) (33). Destaca la importancia de las redes de apoyo existentes en este tipo de comunidades, así como el movimiento asociativo y los servicios públicos que existen en este tipo de municipios.

Pese a la utilidad de la participación comunitaria en materia de salud, los momentos de emergencia dejan completamente de lado el componente social por parte de las instituciones, viéndose aumentadas las desigualdades (34). No obstante, las redes comunitarias que se forjan en los municipios rurales tienden a sobreponerse ante las dificultades. Se cuenta con la publicación de la experiencia comunitaria del proceso de vacunación de pacientes dependientes en el Centro de Salud de Andorra (Teruel). Se trata de un ejemplo en el que por medio de la colaboración ciudadana se puede llegar ahí donde los recursos de la Administración Pública en el medio rural no pudieron hacerlo (11). Se hace evidente de nuevo el papel fundamental de los recursos de apoyo social y comunitarios en este tipo de poblaciones, que pueden desarrollarse a partir de la guía expuesta.

La enfermería comunitaria encuentra un amplio campo para el desarrollo de su profesión en las comunidades del medio rural. Pese a no haber referencias específicas, la población rural valora de manera muy positiva la implicación de estas profesionales (14) que componen el Equipo de Atención Primaria. Las enfermeras rurales han de utilizar los activos de la comunidad en sus intervenciones de promoción de la salud como recursos para minimizar las desigualdades que puedan aparecer respecto al medio urbano.

Este trabajo presenta ciertas limitaciones, se trata de un estudio de revisión de la literatura científica y de adaptación de un marco teórico basado en los documentos aportados en la página web de la Estrategia de Atención Comunitaria del Gobierno de Aragón. Sin embargo, es de los pocos trabajos que profundiza en el tema de la recomendación de activos en el medio rural y las implicaciones de Enfermería. Esta propuesta sienta las bases para la puesta en marcha del proceso descrito y puede considerarse un punto de partida, con la adaptación a las características de entornos concretos, para futuras investigaciones que contribuyan a aumentar la evidencia científica en este tema.

Conclusiones

El territorio como parte de los ejes de desigualdad condiciona la situación de salud de las comunidades, por lo que, la elaboración y el registro de proyectos, los planes de cuidados y las intervenciones enfermeras en el medio rural, se posicionan como una necesidad. En el medio rural existe un fuerte vínculo entre las personas integrantes de la comunidad, por lo que se debe fomentar el registro y la difusión de los activos para la salud.

La enfermera rural como referente de salud en la comunidad tiene a su disposición la *Guía de Recomendación de Activos para la Salud* del Gobierno de Aragón y otras estrategias, como las planteadas en este trabajo, para su uso en la práctica diaria.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Espelt A, Contente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2016; 30:38-44.
2. Navas Martín MA. Influencia de las desigualdades sociales en salud en la mortalidad de la población rural y urbana en España, 2007-2013. *Med Fam Semer* 2020; 46(5):331-8.
3. Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 299, de 14 de diciembre de 2007.
4. Gándara Revuelta M, Menezo Viadero R, Luis Cobo Sánchez J, Pelayo Alonso R, García Martínez A, Aja Crespo M, et al. La actividad domiciliaria de la enfermera rural. *Nuberos científica*, 2011; 1(5):18-21.
5. Rechel B, Džakula A, Duran A, Fattore G, Edwards N, Grignon M, et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy (New York)* 2016; 120(7):758-69.
6. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Análisis y Prospectiva-serie ArgInfo no 31. Demografía de la población rural en 2020 [internet]. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación; 2021 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/producto/analisis-y-prospectiva-serie-agrinfo-7/>
7. Decreto 165/2017, de 31 de octubre, memoria, estrategias, indicadores y evaluación ambiental, relativos a la Directriz Especial de Política Demográfica y contra la Despoblación del Gobierno de Aragón. Boletín Oficial de Aragón (BOA), núm. 214.
8. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística del Padrón Continuo. Número de municipios por comunidad autónoma y provincia y tamaño de municipio. INE [internet]. 2021 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0tamu001.px>
9. Cofiño R, Llanes JC, Blanco DG, Hernán-García M. Mejorar la salud comunitaria: acción comunitaria basada en activos. *FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria* 2019; 26(7):10-7.
10. Ramos Truchero G. Dinámicas de abastecimiento alimentario en las zonas rurales españolas: resolviendo la comida diaria cuando faltan las tiendas. *Panor Soc* 2020; (31):87-100.
11. Alloza García E, Ayuda Bosque J, de Gracia Hils YI, García López AM, Lagar González AB, López Sauras SI. Experiencia comunitaria: la importancia de las redes comunitarias en el proceso de vacunación a pacientes dependientes en el Centro de Salud de Andorra (Teruel). *Rev Comunidad* [internet]. 2021 [citado 8 may 2023]; 23(2). Disponible en: <https://comunidad.semfycc.es/articulo/experiencia-comunitaria-la-importancia-de-las-redes-comunitarias-en-el-proceso-de-vacunacion-a-pacientes-dependientes-en-el-centro-de-salud-de-andorra-teruel>
12. Gállego-Diéguez J, Aliaga Train P, Benedé Azagra CB, Bueno Franco M, Ferrer Gracia E, Ipiéns Sarrate JR, et al. Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón. *Gac Sanit* 2016; 30:55-62.
13. Hernán-García M, García Blanco D, Cubillo Llanes J, Cofiño R. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria* 2019; 26(7):1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.06.005>
14. Alberdi-Erice MJ, Rayón-Valpuesta E, Martínez H. Promoting Health in a Rural Community in the Basque Country by Leveraging Health Assets Identified through a Community Health Diagnosis. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2022 [citado 8 may 2023]; 19(2):627. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35055446/>
15. Arenas-Monreal L, Pacheco-Magaña L, Parada-Toro I, Rueda-Neria C, Cortez-Lugo M. Mapeo Comunitario para impulsar la participación comunitaria dentro del diagnóstico de salud poblacional. *Enfermería Univ* [internet]. 2019 [citado 8 may 2023]; 16(2). Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/636>
16. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 2013; 27(2):180-3.
17. Rodoreda Pallàs B, Vidal-Alaball J. Determinantes sociales de la salud en las consultas de atención primaria, codificación y tratamiento. *Enferm clin* 2022; 32(3):210-1.
18. Barranco Tirado JF. El médico de familia rural en el promoción de la salud: perspectivas desde Andalucía. *Rev Esp Salud Pública* [internet]. 2019 [citado 8 may 2023]; 93. Disponible en: www.msc.es/resp
19. Saiz Sánchez A, Quijano Cuadrado D. Percepción subjetiva del papel del enfermero rural: Influencia en los roles sociales de la población. XIV Congreso Nacional y IX Internacional de Historia de la Enfermería Un siglo cuidando a la sociedad Centenario del reconocimiento oficial de la enferme. 2015; 743-7.
20. Oliveira AR de, Sousa YG de, Silva DM da, Alves JP, Diniz ÍVA, Medeiros SM de, et al. Primary Health Care in the rural context: the nurses' view. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2020 [citado 8 may 2023]; 41. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100431&tlng=en
21. Da Silva BN, Riquinho DL, De Miranda FAN, De Souza NL, Pinto ESG. Análise Contextual Do Cuidado Da Enfermeira Rural No Âmbito Da Atenção Primária À Saúde. *Rev Enferm Atual Derme*. 2021; 95(35).

22. Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Atención Comunitaria basada en Activos: Guía Recomendación Activos para la Salud en Atención Primaria. Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria. 2018.
23. Calderón-Larrañaga S, Braddick F. De la prescripción social a la recomendación de activos: ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo? FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria 2021; 28(3):3-11. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.002>
24. Gobierno de Aragón. Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud [internet]. 2022 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/red-aragonesa-de-proyectos-de-promocion-de-salud-rapps->
25. Benedé Azagra CB, Gallego Diéguez J, Lou Alcaine ML, Marzo Arana J. Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón: Atención Primaria. 2019; 124. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-atencion-comunitaria-en-el-sistema-de-salud-de-aragon.-atencion-primaria>
26. Pola-García M, Domínguez García M, Gasch-Gallén Á, Lou Alcaine ML, Enríquez Martín N, Benedé Azagra CB. Implementación de un protocolo de recomendación formal de activos para la salud en los equipos de Atención Primaria aragoneses. Atención Primaria 2022; 54(12):102496.
27. Amorín Calzada MJ. Sector de Alcañiz. Mapa sanitario de la comunidad de Aragón 2007. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2008. p. 49-51.
28. Agenda Comunitaria. Centro de Valderrobres [internet]. Gobierno de Aragón; 2019 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://atencioncomunitaria.aragon.es/wp/wp-content/uploads/2019/12/agenda-CS-Valderrobres.pdf>
29. Sáinz Ruiz PA. Identificación y valoración de los activos para la salud. Análisis epistemológico y modelo de medición [internet]. Universidad de Alicante; 2021 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/114358?mode=full>
30. Russell C. Understanding ground-up community development from a practice perspective. Lifestyle Med [internet]. 2022 [citado 8 may 2023]; 3(4). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lim2.69>
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional de Atención Primaria De Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 septiembre de 1978 [internet]. Ginebra: OMS; 1978 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [internet]. Ginebra: OMS; 1986 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
33. Jiménez Carrillo M, Martín Roncero U, Etxeberria Simarro J, Morteruel Arizcuren M, Hernández Crespo L, Baza Bueno M. Desde un diagnóstico de salud participativo en época de pandemia, a iniciativas de promoción de la salud en un municipio del País Vasco. Comunidad 2022; 24(1):1-9.
34. López Rodríguez RM, Soriano Villarroel I. Informe Salud y Género 2022: aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 8 may 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2022/INFORME_SALUD_Y_GENERO_2022.15.09.2022.web.pdf

Anexo 1**Ficha de propuesta de actividades comunitarias****PROPUESTA DE ACTIVIDAD COMUNITARIA**

Nombre de la actividad:

Temas:

Breve descripción:

Población dirigida:

Medible:

Localización:

Fecha de actividad:

Accesibilidad económica:

Persona de contacto:

Fuente: elaboración propia



Tu Portal líder en información enfermera en castellano

Colecciones de libros y manuales

Libros y manuales de consulta especializados en contenido enfermero. Obras con ilustraciones de excelente calidad, hiperrealistas y muy detalladas.

Servicios Online

- Dicen: diario especializado de noticias de actualidad enfermera.
- Encuentra: buscador específico de contenidos de enfermería en la red.
- Enferteca: la mayor biblioteca digital de enfermería (+ de 150 libros digitales).

Revistas

Nueve revistas especializadas, 200 artículos nuevos cada año y más de 500 números disponibles.

Formación

- Cursos de formación continuada CFC y ECTS de hasta 150 horas.
- Programas de posgrado universitarios.



¹ Paula Segura Daroca
² Esperanza Ferrer Ferrándiz

Cuidados enfermeros a mujeres maltratadas en el ámbito de la violencia de género

¹ Enfermera de salud mental. Unidad de salud mental infantil Malvarrosa. Valencia (España).

E-mail: paula96segura@gmail.com

² Presidenta de la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana (España). Doctora en enfermería.

Cómo citar este artículo:

Segura Daroca P, Ferrer Ferrándiz E. Cuidados enfermeros a mujeres maltratadas en el ámbito de la violencia de género. *RIDEC* 2023; 16(1):59-70.

Fecha de recepción: 3 de mayo de 2023.

Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2023.

Resumen

Objetivo: la violencia de género se ha convertido en un importante problema de Salud Pública que requiere una acción urgente, considerando esta situación como una vivencia que afecta al proceso salud-enfermedad de las mujeres. En este contexto, los profesionales deben actuar de manera sensible y efectiva con ellas buscando el mejor cuidado. El objetivo principal del estudio es analizar la evidencia sobre los cuidados enfermeros más específicos y adaptados a la situación de violencia contra la mujer.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en las bases de datos de Ciencias de la Salud: BVS, Cuiden, Dialnet, Lilacs, Pubmed, Scielo y la biblioteca Cochrane, acotando el periodo de 2018 a 2023. Se escogieron 15 artículos que cumplieran los criterios de selección.

Resultados: de los artículos escogidos, cinco trataban de las herramientas, ocho de la importancia de las enfermeras, seis de los cuidados enfermeros y 10 de las barreras que impiden la atención, muchos comentan más de una variable.

Conclusiones: existe un consenso sobre la utilidad de las herramientas, así como unanimidad sobre la importancia de los profesionales enfermeros como los agentes de salud más próximos a estas mujeres. Además, los autores hablan del desarrollo de actividades, como apoyar el fortalecimiento y la autonomía y la mejora de la autoestima como cuidados enfermeros, que se deberían ofrecer a las mujeres que sufren maltrato. Por último, las barreras que obstaculizan la respuesta sanitaria eficaz son las falsas creencias y el bajo conocimiento sobre el tema.

Palabras clave: violencia contra la mujer; atención de enfermería; violencia de género; maltrato conyugal; Atención Primaria de salud.

Abstract

Nursing care for battered women in the setting of gender-based violence

Objective: gender-based violence has become a major Public Health problem which requires urgent action, considering this situation as an experience with impact on the health-disease process of women. In this setting, professionals must act with sensitivity and effectiveness, in search for the best care for them. The primary objective of this study is to analyse the evidence about the most specific nursing care adapted to the scenario of violence against women.

Methodology: a bibliographic review of scientific publications was conducted in the following Health Sciences databases: BVS, Cuiden, Dialnet, Lilacs, Pubmed, Cielo, and the Cochrane library, limited to the period from 2018 to 2023. Fifteen (15) articles which met selection criteria were chosen.

Results: of the articles selected, five were about the tools, eight about the importance of nurses; six about nursing care, and 10 about the barriers preventing care; more than one variable was discussed in many of them.

Conclusions: there is consensus regarding the usefulness of tools, as well as unanimity about the importance of nursing professionals as the health agents closest to these women. Besides, the writers talk about the development of activities such as support for strengthening and autonomy, and the improvement of self-esteem, as part of the nursing care which should be offered to women suffering abuse. Finally, the barriers hindering an effective healthcare response are: false beliefs and low knowledge of this matter.

Key words: violence against women; nursing care; gender-based violence; domestic violence; Primary Care.

Introducción

La violencia de género se ha convertido en un importante problema de Salud Pública, el cual conlleva la violación de los derechos humanos, repercutiendo gravemente sobre la salud de la mujer. Según la definición de la Organización de Naciones Unidas (ONU), la violencia de género es "cualquier acto o intención que origina daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada" (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) indica que alrededor de una de cada tres mujeres (30%) en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de una pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. Desde el Instituto Nacional de Estadística español, el número de mujeres víctimas de violencia de género aumentó un 3,2% en el año 2021, hasta 30.141. La tasa de víctimas de violencia de género fue de 1,4 por cada 1.000 mujeres de 14 y más años (2).

En este documento se abordará una de las más extendidas, la violencia perpetrada por un compañero íntimo. Según el Gobierno de España (3), la violencia doméstica contra las mujeres: "es una forma de violencia de género que aparece por la relación de poder y la distinción cultural de roles asignados para cada sexo. Este tipo de relaciones de poder rara vez benefician a las mujeres". En España, esta se encuentra amparada por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, donde se define esta como: "la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y se ejerce por los cónyuges o quienes hayan estado vinculados a las mujeres por relaciones de afectividad" (4).

En cuanto al panorama nacional sobre la normativa vigente, el 7 de septiembre de 2022 fue publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, que pretende impulsar los derechos de todas las víctimas, adoptando y poniendo en práctica políticas efectivas, globales y coordinadas entre las diferentes Administraciones, garantizando la prevención y la respuesta frente a todas las formas de violencia sexual (4).

Aparte de la forma como se exprese la vivencia de la violencia, esta puede dañar la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres, y desencadenar problemas tales como: hematomas, quemaduras, hipertensión, aborto, dolores epigástricos, daños relacionados a la somatización de la violencia experimentada, cefalea, ansiedad, síndrome del estrés postraumático e intento de suicidio, depresión (5).

Considerando esta situación como una vivencia que afecta significativamente al proceso salud-enfermedad de las mujeres, el ámbito de la salud es un lugar privilegiado para identificación de estas situaciones. En este contexto, los profesionales deben de estar preparados para reconocer esta situación, y no solo por las marcas visibles, los trabajadores han de actuar de manera sensible y efectiva con ellas, buscando el mejor cuidado. Los servicios de salud juegan un papel fundamental en la prevención y la gestión de la violencia contra la mujer debido al hecho de que la mujer puede acceder a estos con mayor frecuencia que a otros, sobre todo a la asistencia sanitaria, especialmente la Atención Primaria de salud, reduciendo así sus consecuencias.

A pesar de los esfuerzos por crear un fundamento de conocimiento teórico acerca de la temática, los estudios corroboran que aún existen dificultades por parte de algunos profesionales para identificar la violencia contra la mujer. También revelan la falta de preparación para realizar la atención; sin embargo, hay menos investigación que explora los cuidados enfermeros que estas mujeres necesitan. Las demandas de estas mujeres hacia los servicios de salud requieren que los profesionales tomen medidas y tengan en cuenta la complejidad de las circunstancias, en la perspectiva de la atención integral.

Todos estos acontecimientos han propiciado un mayor interés sobre el tema, y así apareció la necesidad de una discusión más generalizada sobre la práctica de los profesionales enfermeros a la hora de cuidar a las mujeres que sufren o han sufrido violencia, con un énfasis en el género.

El problema es los cuidados hacia la mujer maltratada o que está sufriendo maltrato no están claros. Tampoco se ha valorado en profundidad la calidad de los mismos, puesto que, aunque no es un problema reciente, su actuación y su penalización legal sí que es nueva.

Por tanto, se plantea la siguiente pregunta: ¿cuáles son los cuidados enfermeros específicos que pueden permitir mejorar el cuidado desde la complejidad a mujeres víctimas de violencia de género actual y pasada?

Siguiendo la formulación PICO:

- Paciente: mujer maltratada, mujer que ha sufrido violencia.
- Intervención: cuidados enfermeros específicos.
- Comparación: otro tipo de cuidados.
- *Outcomes* (resultados): atender y mejorar el cuidado hacia mujeres que sufren o han sufrido violencia de género en algún momento de su vida.

Como objetivo general de esta revisión se plantea analizar la evidencia sobre los cuidados enfermeros más específicos y adaptados a la situación de violencia contra la mujer.

Como objetivos específicos se recogen los siguientes:

- Definir las herramientas de la enfermera para detectar, prevenir y tratar la violencia contra la mujer.
- Identificar la importancia de los profesionales enfermeros como agentes de salud que tienen un mayor contacto con estas mujeres.
- Demostrar que los cuidados enfermeros mejoran el proceso de readaptación a la vida cotidiana de estas mujeres.
- Enunciar las barreras que implican un obstáculo para dar una respuesta sanitaria eficaz.

Metodología

El presente trabajo es una revisión bibliográfica de aquellos documentos más actualizados sobre el tema. La revisión bibliográfica se realizó entre los meses de febrero y marzo de 2023 en España, desde el día 8 de febrero hasta el 29 de marzo mediante la consulta de diferentes metabuscadores y bases de datos electrónicas: Pubmed, Lilacs, Cuiden, BVS, Dialnet, Cinahl, Scielo España y La Biblioteca Cochrane Plus. Se emplearon distintos descriptores para las diferentes búsquedas bibliográficas. Por un lado, del tesoro *Medical Subject Heading* (MeSH) se utilizaron: "nursing care", "violence against women", "nursing", "spouse abuse", "aftercare", "domestic violence", "prevention AND control" y "domestic violence therapy". Por otro lado, se usaron: "violencia contra la mujer", "atención de enfermería", "medicina preventiva", "violencia de género", "maltrato conyugal" y "cuidados posteriores" del tesoro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Para poder combinar los descriptores anteriormente enunciados se empleó el operador booleano "AND".

Las cadenas de búsquedas que se utilizaron fueron: "nursing care AND violence against women", "nursing AND spouse abuse", "spouse abuse AND aftercare", "domestic violence AND nursing", "atención de enfermería AND violencia contra la mujer", "atención de enfermería AND violencia contra la mujer AND medicina preventiva", "violencia de género AND atención de enfermería", "violencia de género AND prevención AND atención de enfermería", "maltrato conyugal AND atención de enfermería", "violencia contra la mujer", "atención de enfermería AND violencia contra la mujer AND cuidados posteriores", "violencia contra la mujer AND maltrato conyugal".

Se establecieron unos determinados criterios de selección que se exponen a continuación:

Criterios de inclusión:

- El periodo de búsqueda se limitó a una antigüedad máxima de cinco años, entre 2018 y 2023.
- Mujeres que se encuentran en una situación de violencia con sus parejas.
- Aquellos que obtienen la casi totalidad de los criterios *Critical Appraisal Skills Programme* español (6-8).

Criterios de exclusión:

- Artículos que no se adecúen al tema de estudio.
- Artículos que no cumplan algunos de los requisitos anteriores.
- Duplicados.

Las variables de la revisión son:

- Herramientas de la enfermera/o para detectar, prevenir y tratar la violencia contra la mujer.
- Importancia de los profesionales enfermeros como agentes de salud que tienen un mayor contacto con estas mujeres.
- Cuidados enfermeros que mejoran el proceso de readaptación a la vida cotidiana de estas mujeres.
- Barreras que implican un obstáculo para dar una respuesta sanitaria eficaz.

Para la selección de los artículos de una forma más eficiente se utilizó el filtro de años de publicación del periodo 2018-2023 y disponibilidad de texto completo.

Como método de filtración de los recursos se hizo un cribado en el que se leía el título y el resumen de los documentos y se desechaban aquellos que no cumplían los criterios de selección y/o no se adecuaban a la temática del trabajo.

A la hora de la lectura crítica se utilizó el programa CASPe para poder evaluar la calidad metodológica de los diferentes artículos (6-8).

Tras la búsqueda inicial se localizaron un total de 14.620 referencias (12.149 en Pubmed, 120 en Cuiden, 631 en BVS, 38 en Lilacs, 1.517 en Scielo España, 149 en Dialnet y 16 en B. Cochrane plus), de las cuales 15 fueron los elegidos por las diferentes vías plasmadas en el proceso de selección: uno de Lilacs, seis de Cuiden, uno de la biblioteca Cochrane, uno de Dialnet, uno de Pubmed, uno de Scielo y cuatro de BVS. Respecto al idioma, tres artículos fueron escritos en inglés, siete en español y cinco en portugués.

A continuación se adjunta un diagrama de flujo explicativo del cribado realizado para seleccionar los documentos (Figura 1).

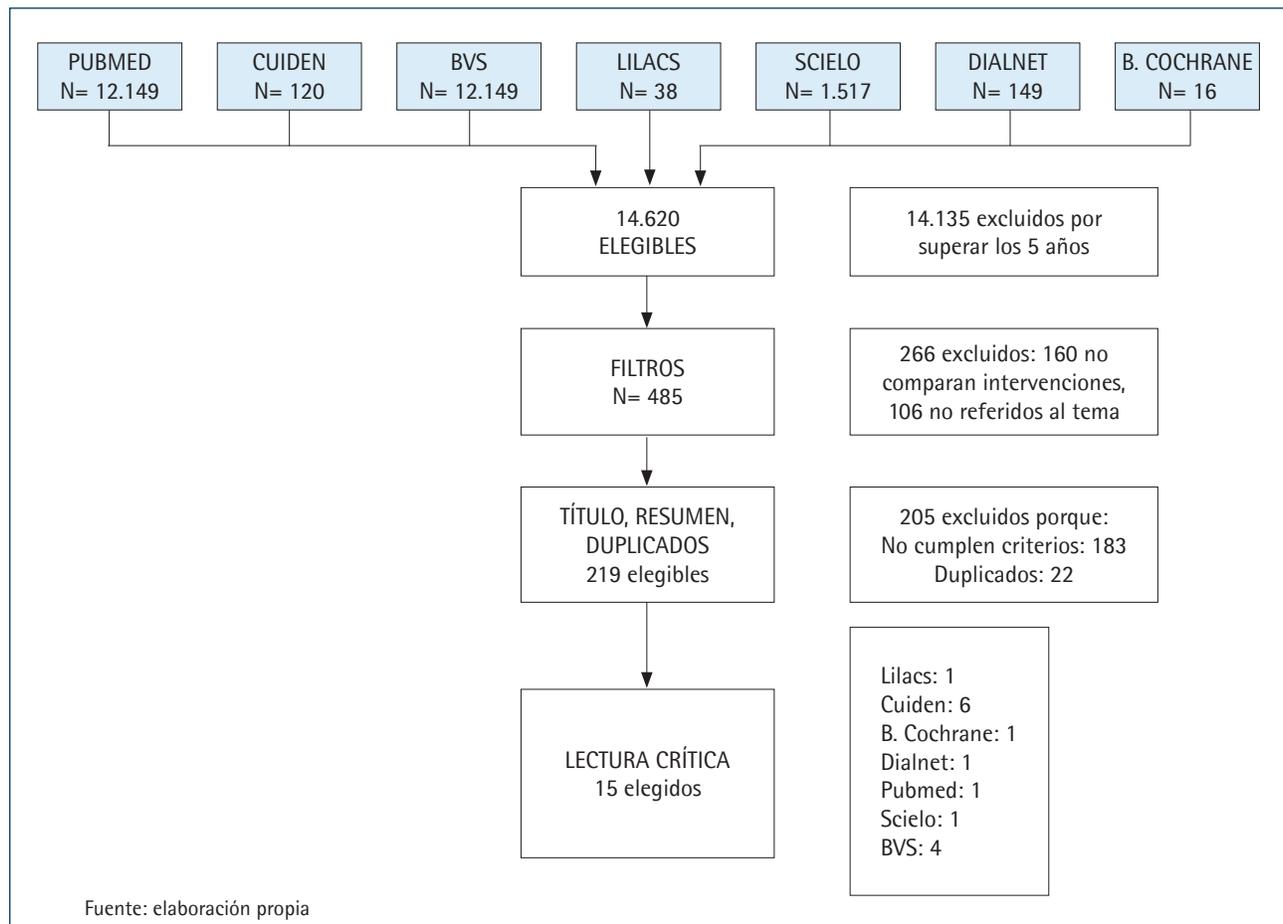


Figura 1. Diagrama de flujo

Resultados

Los artículos seleccionados para dar forma al presente trabajo fueron en total 15:

- Seis estudios cualitativos, descriptivos.
- Cuatro revisiones bibliográficas.
- Un estudio transversal con muestreo no probabilístico.
- Un estudio cualitativo basado en la teoría fundamentado en los datos.
- Tres estudios transversales.

Los estudios cualitativos descriptivos han sido el tipo de estudios más seleccionado y la mayoría de los trabajos son de tipo cualitativo. Los artículos se estructuraron en cinco bloques temáticos, de forma que se corresponden con los objetivos específicos. Las variables de resultados son: herramientas de la enfermera para evaluar la eficacia de los cuidados en el ámbito de la violencia de género, importancia de los profesionales enfermeros como agentes de salud con mayor contacto con estas mujeres, cuidados enfermeros que mejoran el proceso de readaptación a la vida cotidiana y barreras que implican un obstáculo para dar una respuesta sanitaria eficaz.

Cabe señalar que cinco artículos se utilizaron para elaborar la primera variable, ocho para la segunda variable, seis para la tercera variable y 10 para la última variable. A continuación, se muestran los principales hallazgos encontrados desglosados en una tabla de síntesis de resultados (Tabla 1).

Tabla 1. Tabla de síntesis de resultados

Título	Autor, país, año	Tipo de estudio y muestra	VARIABLES DE RESULTADO	CASPe
<i>Violencia contra as mulheres: atuação primária à saúde</i>	Sehnm, Lopes, Tier, Ribeiro, Maciel, Calhos. Brasil, 2019	Investigación cualitativa, descriptiva, realizada en estrategias salud de la familia de un municipio de rio grande do sul, 2017	Cuidados enfermeros: el vínculo, la acogida y la notificación obligatoria constituyen factores importantes para la actuación. La importancia de la enfermería: en su práctica para movilizar mujeres para la construcción de la igualdad de género y su autonomía	9/10
Atención de enfermería a mujeres en situación de violencia en Atención Primaria de salud	Vale, Rocha, Conceição. Brasil, 2022	Revisión integradora de la literatura. Se encontraron 48 artículos, después de filtrar quedaron siete	Barreras: existe una dificultad para que los profesionales de la salud identifiquen y actúen en casos de violencia contra la mujer. La importancia de la enfermería: las enfermeras tienen un papel fundamental en la identificación e intervención de los casos de violencia contra la mujer, ya que trabajan con la comunidad, conocen mejor y más de cerca la realidad de las usuarias. Cuidados enfermeros: es importante que en la atención brindada se establezca un vínculo entre el profesional y el paciente y una relación de confianza entre ellos, porque de esta manera la mujer se sentirá más cómoda para hablar sobre el tema	10/10
Violencia contra la mujer: ¿cómo los	Santos, Barros, Delgado, Silva,	Estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo, desarrollado con	Barreras: falta de estructura en las unidades, formación de profesionales y una red de protección para estas mujeres. La importancia de la enfermería: es fundamental que	8/10

Tabla 1. Tabla de síntesis de resultados (continuación)

Título	Autor, país, año	Tipo de estudio y muestra	VARIABLES DE RESULTADO	CASPe
profesionales de la Atención Primaria de salud están enfrentando esta realidad?	Carvalho e Alexandre. Brasil, 2018	11 enfermeras que integran Atención Primaria	tengan una visión más amplia de los problemas inherentes a la comunidad para brindar una mejor atención	8/10
Violencia de género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria	Noriega. España, 2018	Revisión bibliográfica a través de fuentes primarias y secundarias. Se utilizaron 13 artículos	Herramientas: identificación de casos se basa en la relación de confianza y en técnicas como la entrevista o el uso de cuestionarios. Barreras: destacan la falta de formación y de conocimientos como principal motivación de infradetección/actuación. La importancia de la enfermería: la atención a la violencia de género desde enfermería puede considerarse primordial desde nuestra profesión	8/10
Validación de la versión corta del <i>Woman Abuse Screening Tool (WAST)</i> en población general	Pichiule Castañeda, Gandarillas Grande, Pires Alcaide, Lasheras Lozano y Ordobás Gavín. España, 2019	Encuesta de violencia de pareja hacia la mujer de la Comunidad de Madrid de 2014, realizada a mujeres de 18 a 70 años	Herramientas: la versión reducida del cuestionario WAST presentó índices de validez aceptables para ser utilizados como cuestionario de cribado de violencia de pareja hacia la mujer	9/10
Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en Atención Primaria de salud en España	Murillo, San Sebastián, Vives-Cases, Goicolea. España, 2018	Estudio transversal con muestreo no probabilístico y por conveniencia en profesionales sanitarios/as de 15 centros de Atención Primaria españoles	Herramientas: leer el protocolo de actuación regional/nacional y recibir formación en la violencia del compañero íntimo fueron las intervenciones más importantes asociadas a una mejor capacidad de respuesta a la violencia del compañero íntimo de los/las profesionales sanitarios/as en Atención Primaria	8/10
Prácticas de cuidado de la enfermera a la mujer en situación de violencia conyugal	Mota, Machado, Santos, Simões, Pires, Rodrigues. Brasil, 2020	Investigación descriptiva, cualitativa, realizada con 17 enfermeras de las Unidades de Salud de la familia de un municipio baiano	Cuidados de enfermería: cuidar a la mujer en situación de violencia conyugal implica acogida y trabajo en equipo multiprofesional. Barreras: el silencio de la mujer, la contrarreferencia y la capacitación profesional inadecuada. La importancia de la enfermera en el cuidado de estas mujeres	7/10
Cuidado Enfermero, percepción de la mujer que vive violencia de pareja	Yusef Contreras, Illesca Pretty, Seguel Palma. Chile, 2020	Investigación cualitativa, descriptiva, a través de estudio de casos. Se realizó registro de notas de campo y entrevista	Cuidados enfermeros: protección, seguridad, apoyo, orientación, educación y necesidad de reestructuración de sus vidas y las de sus hijos. La importancia de la enfermera: por su fuerte formación en el ámbito social y tomando en cuenta el compromiso ético y sus amplias competencias	8/10

Tabla 1. Tabla de síntesis de resultados (continuación)

Título	Autor, país, año	Tipo de estudio y muestra	VARIABLES DE RESULTADO	CASPe
		en profundidad a informantes claves	Herramientas: es necesario formular protocolos de atención y modelos de cuidado específicos, en servicios públicos intersectoriales	
Atención de enfermería a mujeres en situación de violencia en servicios de emergencia	Franco, Lourenço. Brasil, 2022	Revisión integradora en bases de datos con 24 artículos seleccionados	La importancia de la enfermera: el equipo de enfermería tiene un papel protagónico en el abordaje. Barreras: existen barreras que pueden ser superadas mediante el desarrollo de protocolos y la formación de profesionales para el abordaje de la violencia contra la mujer	7/10
Más allá de la dolencia física: el cuidado de víctimas de violencia de género	Bastias, Figueroa, Texier, Ariza, Algañaraz Soria, Caño. Argentina, 2020	Estudio cualitativo-descriptivo, donde se entrevistó a 10 enfermeros de un hospital de San Juan, Argentina	Cuidados de enfermería: la necesidad de contención mediante el establecimiento de un vínculo de confianza, empatía y respeto que permita a las pacientes verbalizar la violencia y el reconocimiento del caso como tal. Barreras: el escaso tiempo de duración de la consulta, la falta de capacitación y experiencia para la detección. La importancia de la enfermería: por su posición privilegiada para la atención de estos pacientes	7/10
Condiciones que interfieren en la atención de mujeres en situación de violencia conjugal	Carneiro, Gomes, Almeida, Romano, Silva, Webler, Mauricio. Brasil, 2021	Estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada en los Datos. Las entrevistas se realizaron con 31 profesionales de la salud que trabajan en Unidades de Salud de la Familia	Barreras: la atención puede estar limitada por la logística de la organización, que restringe el tiempo de la consulta y la preparación profesional desde la graduación para actuar en estos casos. Se suma el impacto de la inexistencia o desconocimiento de un flujo de atención intersectorial delineado. Los profesionales apuntan a una debilidad en el proceso de formación académico/profesional. Destacable la importancia de educación continua en salud, para la actualización de profesionales	9/10
Violencia contra las mujeres en la práctica de enfermeras de Atención Primaria de salud	Silva, Ribeiro. Brasil, 2020	Estudio descriptivo con aproximación cualitativa, realizado con diez enfermeras que trabajan en Atención Primaria de Salud	Barreras: es aún de difícil enfoque en el contexto de la Atención Primaria de Salud, que se ve agravada por la dificultad de la mujer para revelar su propia violencia y también del profesional que percibe su incapacidad para reconocer situaciones de violencia. Cuidados de enfermería: brindando oportunidades por un momento de resignificación de la atención ofrecida	9/10

Tabla 1. Tabla de síntesis de resultados (continuación)

Título	Autor, país, año	Tipo de estudio y muestra	VARIABLES DE RESULTADO	CASPe
Factores asociados a la detección de casos de violencia de género en Atención Primaria	Moreno Terribas, Pérez Morente, Martín Salvador, Arrabal Delgado, Pozo Cano, Martínez García. España, 2022	Estudio transversal mediante el cuestionario <i>Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey</i> (PREMIS) validado al español. Participaron 38 profesionales	Barreras: se muestra necesario reforzar la formación y sensibilización en violencia de género, para aumentar su detección entre los profesionales de Atención Primaria	9/10
Formación de los profesionales sanitarios para responder a la violencia en la pareja contra la mujer	Kalra, Hooker, Reisenhofer, DiTanna, García-Moreno. 2021	Revisión sistemática en central, medline, Embase y otras siete bases de datos hasta junio de 2020	Herramientas: la capacitación en violencia de género puede tener efectos positivos en las actitudes de los profesionales de la salud hacia las sobrevivientes, puede mejorar su conocimiento y preparación para responder a las sobrevivientes, pero la evidencia es muy incierta	10/10
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre violencia de género en el profesional de enfermería de Atención Primaria	González Muñoz, Durán Flores, González Rubio. España, 2019	Estudio descriptivo transversal realizado mediante una encuesta validada, anónima y autoadministrada dirigida a los profesionales de enfermería	Barreras: los encuestados creen que no poseen los conocimientos necesarios para detectar estas situaciones, por lo que es necesario el aumento de la formación sobre esta materia en los profesionales, en relación con la detección e identificación de casos	9/10

Discusión

Tras el análisis de los resultados de los artículos seleccionados, reflejados en el apartado anterior, se encontró una relación con los objetivos planteados.

Variable 1. Herramientas de la enfermera/o para detectar, prevenir y tratar la violencia contra la mujer

Los autores hacen hincapié en la necesidad de utilizar diferentes instrumentos para detectar la violencia de género, ya sea desde la entrevista personal a la mujer hasta escalas de detección de la violencia de género. Cada profesional debe buscar la forma en la que se sienta más seguro. En su artículo Noriega (9) hace referencia a lo dictado por la OMS, donde dice: "No tengan miedo de preguntar: contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte".

Según Noriega (9) existen una serie de escalas que pueden ayudar en el trabajo diario de las enfermeras, como son:

- *Woman Abuse Screening Tool*: consta de dos preguntas adaptadas a la población española. Es una de las más sencillas y rápidas (10).
- La versión española de *Index Of Spouse Abuse* (ISA): formada por 30 ítems, mide violencia física, sexual y emocional, conductas de control y aislamiento y la gravedad de la violencia contra la mujer.

- El PMWI-SF mide el grado de maltrato psicológico. Este cuestionario es una versión corta del original, incluye comportamientos abusivos que pueden sufrir las mujeres víctimas de violencia de género.

Yusef et al. (11), Moreno Terribas et al. (12) y Murillo et al. (13) resaltan la necesidad de crear protocolos de atención y modelos de cuidado específicos, para poder brindar los cuidados con máxima calidad, pero siempre respetando cada caso individual. Estos autores también resaltan la necesidad de que el personal de enfermería conozca las políticas y programas, para poder detectar los recursos disponibles que se pueden ofrecer a estas mujeres y aumentar el nivel de preparación y conocimientos sobre los requerimientos legales en violencia de género. Según Murillo et al. (13) realizando estos cambios se optimizaría la gestión de los casos de violencia de género, mejorando significativamente la detección activa, la comunicación entre profesionales y pacientes, y la gestión integral de las mujeres afectadas.

Murillo et al. (13) hace referencia a la necesidad de formación sobre el tema, en su artículo refieren que más de 20 horas de formación se asocia con mejores puntuaciones en el nivel de preparación y conocimientos percibidos, en la preparación del equipo, sobre los requerimientos legales pertinentes, en la disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo, la autoeficacia, el entendimiento de la víctima y las prácticas llevadas a cabo para mejorar esta situación. Kalra et al. (5) también recalcan que la capacitación de los profesionales de la salud puede tener efectos positivos en su trabajo, mejorando el conocimiento y la preparación para poder abordar estos casos con la mayor calidad.

Según la OMS: "la capacitación del personal sanitario constituye la primera línea de apoyo para las mujeres que experimentan violencia de género, de la cual se obtienen las herramientas necesarias para brindar una atención integral y de calidad. Además, cuando el conocimiento aumenta con la formación también influye en aspectos personales, como la autoeficacia profesional, lo que genera mejores prácticas clínicas" Murillo et al. (13).

Variable 2. Importancia de los profesionales enfermeros como agentes de salud que tienen un mayor contacto con estas mujeres

Los diferentes autores (Vale et al. (14), Bastias et al. (15), Noriega (9), Franco et al. (16) y Sehnem et al. (17)) afirman que los profesionales de la enfermería se encuentran en una posición estratégica para asistir a las mujeres que sufren violencia de género, al ser uno de los primeros profesionales con los que entran en contacto al llegar a los servicios de salud y, si necesitaran hospitalización, sería con quién más tiempo pasarían durante el ingreso. Además, afirman que la enfermera mantiene un vínculo a largo plazo con estas mujeres, a través de los cuidados que le brinda. Yusef et al. (11) hace referencia a la fuerte formación en el ámbito social que tiene la profesión de enfermería, lo que les capacita para el cuidado por su compromiso ético y sus amplias competencias.

Según Noriega (9), "la enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos" (Art. 53), siendo considerada la violencia de género una vulneración de dichos derechos por la ONU. Noriega (9) resalta el trabajo de las enfermeras de Atención Primaria, puesto que tienen gran accesibilidad, cercanía y contacto frecuente a lo largo del ciclo vital con estas mujeres. Este es un colectivo fundamental para llevar a cabo la detección temprana de la violencia de género. Es preciso destacar que Santos et al. (21) refieren que deberían de ser especialistas de familiar y comunitaria, para poder tener una visión más amplia de los problemas inherentes en la comunidad y brindar mejor asistencia.

Variable 3. Cuidados enfermeros que mejoran el proceso de readaptación a la vida cotidiana de estas mujeres

Los cuidados que los enfermeros deben brindar ante los casos de violencia de género no se reducen solo a la atención de lesiones físicas, sino también incluye un cuidado basado en las necesidades psicológicas de estas mujeres (15).

Según los autores Yusef et al. (11), Vale et al. (14), Sehnem et al. (17), Silva et al. (18), Mota et al. (19) y Noriega (9) los enmarcan en la promoción del autocuidados, la escucha activa, la orientación y guía, la educación, la capacitación, el cuidado humanizado y personalizado, con actitud de aproximación espontánea, compromiso, disposición y empatía, por parte de quien les presta ayuda, y la necesidad de refuerzo y validación sobre la asertividad de sus decisiones frente a luchar contra la violencia, y siempre a través de una atención integral, acogedora y humanizada, para fortalecer la autonomía y autoestima de estas mujeres. Se ha de enfatizar la necesidad de fortalecer la acogida y la escucha, sobre todo desde el momento de la llegada de la mujer víctima de violencia en la unidad de salud hasta su derivación y posible regreso a la unidad, buscando continuamente satisfacer todas sus necesidades.

Sehnm et al. (17) y Bastias et al. (15) también resaltan el vínculo como facilitador del trabajo de los enfermeros con las mujeres en situación de violencia: favorece la búsqueda de las mujeres por el servicio de salud, siendo un vínculo fundamental para que ganen confianza y puedan tanto aclarar dudas como exponer el problema.

Vale et al. (14) y Sehnm et al. (17) coinciden en la necesidad de que las enfermeras orienten a las mujeres en la búsqueda de información, en la notificación obligatoria y en que faciliten una serie de números de teléfono y listado de organizaciones que atienden estos casos.

Yusef et al. (11) habla de la importancia de realizar cuidados en relación con la salud mental de las mujeres utilizando: la disposición, la comprensión, la neutralidad, la actitud empática, la acogida, la contención, la orientación, la desdramatización, el control de las emociones, el conocimiento de límites propios, la intervención en crisis y la relación de ayuda.

Variable 4. Barreras que implican un obstáculo para dar una respuesta sanitaria eficaz

En lo referente a las barreras que implican un obstáculo para dar una respuesta sanitaria eficaz, la mayoría de autores (Bastias et al. (15), Vale et al. (14), Noriega (9), Carneiro et al. (20), Santos et al. (21), Mota et al. (19), Sehnm et al. (17) y González Muñoz et al. (22)) concuerdan en que la mayor dificultad es la falta de tiempo en consulta y la falta de conocimiento, así como la capacitación o la experiencia para los casos de violencia de género. Según Murillo et al. (13) solo el 31% del personal sanitario refirió sentirse bien preparado para realizar una anamnesis y una exploración física completa durante la atención a las mujeres en los casos de violencia de género. El personal de enfermería no se encuentra suficientemente formado sobre las acciones a seguir, ni conoce de forma específica las instituciones nacionales que se ocupan de esta problemática. Como comentan en sus artículos Bastias et al. (15) y Silva et al. (18) se observa la necesidad de formación en perspectiva de género para clarificar conceptos y adecuar la intervención. La falta de abordaje de este tema durante su formación, tanto a nivel de posgrado como en relación con la educación continua, lleva a una falta de conocimiento y a un bajo ratio de notificaciones y poca responsabilidad en el seguimiento del caso.

Vale et al. (14) apuntan que se debe reflexionar sobre la educación y el desempeño en salud, puesto que se enfocan a lo técnico y no valoran la violencia como un problema de salud legítimo, que requiere una intervención efectiva. También comenta que muchos profesionales no identifican violencia en su práctica asistencial, debido a la dificultad para identificar síntomas o al silencio de las mujeres. Como refiere González Muñoz et al. (22) la mayoría cree que no poseen los conocimientos necesarios, considera que tienen un nivel medio de conocimiento general sobre violencia de género. También en los servicios de emergencia notan esta falta de conocimientos, según Franco et al. (16), con esta formación se podrá superar el estigma que abordar el tema de la violencia de género.

Según los datos de González Muñoz et al. (22), solo un 20,7% de los profesionales aplica siempre el protocolo de violencia de género; a pesar de que más de la mitad considera que la violencia de género es un problema bastante frecuente y muy importante, solo una cuarta parte de los encuestados mantiene una actitud expectante ante el diagnóstico y se plantea como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos ante una paciente en la consulta. Por tanto, al menos siete de cada 10 mujeres maltratadas pasan desapercibidas en la asistencia clínica habitual. Solo la mitad de los profesionales conoce la Ley y las obligaciones legales ante la mínima sospecha de un caso de violencia de género.

Santos et al. (21), Vale et al. (14), Sehnm et al. (17) y Carneiro et al. (20) resaltan la falta de estructura de las unidades y la fragilidad de la red de protección, con dificultades a la hora de la coordinación.

Otra parte importante del problema es el recambio de profesionales, según Sehnm et al. (17) el cambio frecuente de profesionales en los servicios de salud debilita el vínculo, ya que es un tema que muchas mujeres se avergüenzan de compartir con nuevas personas en las que no confían.

En la actualidad, a pesar de que la investigación sobre la detección de la violencia de género ha aumentado, sobre todo en el ámbito enfermero, las asistencias enfermeras siguen siendo relegadas a un segundo plano. El número de estudios que investigan estos son escasos. Por ello, es esencial que una profesión como la de enfermería, que como se ha podido observar es la que más contacto tiene con estas mujeres, desarrolle la máxima eficacia en su amparo y protección.

Sería conveniente puntualizar una serie de futuras líneas de investigación; como principal, debería abordarse el tema de la atención y la asistencia para la detección precoz, aunque existe una serie de protocolos que apoyan el trabajo de los profesionales, como se ha podido apreciar, algunos no conocen los protocolos o no los llevan a cabo. Además, se debería plantear la posibilidad de la enseñanza sobre el cuidado a mujeres maltratadas en las mismas facultades, para así poder mejorar el conocimiento de los profesionales enfermeros sobre el tema y tener una variedad de nuevos profesionales cua-

lificados para realizar la detección y el cuidado de estas mujeres.

Cabe destacar que en la presente revisión se ha encontrado una serie de limitaciones dada la escasa investigación en España sobre la protección y cuidados enfermeros hacia estas mujeres. Por esta razón muchos de los textos seleccionados son estudios realizados en Sudamérica. Además, cabe destacar que un porcentaje relativamente bajo estaba escrito en español. Los idiomas predominantes eran el portugués y el inglés.

También se puede añadir como limitaciones que han surgido durante la realización de la presente muestra bibliográfica, el reducido número de estudios, que impide la generalización de los resultados. Además, se ha encontrado escasa información sobre la formación en las universidades, que también son poco generalizables.

Conclusiones

Las conclusiones que se pueden extraer tras esta revisión bibliográfica son las siguientes:

- Los autores coinciden en que existe una serie de herramientas que permiten la detección, la prevención y ayudan a las enfermeras a la hora de tratar con estas mujeres. Las escalas más fiables y con menos sesgo de selección son la ISA y el PMWI-SF.
- Todos los artículos corroboran que los profesionales enfermeros son los agentes de salud que tienen un mayor contacto con estas mujeres, lo que les convierte en agentes de salud imprescindibles, por su tarea de cuidado asistencial para ampararlas y auxiliarlas.
- Existe un consenso sobre los cuidados que empoderan a la mujer. Algunos son: entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo, apoyar el fortalecimiento y la autonomía para poder enfrentarse a la violencia, mejorando la autoestima, la autonomía y la libertad e informar a las mujeres sobre sus derechos.
- Existen diferentes barreras que obstaculizan la respuesta sanitaria eficaz, como son: el bajo conocimiento de los profesionales sobre el tema y la falta de confianza para realizar la detección.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia contra la mujer [internet]. Notas de prensa. Ginebra: OMS; 2021 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de violencia doméstica y violencia de género (EVDVG) [internet]. Madrid: INE; 2021 [citado 8 may 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&tmenu=ultiDatos&tidp=1254735573206
3. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Definición de Violencia de Género [internet]. Madrid: Gobierno de España; [citado 8 may 2023]. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf
4. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. Guía de derechos para las mujeres víctimas de violencia de género [internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2022 [citado 8 may 2023]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacionUtil/derechos/docs/guiaderechosESPmayo2022.pdf>
5. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 31 de mayo de 2021 [citado 8 may 2023]; 2021(5). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012423.pub2/full>

6. Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender un Estudio de Diagnóstico. CASPe Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica [internet]. 2005 [citado 8 may 2023]; 22-5. Disponible en: https://redcaspe.org/plantilla_diagnostico_0.pdf
7. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica [internet]. 2010 [citado 8 may 2023]; 3:3-8. Disponible en: https://redcaspe.org/plantilla_cualitativa.pdf
8. Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica [internet]. 2005 [citado 8 may 2023]; 1:13-7. Disponible en: https://redcaspe.org/plantilla_revision.pdf
9. Noriega RB. Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. *Enferm Global* 2018; 17(3):484-508.
10. Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande A, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano L, Ordobás Gavín M. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. *Gac Sanit.* 2020; 34(6):595-600.
11. Yusef Contreras V, Illesca Pretty M, Seguel Palma F. Cuidado enfermero, percepción de la mujer que vive violencia de pareja. *Revista CuidArte* [internet]. 14 de agosto de 2020 [citado 8 may 2023]; 9(18). Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/76669>
12. Moreno Terribas L, Angeles Pérez Morente M, Martín Salvador A, Arrabal Delgado B, Dolores Pozo Cano M, Martínez García E. Factores asociados a la detección de casos de violencia de género en Atención Primaria. *Enferm Comunitaria* 2022; 18:e13376-e13376.
13. Murillo P, Sebastián MS, Vives-Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en Atención Primaria de salud en España. *Gac Sanit* 2018; 32(5):433-8.
14. Vale HS do, Rocha MR da, Conceição HN da. Assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde. *Rev Cubana Enferm* [internet]. 26 de marzo de 2022 [citado 8 may 2023]; 38(1). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4067>
15. Bastias F, Figueroa HL, Texier M, Ariza J, Algañaraz Soria VH, Caño MJ. Más allá de la dolencia física: el cuidado de víctimas de violencia de género. *Index de Enfermería (Index Enferm)* 2020; 29(4):215-9.
16. Franco JM, Lourenço RG. Assistência de enfermagem prestada às mulheres em situação de violência em serviços de emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2022; 24:68266.
17. Sehnem GD, Lopes EB, Tier CG, Ribeiro AC, Maciel V de QS, Castilhos L. Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM (REUFSM)* [internet]. 2019 [citado 8 may 2023]; 1-19. Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/35061/html>
18. Silva VG da, Ribeiro PM. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery.* 2020; 24(4).
19. Mota AR, Machado JC, Santos N de A, Simões AV, Pires VMMM, Rodrigues VP. Práticas de cuidado da(o) enfermeira(o) à mulher em situação de violência conjugal. *Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Online)* 2020; 840-9.
20. Carneiro JB, Gomes NP, Almeida LCG de, Romano CMC, Silva AF da, Webler N, et al. Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal. *Escola Anna Nery* [internet]. 2021 [citado 8 may 2023]; 25(5):e20210020. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/ean/a/mddcddNC37JqwwkYMQmP6mt/?lang=pt>
21. Santos SC dos, Barros P de A, Delgado RF de A, Silva LV de L, Carvalho VP da S, Alexandre ACS. Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade? *Saúde e Pesquisa* 2018; 11(2):359-68.
22. González Muñoz PF, Durán Flores ML, González Rubio MJ. Conocimientos, actitudes y opiniones sobre Violencia de Género en el profesional de enfermería de Atención Primaria. *Enferm Comunitaria* [internet]. 2019 [citado 8 may 2023]; 15. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e12296>

CARTA a la DIRECCIÓN

Profesionalcentrismo: el nuevo paradigma de la gestión humanizada

¹ Pedro Jaén Ferrer

² Albert Cortés Borra

¹ Enfermero. Técnico Superior en Coaching Personal. Formador de Formadores. Máster en gestión de servicios de enfermería. Máster en gestión de Organizaciones no Lucrativas. Máster en Geriátría. Secretario de HUGES -Humanizando la gestión. Codirector de J&C Gestión Sanitaria. La Manga del Mar Menor, Murcia (España).

² Enfermero. CAP Vila de Gràcia-Cibeles. Barcelona (España). Coordinador del grupo de trabajo de humanización de la AEC. Director de HUGES -Humanizando la gestión. Codirector de J&C Gestión Sanitaria. Máster en gestión de servicios de enfermería. Máster Universitario en dirección y gestión de personas. Profesor colaborador Escuela Superior de Enfermería del Mar, UPF. Barcelona (España).

E-mail: admin@jaen-cortes.es

Fecha de recepción: 24 de abril 2023.

Fecha de aceptación: 30 de abril de 2023.

En la última década ha habido un cambio significativo en la forma en que las empresas gestionan a sus empleados. Históricamente, las empresas se centraban en aumentar la productividad y la eficiencia, sin prestar mucha atención al bienestar de sus empleados. Sin embargo, en los últimos años, ha surgido un nuevo paradigma de gestión: el profesionalcentrismo (1).

El profesionalcentrismo se enfoca en poner a los empleados en el centro de la gestión empresarial. Se trata de una gestión humanizada que tiene en cuenta el bienestar y el desarrollo de los empleados, no solo como trabajadores, sino también como individuos con necesidades y deseos personales (2).

Este enfoque de gestión se basa en la idea de que los empleados felices y satisfechos son más productivos y comprometidos con la empresa. Al poner a los empleados en el centro de la gestión, las instituciones pueden crear un entorno laboral en el que los empleados se sientan valorados, motivados y apoyados en su crecimiento profesional. El profesionalcentrismo es un enfoque de gestión que se puede aplicar en cualquier tipo de organización, incluyendo las organizaciones sanitarias (3).

A continuación, se indican algunas claves sobre cómo el profesionalcentrismo puede ser implementado en las organizaciones sanitarias, y en la enfermería comunitaria en particular:

- Fomentar la formación y el desarrollo profesional: las organizaciones sanitarias pueden ofrecer oportunidades de formación y desarrollo profesional para sus empleados, incluyendo cursos de formación continua, talleres y programas de mentoría. Esto puede ayudar a mejorar la calidad del trabajo que realizan los empleados y su satisfacción laboral.
- Mejorar la comunicación: la comunicación abierta y transparente es clave para el éxito del profesionalcentrismo. En las organizaciones sanitarias, los directivos deben establecer canales de comunicación abiertos y fáciles de usar para que los empleados puedan expresar sus inquietudes y sugerencias.
- Apoyar el bienestar emocional de los empleados: el trabajo en las organizaciones sanitarias puede ser estresante y emocionalmente agotador. Por ello deben ofrecer servicios de asesoramiento y apoyo emocional para sus empleados, así como programas de bienestar para ayudarles a manejar el estrés y prevenir el agotamiento.

- Fomentar la colaboración y el trabajo en equipo: las organizaciones sanitarias pueden fomentar la colaboración y el trabajo en equipo entre los empleados para mejorar la calidad del servicio que ofrecen a sus pacientes. Esto puede incluir la creación de equipos multidisciplinares que trabajen juntos para abordar las necesidades de los pacientes.
- Reconocer y valorar el trabajo de los empleados: mediante la creación de programas de reconocimiento y recompensa. Estos programas pueden incluir bonificaciones, reconocimientos públicos y otros incentivos para motivar a los empleados a realizar su trabajo de manera efectiva y eficiente.

La gestión humanizada y el profesionalcentrismo comparten valores y principios comunes, pero se diferencian en el enfoque y la filosofía detrás de cada uno de ellos. Por lo tanto, surge la pregunta de qué diferencias hay entre una gestión humanizada y la gestión basada en el profesionalcentrismo:

- La gestión humanizada se enfoca en el bienestar de todos los miembros de la organización, incluidos los empleados y los clientes o usuarios, mientras que el profesionalcentrismo se enfoca específicamente en la importancia de los profesionales en el éxito de la organización.
- La gestión humanizada se basa en la filosofía de que el éxito sostenible de la organización depende de la felicidad y satisfacción de sus empleados y clientes, mientras que el profesionalcentrismo se basa en la filosofía de que los profesionales son los principales agentes de cambio en una organización.
- La gestión humanizada busca ofrecer una atención personalizada y centrada en el usuario, mientras que el profesionalcentrismo se enfoca en el desarrollo y bienestar de los profesionales para lograr una atención de alta calidad.
- El profesionalcentrismo pone un énfasis especial en la formación y desarrollo continuo de los profesionales, mientras que la gestión humanizada se enfoca en la formación y desarrollo continuo de todos los empleados de la organización.

Por todo ello, el profesionalcentrismo es un nuevo paradigma de gestión que se enfoca en poner a los empleados en el centro de la gestión, con lo que este modelo encaja también perfectamente en la gestión de la Atención Primaria, sus profesionales y la población. Al enfocarse en el bienestar, el desarrollo profesional y la inclusión de los empleados, los centros de salud pueden crear un ambiente laboral en el que los empleados se sientan valorados y motivados, lo que a su vez puede llevar a una mayor productividad, ofreciendo una mayor calidad asistencial.

Bibliografía

1. Caballero J, Álvarez E. Profesionalcentrismo: Un enfoque para el desarrollo de competencias. *Revista de Investigación Académica* 2019; 78:1-13.
2. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs-Novellas J, Vila L. Atención centrada en la persona, modelo organizativo y profesionalcentrismo. *Medicina Paliativa* 2017; 24(2):46-51.
3. Rainbird H. A professionalcentric approach to change management. *J. Organ. Chang.* 2018; 31(1):135-45.

Inteligencia artificial y cuidado enfermero: ¿riesgos, desafíos o beneficios?

María Isabel Mármol López

Enfermera. Escuela Enfermería La Fe, centro adscrito Universidad de Valencia. Valencia (España).

E-mail: maribelmrlp@gmail.com

Fecha de recepción: 12 de mayo de 2023.

Fecha de aceptación: 23 de mayo de 2023.

Cada vez es más habitual escuchar hablar de la inteligencia artificial (IA). Es indudable la importancia que tiene en todos los ámbitos y, también, el reto que supone. La IA es una realidad y está cambiando nuestras vidas, casi sin darnos cuenta de sus posibles efectos. Centrándonos en el campo de la salud en general, a través la IA se pueden analizar grandes cantidades de datos clínicos y ayudar a tomar decisiones informadas. Hay evidencias sobre cómo su aplicación puede mejorar la eficiencia y la precisión de los procesos de atención, realizando, por ejemplo, diagnósticos más exactos, proporcionando recomendaciones terapéuticas o reduciendo errores y mejorando así la calidad de la atención. Además de llevar a cabo técnicas y cirugías menos invasivas, hay experiencias sobre consultas *online* y robots que ya están efectuando cuidados en salud, como en Japón (1).

En nuestro ámbito enfermero, la integración de la IA en el cuidado tiene el potencial de transformar la forma en que prestamos dichos cuidados, desde la toma de constantes y extracciones de sangre de forma más precisa, hasta el transporte y los cambios posturales (2), pasando por la predicción de resultados de salud y la formación, lo que puede ayudar a identificar problemas y alteraciones de manera temprana y proporcionar una atención más oportuna. Sin duda, entre los numerosos desafíos a los que se enfrenta, uno de ellos es la ética, dimensión ineludible de cualquier actividad profesional y que, en el caso de la IA, presenta retos adicionales frente a otras tecnologías, retos que deben abordarse meticulosamente. Desde la ética del cuidado surgen interrogantes sobre algunos principios éticos como son la privacidad, la confidencialidad, la justicia, la dignidad o la no discriminación.

Parece evidente que esta superinteligencia sobrepasa los límites de la inteligencia humana. Llegado a este punto, parece oportuno reflexionar sobre el componente humano de la relación terapéutica, donde, precisamente, los avances tecnológicos en general han alejado y enfriado el cuidado más humano, abrazándonos cada vez más a la tecnología, distanciándonos de las emociones y de la esencia que toda persona necesita en su proceso de enfermedad, el cuidado. Ello lleva a hablar de la humanización del cuidado y a plantearse qué ocurre con el impacto emocional y la interacción que se establece en el marco de la relación terapéutica entre la enfermera y la persona cuidada.

Pese a su utilidad, la IA no puede reemplazar el cuidado humano proporcionado por personas, por enfermeras. Sin embargo, hasta eso se puede contraargumentar. Aunque existen controversias sobre ello, algunos autores (3) argumentan que las relaciones interpersonales serían posibles a través de la creación de robots humanoides capaces de expresar sentimientos.

El cuidado enfermero incluye la empatía, la escucha y otros aspectos de la comunicación que, actualmente, no pueden ser replicados por las máquinas. Se necesita contacto físico, presencia, ser escuchados, mirados, respetados y considerados; cada uno como un ser único, indivisible, un ser vulnerable. El cuidado debe ser vivido en la práctica, tanto de quien cuida como en la de quien recibe el cuidado.

La IA puede tener un impacto significativo en los cuidados, mejorando la atención y la eficiencia, pero para ello es necesario que la ética y el cuidado vayan de la mano al integrar la IA en la práctica clínica, es imprescindible considerar cuidadosamente sus implicaciones éticas. Puede ser una herramienta poderosa para mejorar el cuidado, pero siempre desde el equilibrio responsable entre la tecnología y el cuidado humano, basándose en valores éticos y sociales con un enfoque centrado en la persona.

Bibliografía

1. Waldow Vera R, Gérman-Bés C. Tecnologías Avanzadas e Inteligencia Artificial: reflexión sobre desarrollo, tendencias e implicaciones para la Enfermería. *Index Enferm* 2020 Sep; 29(3):142-6.
2. Perales Benito T. Robots sociales: del temor a la esperanza en los sirvientes mecánicos. Madrid: Creaciones Copyright; 2019.
3. Fernandes MNF, Esteves RB, Teixeira CAB, Gherardi-Donato EDS. O presente e o futuro da Enfermagem no Admirável mundo Novo. *Revista Escola de Enfermagem USP* 2018; 52:e03356. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017031603356>



Enferterca
grupo paradigma



La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferterca?

Enferterca es la mayor plataforma digital de contenidos especializados en Enfermería, cuyo objetivo es hacer llegar a todos los profesionales del sector información completa, actualizada y de calidad para su día a día.

¿Qué materiales contiene?

- Más de 150 libros especializados
- Revistas
- Buscador inteligente Encuentra@
- Videoteca
- Imágenes
- Infografías



enferterca.com

¿Qué ventajas aporta?

1. **Contenidos 360°:** podrás consultar todos los contenidos o aclarar cualquier concepto en tu día a día.
2. **Calidad:** todos los contenidos ofrecidos son del más alto nivel y han sido elaborados por autores de prestigio enfermero en España.
3. **Actualidad:** todos nuestros materiales se encuentran en continuo proceso de revisión y actualización, buscando ofrecer siempre las últimas novedades de aplicación práctica en Enfermería.
4. **Accesibilidad:** accede en cualquier momento y desde cualquier lugar, de manera ágil y rápida, a través de cualquier dispositivo con conexión a Internet.

 grupo
paradigma

Soluciones para el mundo enfermero