

RIdEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



SUMARIO

Editorial

Espacio AEC

De Madrid a Ponferrada: el camino del cambio

Originales

- Estilo de vida del profesional de enfermería y medicina en una jurisdicción sanitaria de Puebla, México
- Desarrollo psicomotor en preescolares institucionalizados en hogares de acogida, Chile 2022
- Relación entre el equilibrio y la presencia de pie plano en niños en edad escolar

- Percepción de las enfermeras sobre un proyecto de mejora en la campaña de vacunación gripe-covid 2023 en la zona de salud de Miralbueno, Zaragoza
- Evaluación de la funcionalidad familiar y consumo de tabaco en jóvenes universitarios del sureste de México

Revisiones

- Evidencias sobre las intervenciones breves en tabaquismo en personas adultas fumadoras en Atención Primaria

Carta a la dirección

- La prescripción por el profesional de enfermería en México

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/ Bernardino Obregón, 30. 28012 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. Begoña Pellicer García	Dra. Patricia Moreno Marín
Dra. Edurne Zabaleta del Olmo	Dr. Jorge Mínguez Arias	Dr. Gonzalo Duarte Climents
Luis Carlos Redondo Castán	Dr. Enrique Castro Sánchez	Dra. María Pilar López Sánchez
Dra. Maribel Mármol Lopez	Dr. Juan José Suárez Sánchez	Dra. Ruth Angélica Landa Rivera
Dra. M ^a José Cabañero Martínez	Dra. Marta Lima Serrano	Dra. María de Jesús Jiménez González
Miguel Ángel Díaz Herrera	Dra. Begoña Sánchez Gómez	Dra. Gabriela Maldonado Muñoz
Mireia Ladios Martín	Dra. María Ángeles de Juan Pardo	Dr. José Luis Mendoza García
Dr. Raúl Juárez Vela	Dr. Enrique Oltra Rodríguez	Dra. Natalia Ramírez Girón
Dr. Jorge Casaña Mohedo	Dr. Ramón Antonio Oliveira	Francisco Javier Pastor Gallardo
Dr. Antonio Ruíz Hontangas	Antonio García Iriarte	Dra. Beatriz Sánchez Hernando
Dr. Pablo Martínez Cánovas		

CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- M^a José Dasi 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 Vilagrasa 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 (Antioquia-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. M^a Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stjepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

RIdEC

Sumario • Summary

Vol. 16 - nº 2 diciembre 2023-mayo 2024

Editorial

- La paulatina internacionalización de la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC* (AEC) para visibilizar globalmente la investigación enfermera 4
Dr. Vicente Gea Caballero, Dra. Ana Magdalena Vargas Martínez, Dr. Pablo Sainz Alberto, Dr. José Ramón Martínez Riera

Espacio AEC

- De Madrid a Ponferrada: el camino del cambio 6
Maribel Mármol López

Originales

- Estilo de vida del profesional de enfermería y medicina en una jurisdicción sanitaria de Puebla, México 8
Juan Daniel Suárez Máximo, Edna Johana Mondragón Sánchez, Juan Yovani Telumbre Terrero, José Luis Cerano Fuentes
- Desarrollo psicomotor en preescolares institucionalizados en hogares de acogida, Chile 2022 14
Javiera Valdebenito Soto, Vannia Ramírez Antiquera, Diego Maldonado Salinas, Germán Pino Vásquez, Zadia Gamonal Santos
- Relación entre el equilibrio y la presencia de pie plano en niños en edad escolar 23
Javier Yamil Jiménez Hernández, Ruth Angélica Landa Rivera, Zaira Yassojara Flores López, Irene Gertrudis Rodríguez Santamaría
- Percepción de las enfermeras sobre un proyecto de mejora en la campaña de vacunación gripe-covid 2023 en la zona de salud de Miralbueno, Zaragoza 30
Beatriz Sánchez Hernando, Lucía Gracia Saz, Natalia Vaquero Calleja, Mercedes García Entrena, Natalia Pilar Fidalgo Pinilla
- Evaluación de la funcionalidad familiar y consumo de tabaco en jóvenes universitarios del sureste de México 37
Juan Yovani Telumbre Terrero, Juan Daniel Suárez Máximo, Braulio Raúl Hernández Hernández, Blanca Estela Sánchez Jaimes

Revisiones

- Evidencias sobre las intervenciones breves en tabaquismo en personas adultas fumadoras en Atención Primaria 45
Pedro Jorge Araujo, Iris Molina Vázquez, Tamara Linares Pérez, Naira del Pino Rodríguez Granado, Francisco José González Pérez
Domingo Jesús Álamo López

Carta a la dirección

- La prescripción por el profesional de enfermería en México 62
Juan Daniel Suárez Máximo, José Yael Roldán Romero

Editorial

LA PAULATINA INTERNACIONALIZACIÓN DE LA REVISTA IBEROAMERICANA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA RIDEC (AEC) PARA VISIBILIZAR GLOBALMENTE LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA

La *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC* sigue, poco a poco, caminando. Lo ha hecho desde siempre, sin prisa, pero también sin detenerse, manteniendo, no obstante, su espíritu de revista pedagógica y de acceso a investigadores/as del ámbito de la enfermería familiar y comunitaria y la salud pública que no tienen un marcado perfil senior en investigación. Claros signos del camino que recorremos son la nueva incorporación a la base de datos EBSCO durante este año 2023, el número de artículos recibidos que sigue en aumento, la edición de números especiales bienalmente o la incorporación de DOI (*Digital Object Identifier*) a los nuevos artículos que se publiquen en *RIdEC*, algo significativo y un paso adelante en su madurez como revista científica.

Nos gustaría, eso sí, destacar que la internacionalización de *RIdEC* es uno de los indicadores clave que puede ser observado número tras número, realidad que también sabemos gracias a las métricas internas de la revista. Observamos que la recepción y publicación de artículos de otros países va en aumento desde hace unos pocos años, lo que con absoluta seguridad tiene relación con el intenso trabajo y la expansión de la Asociación de Enfermería Comunitaria en otros países, con el nacimiento de nuevas vocalías internacionales y, por qué no, del valor que se le reconoce también fuera de nuestras fronteras, así como la investigación y producción de calidad que en todo el mundo se hace en enfermería comunitaria y que necesita ser publicada.

En España, la investigación (también la investigación en enfermería) se rige por diversos principios que tradicionalmente hemos interpretado como *cuasi-inamovibles*. Además de la investigación sanitaria más aplicada de institutos ligados a centros sanitarios y profesionales con inquietud y vocación que trabajan en la asistencia, es obvio que hay una gran producción científica en universidades y en una parte del colectivo profesional que pretende ser, además de enfermera asistencial, profesor/a de universidad y desarrollarse en el ámbito académico, por lo que necesitan esas publicaciones de alto impacto. Y los requisitos fijados para ello en este momento por la agencia española ANECA siguen siendo en esencia la publicación de artículos en la JCR (*Journal Citation Reports*), además de cumplir horas de docencia universitaria, entre otros méritos secundarios. Nos hemos manifestado abiertamente en contra de esos criterios, pero ese es otro tema que ya hemos abordado en el pasado. Lo que sí sabemos es que otros países no tienen (no sufren) esos requerimientos y la métrica del impacto no es el criterio principal, motivo por el que la publicación en revistas como *RIdEC* es, en esencia, válida para el desarrollo profesional y divulgación del conocimiento científico generado en el área de la enfermería comunitaria.

A pesar de esto, en la *RIdEC* nunca nos hemos preocupado en exceso ni hemos mostrado una ambición desmesurada por los índices de impacto, pues el objetivo siempre ha sido asegurar la difusión de estudios llevados a cabo por enfermeras comunitarias de calidad, con revisores/as expertos/as que ayuden a mejorar los manuscritos, en la medida de lo posible con una visión internacional. Y enfermeras comunitarias hay muchas. En esencia están en la asistencia sanitaria prestando cuidados cada día a las personas, familias y comunidades. Innovan, tienen problemas derivados del complejo proceso de cuidar, diseñan planes y proyectos de mejora, también se topan con lagunas de conocimiento; y ante todo esto, investigan y resuelven los problemas, fortaleciendo la ciencia enfermera. Ponen en marcha prácticas de valor, son originales, innovadoras. Y ese conocimiento, que necesariamente debe ser compartido, lo producen profesionales que no siempre precisan de altos impactos, sino de tener una vía ágil para publicar documentos gratuitamente y de forma sencilla, y compartirlo con otras enfermeras comunitarias y de salud pública, en especial si la difusión traspasa fronteras y utiliza su propio idioma, gracias al triple idioma en el que se publica *RIdEC*.

Esto ayuda a generar conocimiento directamente derivado de la práctica, con el consiguiente desarrollo y crecimiento disciplinar, pero que también ayuda a visibilizar el esfuerzo que cada día realizan las enfermeras comunitarias por mejorar individual y colectivamente en su esfuerzo de cuidar y de que la persona sana o enferma, o los grupos, sean realmente el centro de la atención sanitaria.

El conocimiento que publicamos en *RIdEC* es de ese estilo: pragmático, global y sin costes. Y así debe seguir siendo en nuestra opinión.

Dr. Vicente Gea Caballero
Dra. Ana Magdalena Vargas Martínez
Dr. Pablo Sainz Alberto
Dr. José Ramón Martínez Riera

Equipo editorial *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, RIdEC*
Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC

ESPACIO AEC

De Madrid a Ponferrada: el camino del cambio



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

El pasado 27 de octubre clausuramos el VII Congreso Internacional, XIII Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y X Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, en Madrid, al que asistieron cerca de 400 enfermeras comunitarias.

El lema del congreso, "Vulnerabilidad y Salud Comunitaria: una nueva era para los determinantes de salud", abordó tres grandes desafíos en nuestra profesión estrechamente interrelacionados, la vulnerabilidad, la salud comunitaria y los determinantes de salud. Pudimos explorar, debatir e identificar las vulnerabilidades presentes en diversos contextos y analizar cómo estas influyen en la salud de nuestras comunidades, así como la importancia de comprender y abordar los determinantes sociales de la salud de forma integral, como la educación, el género, el empleo, la vivienda, el medio ambiente o la justicia social, entre otros. Se destacó la salud comunitaria, con todos los recursos y las herramientas a su alcance, como una de las formas más efectivas de promover y proteger el bienestar, de crear entornos seguros, saludables y equitativos y de construir una comunidad más saludable, con una perspectiva salutogénica e intersectorial más allá de la atención de la salud individual.

El Congreso Internacional de Madrid, liderado por José Miguel Mansilla Domínguez, vocal de la Comunidad de Madrid y presidente del Comité Organizador, se convirtió en un escenario único, donde a través de una programación rica en contenido científico, expertos de renombre y profesionales destacados, concedores en profundidad y con experiencia en la temática de las diferentes mesas, debatieron sobre temas fundamentales para las enfermeras comunitarias, proporcionando la oportunidad de construir redes de apoyo nacionales e internacionales, compartir ideas, establecer colaboraciones y generar sinergias para encontrar formas de mejorar la calidad de vida de quienes más nos necesitan.

La diversidad de voces permitió abrir un diálogo constructivo en busca de soluciones efectivas sobre la importancia de trabajar juntos desde el liderazgo de una atención integral, integrada en los diferentes ámbitos de atención, e integradora,



a lo largo de toda la vida y de forma continuada, para fortalecer nuestros sistemas de Atención Primaria, promover la participación comunitaria y garantizar el acceso a información precisa y oportuna, superando las barreras y desigualdades que afectan a nuestras comunidades; así como de generar espacios inclusivos y equitativos, en los que todas las personas puedan acceder a servicios de salud de calidad.

Sin embargo, la clausura del congreso no significa, en ningún caso, que hayamos llegado al final, desde la AEC seguimos caminado y trabajando desde el liderazgo del cuidado para construir una sociedad más justa y equitativa, donde la salud sea un derecho real.

Por ello, recibimos y damos la bienvenida a las XII Jornadas Nacionales de la Asociación Enfermería Comunitaria (AEC) y XI Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria en Ponferrada, 23, 24 y 25 de octubre de 2024, donde Eduardo Gil González, David Bermejo Martínez y María Rodríguez Hererra liderarán este próximo encuentro bajo el lema de "Los cuidados del camino: el camino del cambio". Un lema significativo, por la relación e influencia que ha tenido históricamente en la salud, El Camino de Santiago. Preparémonos para recorrer esta travesía, rumbo al cambio, conectando la salud con la comunidad.

En esta ocasión, coincidiendo con la celebración de las Jornadas Nacionales de Ponferrada, celebraremos nuestro **30 aniversario** como sociedad científica. Desde la constitución de AEC, en el año 1994, hemos caminado compartiendo compromisos sociales, ética, apoyos y trabajo con los grandes profesionales que forman parte de esta gran familia comunitaria, siendo parte activa de todo el proceso de cambio y reivindicando la importancia del cuidado como eje en la atención a la persona, a la familia y a la comunidad.

Preparémonos con mucha ilusión para acudir a Ponferrada, celebrar nuestro 30 cumpleaños y participar en la construcción de una realidad deseada y posible.

¡¡Os esperamos!!



Dra. Maribel Mármol López

Presidenta

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Estilo de vida del profesional de enfermería y medicina en una jurisdicción sanitaria de Puebla, México

¹ Juan Daniel Suárez Máximo
² Edna Johana Mondragón Sánchez
³ Juan Yovani Telumbre Terrero
⁴ José Luis Cerano Fuentes

¹ Licenciatura en Enfermería (BUAP). Maestría en Salud Pública (UPAEP). Coordinador por la Vocalía México de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

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

³ Profesor de Tiempo Completo. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Carmen. México

⁴ Docente del Doctorado en Salud Pública. Universidad Contemporánea de las Américas (UNICLA). México

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

Cómo citar este artículo:

Suárez Máximo JD, Mondragón Sánchez EJ. Estilo de vida del profesional de enfermería y medicina en una jurisdicción sanitaria de Puebla México. *RIdEC* 2023; 16(2):8-13.

Fecha de recepción: 8 de marzo de 2023.

Fecha de aceptación: 26 de octubre de 2023.

Resumen

Introducción: en los últimos años se ha presentado un cambio significativo en los hábitos y costumbres de los profesionales de la salud, se presentan porcentajes altos de un inadecuado estilo de vida. Se determina por la falta de ejercicio físico, presencia de estrés, consumo de cigarrillos e inapropiados hábitos de consumo de los alimentos.

Objetivo: describir la asociación del nivel del estilo de vida del profesional de enfermería y medicina en una jurisdicción sanitaria de Puebla México.

Métodos: se realiza un estudio cuantitativo no experimental de tipo transversal descriptivo. La población está constituida por trabajadores del área de la salud de enfermería y medicina de la jurisdicción sanitaria 03 con sede en Zacapoaxtla, Puebla (México), dando una muestra de 519 profesionales. Asimismo, se llevó a cabo un análisis de estadística descriptiva.

Resultados: se pudo determinar la clasificación del estilo de vida de los profesionales del área de la salud en sus tres categorías, donde 478 profesionales tenían un regular estilo de vida, 24 tuvieron un estilo de vida malo y 17, un buen estilo.

Conclusión: respecto al estilo de vida se determinó que tienden a presentar una mayor afinidad a la nutrición con una presencia de nivel regular; en la escala de ejercicio, se determina que hay una presencia de un nivel malo por la variedad de actividades que realizan en su jornada laboral.

Palabras clave: enfermería; medicina; estilo de vida; hábitos.

Abstract

Lifestyle of professional nurses and clinicians at a healthcare area in Puebla, México

Introduction: in recent years, there has been a significant change in the habits and customs of health professionals: inadequate lifestyles are presenting in a high proportion. This is determined by the lack of physical exercise, presence of stress, smoking, and inadequate eating habits.

Objective: to describe the association of the lifestyle level of professional nurses and clinicians at a healthcare area in Puebla, Mexico.

Methods: a quantitative non-experimental cross-sectional descriptive study was conducted. The population consisted of healthcare workers in the Nursing and Clinical areas from the 03 healthcare area located in Zacapoaxtla, Puebla (Mexico); there was a sample of 519 professionals. Likewise, descriptive statistics analysis was conducted.

Results: the lifestyle of healthcare professionals could be classified into three categories, where 478 professionals presented a moderate lifestyle, 24 had a poor lifestyle, and 17 had a good lifestyle.

Conclusion: regarding lifestyle, it was determined that professionals tended to present a higher affinity with nutrition, with a moderate level presence; in the exercise scale, a poor level was determined due to the variety of activities conducted in their daily practice.

Key words: nursing; medicine; lifestyle; habits.

Introducción

En los últimos años se ha presentado un cambio significativo en los hábitos y costumbres de los profesionales de la salud, los cuales se han transformado tornándose a un modo de vida sedentario. Estos cambios conllevan que los profesionales tengan una pérdida del estilo de vida, con una alimentación deficiente, consumo de bebidas calóricas, consumo de cigarrillos, y el poder realizar actividad física. A nivel internacional, estos cambios se advierten en las políticas de salud, que tienen el enfoque del cuidado con base en el estilo de vida saludable. Uno de los principales problemas de salud es el sobrepeso y la obesidad; se determinó que un 13% de la población adulta en el mundo presentaba obesidad por llevar una inadecuada nutrición y una deficiente frecuencia en el ejercicio que se determinó en el año, lo que pudo estar presente en los 38 millones de fallecimientos por padecimientos no trasmisibles (1-3).

En México, se presentan porcentajes altos de un inadecuado estilo de vida; esto se determina por la falta de ejercicio físico, presencia de estrés, consumo de cigarrillos, inapropiados hábitos de consumo de alimentos con un alto índice de grasas saturadas y la baja ingesta de verduras y frutas. Todo ello ocupa las primeras causas, en la nación, de los factores de riesgos en las enfermedades cardiovasculares y crónicas. En las últimas décadas, se ha trabajado en las políticas públicas para fomentar un estilo de vida saludable (4,5).

Respecto a la literatura publicada, diversos autores hacen referencia a diferentes aspectos, como la declaración de prácticas inconvenientes en la actividad física, en la alimentación y en el consumo de drogas. Refieren que a una edad mínima se observan mayores dificultades en el sueño, así como una mayor probabilidad de depresión. Asimismo, la presencia de problemas psicológicos se relaciona con déficit de actividad física y de sueño (7). De igual manera se muestra una influencia de las experiencias saludables en la casi todas las facciones, con un decline en el control de salud, sueño y actividad física (8).

Por otro lado, se manifestó un predominio estadísticamente significativo en los cambios sobre la actitud dirigida a la actividad física y el estilo de vida, refiriendo que es de suma importancia porque este gran cambio permite el promover la salud y proteger de la enfermedad en la comunidad estudiantil, presentando una mejora en la calidad de vida (9,10).

Se hace la referencia a que los factores del individuo trascienden de forma predictiva, como puede ser el aspecto biológico (como la edad y el sexo), la formación académica y el momento socioeconómico que vive. De igual manera en función de los hábitos de vida, también en el comportamiento y la conducta que lleva cada persona para alcanzar un nivel óptimo de bienestar en sus necesidades de la vida. En general, el estilo de vida no óptimo se relaciona con generar un efecto no positivo en la salud (11-13).

Algunos autores (13,15) hacen referencia a la generación de conocimientos sobre el estilo de vida de los profesionales, así como la importancia de poner en práctica los hábitos de un estilo de vida saludable. Se pretende lograr un nivel alto en cada uno de los profesionales, ya que el tema de enseñanza en salud es primordial para la salud de los mismos, así como en las intervenciones que realizan.

Por lo tanto, se plantea como objetivo el describir la asociación del nivel del estilo de vida del profesional de enfermería y medicina en una jurisdicción sanitaria de Puebla, México.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo no experimental de tipo transversal descriptivo (16,17). La población de interés estuvo constituida por trabajadores del área de enfermería y medicina de una jurisdicción sanitaria con sede en Zacapoaxtla, Puebla, México. El tipo de muestreo fue probabilístico por conglomerados y la muestra quedó constituida por 519 profesionales. Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta que fueran profesionales del área de enfermería y medicina pertenecientes a una jurisdicción sanitaria con sede en Zacapoaxtla, Puebla, con un tiempo de permanencia igual o mayor a un año (17).

La técnica empleada para la recolección de la muestra, y por motivo de situación de pandemia COVID-19, se efectuó a través de un cuestionario Google Forms, donde estaba inmerso el consentimiento informado y los instrumentos, esto permitió enviar los datos mediante red social WhatsApp o correo electrónico.

Para recolección de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico elaborado ex profeso para fines de esta investigación, entre los que se encuentran edad, sexo escolaridad, estado civil, número de hijos, horas de sueño, consumo de alcohol, consumo de tabaco, si padeció COVID-19, si tuvo familiares que padecieron COVID-19, si permaneció en aislamiento y si realiza actividades al aire libre.

El estilo de vida se midió mediante el cuestionario PEPS-1, elaborado por Pender en 1996, integrado por 48 reactivos tipo Likert, con un patrón de respuesta desde "nunca" hasta "rutinariamente"; los puntos de corte para considerar un alto estilo de vida deben de alcanzar de 144 a 192 puntos, estilo de vida medio los puntos son de 96 a 143 y bajo estilo de vida con puntuaciones entre 48 a 95 puntos totales. Este instrumento se ha aplicado en diferentes poblaciones en México como en adultos jóvenes con un alfa de Cronbach de 0,88 (6), en estudiantes se ha reportado una confiabilidad de 0,80 (11) y en estudiantes universitarios, de 0,94 (18).

Los datos fueron capturados y analizados en el programa *Statistical Package For The Social Sciences* (SPSS) V.25 haciendo uso de la estadísticas descriptiva e inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados. Cabe mencionar que esta investigación, que se apegó a los requerimientos éticos de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (19) y conforme a las normas oficiales vigentes, obtuvo los permisos personales mediante el consentimiento digital, respetando su anonimato y la confidencialidad de los datos (20).

Resultados

La muestra estuvo conformada por 519 profesionales de la salud de una jurisdicción sanitaria con sede en Zacapoaxtla, Puebla. Se obtuvo una media para la edad de $33,67 \pm 11,62$, prevalecieron las mujeres (83%), el estado civil soltero (58,2%), en promedio tienen un/a hijo/a (Med. 1,08, $\pm 1,2$; 1-5); además, el 62,6% trabaja en una institución de segundo nivel y el 37,4%, en un centro de salud. Por profesión, el 83,8% de los participantes corresponde a personal de enfermería y el 16,2%, a personal médico, contando con grado de licenciatura en el 37,4%.

En relación con los aspectos del estilo de vida se destaca que el 21,8% manifestó haber consumido alcohol y el 8,3% tabaco en el último mes, cuando se indagó sobre aspectos del COVID-19, se identificó que el 31,4% padeció COVID, el 63,8% tuvo algún familiar contagiado, el 24,5% permaneció en aislamiento y el 43,4% realizó actividades al aire libre.

En función de la variable de interés se obtuvo una media general del estilo de vida de 122,6 ($\pm 16,9$) puntos; al analizar por profesión se logró identificar una puntuación media más alta en el personal médico vs. profesional de enfermería (Tabla 1).

Tabla 1. Medidas de tendencia central del estilo de vida

Variables	X̄	Med	Moda	DE	Valores	
					Mínimo	Máximo
General	122,6	122,0	125	16,9	75	174
Personal médico	124,0	123,0	117	18,5	75	174
Personal de enfermería	122,4	122,0	125	16,6	80	172

Nota: X̄= media, Med.= mediana, DE= desviación estándar, n= 512

Al categorizar el estilo de vida se identificó que de manera global predomina un estilo de vida medio en la población estudiada, con el 49,9%; por profesión se ubican ambos en nivel medio, pero las puntuaciones son ligeramente mayores en el personal de enfermería. Además, el estilo de vida alto predomina en el personal médico con el 31% vs. 29,2% en el personal de enfermería (Tabla 2).

Tabla 2. Categorías de estilo de vida general y por profesión

Categorías	General		Personal médico		Personal de enfermería	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	107	20,6	18	21,4	89	20,5
Medio	259	49,9	40	47,6	219	50,3
Alto	153	29,5	26	31,0	127	29,2

Nota: f= frecuencia, % porcentaje, n= 512

Al profundizar en el análisis del estilo de vida y sus componentes se identificaron diferencias significativas en la puntuación general ($U= 17.412,5$, $p= ,023$) por profesión, donde las puntuaciones son mayores en el personal médico. Por subescalas se obtuvieron diferencias significativas en el componente *Manejo de estrés* ($U= 17.312,0$, $p= ,027$), donde la media es mayor en el personal médico; por el contrario, en el componente de *Soporte interpersonal* ($U= 17.091,0$, $p= ,001$) la puntuación es mayor en el personal de enfermería (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba U de Mann-Whitney para el estilo de vida y sus componentes por profesión

Categorías		n	\bar{X}	DE	U	p
Estilo de vida general	Médicos	84	124,0	18,5	17.412,5	,023
	Enfermería	435	122,4	16,6		
Subescalas						
Nutrición	Médicos	84	15,6	3,1	17.537,0	,223
	Enfermería	435	15,3	2,7		
Ejercicio	Médicos	84	10,1	3,2	17.209,0	,529
	Enfermería	435	10,4	3,1		
Responsabilidad en salud	Médicos	84	22,8	4,5	17.397,5	,340
	Enfermería	435	22,4	4,0		
Manejo del estrés	Médicos	84	16,9	3,2	17.312,0	,027
	Enfermería	435	15,5	2,8		
Soporte interpersonal	Médicos	84	18,5	3,6	17.091,0	,001
	Enfermería	435	19,1	2,9		
Autoactualización	Médicos	84	39,8	6,5	17.353,5	,065
	Enfermería	435	39,4	5,7		

Fuente: cuestionario EV, \bar{X} = media, DE= desviación estándar, U= estadístico de la prueba U de Mann-Whitney, p= significancia, n= 512

Discusión

En función de las características sociodemográficas, el estado civil de la muestra determinó que la mayoría era soltero, sin hijos, represando una similitud con otros estudios (21); predominó el género femenino, siendo esto lo que coincide con la indagación de diversos autores (8,15), quienes describen que las jóvenes alcanzaban la proporción más aceptable.

Al realizar las comparaciones con otros estudios se determinó que en la categoría de sexo, las mujeres manifiestan un elevado nivel de estilo de vida en las tres categorías respecto a los hombres, esto está sustentado por la literatura, ya que determinan el porte de las mujeres para el cuidado de las mismas. Asimismo, se mostró una similitud con el hecho de que los hombres tienden a tener afinidad a la realización de actividad física (8).

De igual manera se reportaron las similitudes con referente al estilo de vida en los adultos jóvenes, destacando los problemas de sueño, con base en los hábitos de una inadecuada alimentación, así como también se manifestó en el poco ejercicio llevado a cabo, un déficit en revisiones médicas, aunque se indicó un consumo bajo en drogas legales como alcohol o tabaco. El alto acceso a las plataformas digitales, que aumentan las actividades de ocio de forma pasiva, pueden incidir en la aparición de problemas de sueño (7).

Se hace la mención a la comparación de resultados de la literatura con los recabados respecto a la dimensión de ejercicio en los varones, exponiendo una hegemonía en la práctica saludable, mientras que las mujeres demostraron ser más sedentarias al no realizar actividades físicas; y respecto a la dimensión nutrición, se encontró poco consumo de alimentos saludables (8,22).

Se determinan datos similares respecto a los modos de autocuidado. Para lograr un buen autocuidado es inevitable tener ideas precisas de acuerdo con las directrices que se deben de tener y, por ende, que siguen el proceso y se dirigen a conseguir una nutrición correcta, con la adecuada ingesta de nutrientes (22).

En este estudio se destacan los hábitos presentados en los estudiantes, mencionando que duermen entre siete u ocho horas. Respecto a la ingesta de alcohol y al consumo de cigarrillos, de acuerdo con el sexo, los hombres muestran una mayor ingesta respecto de las mujeres (9).

Limitaciones

Las limitaciones que se presentaron fueron el tipo de estudio descriptivo, en el cual se busca poder identificar las variables que alcanzarían a influir en los niveles de estilo de vida de los profesionales. De igual manera se hace presente una baja tasa de participación de los profesionales de medicina en comparación con los de enfermería.

Fortalezas

Las fortalezas del presente estudio fueron el poder aplicar una escala válida por expertos, lo que permitió la categorización para una comprensión más amplia. Asimismo, otra de las fortalezas es ser unos de los primeros estudios realizados en la jurisdicción sanitaria de Zacapoaxtla, Puebla, México, sobre el estilo de vida en las áreas de medicina y enfermería.

Conclusión

El estilo de vida determinó que tienden a presentar una mayor afinidad a la nutrición, con un nivel regular; en la escala de ejercicio, se indica que hay una presencia de un nivel malo por la variedad de actividades que llevan a cabo en su jornada laboral, aunque reportan que en su tiempo libre realizan actividades físicas (fútbol y baloncesto, caminatas y carreras), actividades de ejercicio efectuadas mediante una rutina. El estrés se hace presente de forma negativa, se reportan porcentajes altos de las opciones "malo" y "regular", esto se puede estar determinado por las jornadas laborales.

De acuerdo con las subescalas se puede afirmar que el ejercicio de los profesionales se encuentra presente en todos los factores del estilo de vida, pero más con responsabilidad en la salud, por motivo de que los mismos realizan actividades deportivas a veces o en algunas ocasiones, con una participación en programas de actividades físicas (sin embargo, este factor tiene una similitud baja con soporte interpersonal).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Aschemann-Witzel J, de Hooge IE, Almlí VL. My style, my food, my waste! Consumer food waste-related lifestyle segments. *J. Retail. Consum. Serv.* 2021; 59:102353. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2020.102353>
2. Almeida CB, Casotti CA. Estilo de vida da população afrodescendente: revisão integrativa. *J. nurs. health.* [internet] 2020 [citado 15 nov 2023]; 10(n.esp.):e20104012. Disponible en: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/15745/11489>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles: datos y cifras [internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Gobierno de México. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2019-2024 [internet]. Secretaría de Salud. 2019 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: http://saludsinaloa.gob.mx/wp-content/uploads/2019/transparencia/PROGRAMA_SECTORIAL_DE_SALUD_2019_2024.pdf
5. Rodríguez-Torres A, Casas-Patiño D. Determinantes sociales de la obesidad en México. *Rev Enferm IMSS.* 2018; 26(4):281-90.
6. Otáñez Ludick JE. Efectos de los estilos de vida saludables en las habilidades sociales en jóvenes. *Vertientes* [internet] 2018 [citado 15 nov 2023]; 20(2):5-11. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/67161>
7. Angelucci LT, Cañoto Y, Hernández MJ. Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud física y psicológica en jóvenes universitarios. *Av. Psicol. Latinoam.* [internet]. 2017 [citado 15 nov 2023]; 35(3):531-46. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/4454>

8. Canova-Barrios C. Estilo de vida de estudiantes universitarios de enfermería de Santa Marta, Colombia. *Rev. Colomb. Enferm.* [internet]. 2017 [citado 15 nov 2023]; 14:23-32. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2025>
9. Santiago Bazán C. Programa de intervención educativa para promover el cambio de actitud hacia la actividad física y la mejora del estilo de vida de los estudiantes de Tecnología Médica en una universidad privada. *Horiz Med* [internet]. 2018 [citado 15 nov 2023]; 18(2):53-9. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/730>
10. Mera-Mamián AY, Tabares-Gonzalez E, Montoya-Gonzalez S, Muñoz-Rodríguez DI, Monsalve Vélez F. Recomendaciones prácticas para evitar el desacondicionamiento físico durante el confinamiento por pandemia asociada a COVID-19. *Univ. Salud* [internet]. 2020 [citado 15 nov 2023]; 22(2):166-77. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/5283>
11. Pender MN. The Health Promotion Model [internet] 2002 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
12. Morín Fraile V. Percepción de los factores que condicionan la realización de actividad física en personas entre 45 y 75 años. Una interpretación a partir del modelo de promoción de la salud de Pender. TDX (Tesis Dr en Xarxa). 29 de octubre de 2014.
13. Moreno-Murcia JA, Huéscar EH, Núñez JL, León J, Valero-Valenzuela A, Conte L. Protocol quasi-experimental study to promote interpersonal style autonomy support in physical education teachers. *Cuad Psicol del Deport.* 2019; 19(2):83-101.
14. Vallejo Alviter NG, Martínez Moctezuma E. Impacto de la promoción de estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida. *Drugs Addict. Behav.* [internet]. 2017 [citado 15 nov 2023]; 2(2):225-3. Disponible en: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/DAB/article/view/2442>
15. Canova-Barrios C, Quintana-Honores M, Álvarez-Miño L. Estilos de Vida y su implicación en la salud de los estudiantes Universitarios de las Ciencias de la Salud: Una revisión sistemática. *Revista Científica de UCES* [internet] 2018 [citado 15 nov 2023]; 98-126. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4520>
16. Polit B. *Investigación Científica en las Ciencias de la Salud.* México DF: Mc Graw Hill; 2018.
17. Hernández R, Fernández C BM. *Metodología de la investigación.* 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014.
18. Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería.* 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 385-408.
19. Secretaría de Salud (SSA). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* [internet]. 2020 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
20. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.* 1987.
21. Jara Contreras V, Riquelme Pereira N. Estilo de vida promotor de salud y factores de riesgo en estudiantes universitarios. *Rev. iberoam. Educ. Investi. Enferm.* [internet] 2018 [citado 15 nov 2023]; 8(2):7-16. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/276/estilo-de-vida-promotor-de-salud-y-factores-de-riesgo-en-estudiantes-universitarios/>
22. Barrios CJC, Quintana Honores M, Álvarez Miño L. Estilos de Vida y su implicación en la salud de los estudiantes Universitarios de las Ciencias de la Salud: Una revisión sistemática. *Revista Científica de UCES* 2018. p. 98-126.

Desarrollo psicomotor en preescolares institucionalizados en hogares de acogida, Chile 2022

¹ Javiera Valdebenito Soto
¹ Vannia Ramírez Antiquera
¹ Diego Maldonado Salinas
¹ Germán Pino Vásquez
² Zadia Gamonal Santos

¹ Licenciado en enfermería. Enfermero clínico. Universidad Adventista de Chile.

E-mail: zadiagamonal@unach.cl

² Magister en educación. Enfermero clínico, docente. Universidad Adventista de Chile

Cómo citar este artículo:

Valdebenito Soto J, Ramírez Antiquera V, Maldonado Salinas D, Pino Vásquez G, Gamonal Santos Z. Desarrollo psicomotor en preescolares institucionalizados en hogares de acogida, Chile 2022. *RIDEC* 2023; 16(2):14-21.

Fecha de recepción: 28 de junio de 2023.

Fecha de aceptación: 4 de noviembre de 2023.

Resumen

Objetivo: evaluar el desarrollo psicomotor (DSM) en preescolares entre 2 a 5 años que formen parte de instituciones de Mejor Niñez.

Métodos: investigación cuantitativa descriptiva, realizada a través del instrumento de *screening* Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI), el cual evalúa las áreas de cognición, lenguaje, motor y socioemocional. La interpretación de los resultados se obtiene a través del puntaje total por dimensión y se categorizan con puntaje T y bruto, para posteriormente interpretarlos en Avanzado (mayor o igual a 60), Normal (40 a 59), Riesgo (30 a 39) y Retraso (29 o menos).

Resultados: se obtuvo un porcentaje total por dimensiones de las dos residencias, dando en su mayoría un resultado Normal (80%), seguido de un 13% con un resultado de Riesgo y en Retraso se obtiene un 7% de la población estudiada.

Conclusión: durante el periodo de evaluación se pudo establecer que, dentro de las residencias anteriormente mencionadas, destacó un desarrollo psicomotor categorizado como Normal.

Palabras clave: preescolar; desempeño psicomotor; cognición; desarrollo del lenguaje.

Abstract

Psychomotor development in preschoolers institutionalized in foster homes, Chile 2022

Objective: to evaluate the psychomotor development (PMD) in 2-to-5-year old preschoolers included in "Mejor Niñez" institutions.

Methods: a quantitative descriptive research, conducted through the screening tool TADI (Child Learning and Development Test), which evaluated the cognition, language, motor and socioemotional areas. The interpretation of results was obtained through total score per dimension, and categorized with T and raw score, for subsequent interpretation into advanced (equal to 60 or higher), normal (40 to 59), at risk (30 to 39) and delayed (29 or lower).

Results: a total score per dimension was obtained in both homes; the majority showed normal results (80%), followed by 13% with at risk results, while a 7% of the population studied presented delayed motor development.

Conclusion: during the evaluation period, it could be established that a psychomotor development categorized as normal prevailed in the previously mentioned homes.

Key words: preschooler; psychomotor development; cognition; language development.

Introducción

La institucionalización de los menores en hogares o residencias pertenecientes a la custodia estatal es considerada una situación de riesgo a nivel mundial debido a las implicaciones socioemocionales que esto conlleva. Según lo registrado por la UNICEF, Europa central y oriental contienen la tasa más alta de menores en esta situación, con 666 niños por cada 100.000 habitantes. Esta misma organización registró que en el año 2020, en Chile, se databa que la cantidad de niños, niñas y adolescentes (NNA) atendidos en hogares de Mejor Niñez era un total de 187.825 menores (1); y en función de esto, el organismo de la defensoría de la niñez chilena en su informe anual del año 2021 establece que de los menores institucionalizados en hogares de Mejor Niñez, el 3,8% está bajo cuidado alternativo residencial, el 90,7% se encuentra viviendo con sus familias y a la vez siendo atendidos por programas ambulatorios del estado, el 5% de estos niños es protegido por hogares o residencias custodiadas por el estado y, por último, un 0,3% es parte de un programa de adopción (2).

La estimación de los países industrializados respecto al desarrollo psicomotor (DSM) es que un 12%-16% de estos presenta una prevalencia de alteraciones en la etapa pediátrica (3). Teniendo en cuenta que estos menores crecen o permanecen por algún periodo de tiempo en estas instituciones, se presentan diversos factores que pueden interferir en el DSM de ellos, ya sean previos a su institucionalización, tales como la vulneración de sus derechos, la violencia intrafamiliar, el ser víctima de delitos, maltratos, abandonos; y factores que se presentan durante la permanencia en estos hogares, afectando su DSM para enfrentar las competencias del futuro (4,5).

Según la Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, en el año 2018, refiere que el 25% de los niños del mundo tiene retraso del desarrollo, uno de cada tres niños en todo el mundo no logra realizar plenamente su potencial físico, cognitivo, psicológico y socioemocional debido a diferentes factores de riesgo para el desarrollo en la primera infancia. En Chile, el 18,3% de los niños no presenta todas las habilidades o hitos del desarrollo esperables para su edad. Para pesquisar oportunamente estos casos es necesario contar con mediciones efectivas. Sin embargo, actualmente los dos test (EEDP y TEPSI), que se aplican durante los controles de salud para medir el desarrollo de los niños, son antiguos y presentan limitaciones técnicas para analizar el desarrollo integral infantil (6).

Con lo que respecta a Chile, el programa Chile Crece Contigo adosa la evaluación del DSM a través de las herramientas de *screening* EEDP y TEPSI según edades (7,8), las cuales, según una evaluación de Latinoamérica, no registran un porcentaje de validez fiable (9). Dicha evaluación es realizada por diversos profesionales, pero principalmente es de intervención de enfermería, la cual, a través de los controles por edades en Atención Primaria, debe llevar a cabo las pesquisas de posibles factores que interfieran en el DSM, monitoreando así no solo al menor, sino también al entorno en el cual este se encuentra inserto (10). En los establecimientos de Mejor Niñez es un desafío lograr la correcta estimulación debido a la carencia total o parcial de las figuras parentales, por lo que se torna un desafío establecer la implicación que puede generar en la neuroplasticidad, sobre todo en la etapa preescolar que es donde se ha demostrado que ocurre el mayor proceso de estimulación (11).

Dentro de la región de Ñuble, en la ciudad de Chillán, hay escasas investigaciones respecto a las variantes DSM y preescolares pertenecientes a Hogares de Mejor Niñez. Es por esto que el objetivo de este estudio es evaluar el desarrollo psicomotor (DSM) en preescolares entre 2 a 5 años que formen parte de instituciones de Mejor Niñez, con el fin de analizar estadísticamente a la población en dichos establecimientos.

Métodos

Diseño de estudio

La investigación se desarrolló con un enfoque de tipo cuantitativo descriptivo, con objetivos específicos focalizados en evaluar el desarrollo completo de preescolares.

Población y muestra

La muestra estuvo compuesta por 15 preescolares de 2 a 5 años que pertenecían a establecimientos de Mejor Niñez de la ciudad de Chillán. Dentro de toda la investigación se esperó que todos los preescolares evaluados fueran participativos, logrando obtener un grado de confianza y sospecha de acontecimientos importantes, que influyen en el desarrollo integral de los preescolares.

En la presente investigación se establecieron los siguientes criterios de inclusión: menores en edad preescolar, hogares de Mejor Niñez Chillán, verbalización de querer participar en el estudio de parte del menor y consentimiento aceptado por los establecimientos. Se excluyeron a los niños y las niñas que presentaron dificultades para realizar las actividades, ya sea de tipo física o psicológica, preescolares que no podían comprender las instrucciones para ejecutar una actividad y que no poseían un consentimiento por parte de un adulto para la realización del estudio, integrantes del Hogar Villa Jesús Niño y preescolares que fueran pertenecientes al proyecto de familias de acogida.

Variable de investigación

Para evaluar el DSM se utilizó la herramienta de evaluación TADI, la cual fue creada entre los años 2009 al 2012, encabezado por Marcela Pardo y Marta Edwards Guzmán que recibieron el apoyo del equipo del Centro de Investigación Avanzada en Educación de la Universidad de Chile (CIAE) y por el Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP) (12).

Recogida de datos

El TADI es un instrumento empleado para medir el desarrollo y aprendizaje de niños y niñas desde los 3 meses hasta los 6 años de edad, evaluando cuatro dimensiones importantes en el desarrollo. En primer lugar la cognición, que evalúa la atención, memoria, resolución de problemas, razonamiento lógico matemático y conocimiento general del mundo y el interés que tiene el niño por aprender; en segundo lugar la motricidad, que comprende la motricidad gruesa y fina; en tercer lugar el área de lenguaje, que evalúa la comprensión del lenguaje verbal, la expresión oral e iniciación a la lectura y escritura; por último se evalúa la socioemocionalidad, que abarca la independencia, el cuidado, el conocimiento y la valoración de sí mismo, el reconocimiento y la expresión de sentimientos, la interacción social, la formación valórica, la autorregulación y el vínculo afectivo cercano (13). La interpretación de los resultados se obtuvo a través del puntaje total por dimensión y se categorizaron con cuatro puntajes, los cuales son los siguientes: Avanzado (mayor o igual a 60), Normal (40 a 59), Riesgo (30 a 39) y Retraso (29 o menos). Para aplicar este instrumento fue necesario una batería tipo, con materiales que facilitaron la aplicación de la prueba, tales como cubos, textos, imágenes, etc. Para evaluar se utilizaron tres tipos de recolección de datos, principalmente a través de actividades dirigidas, observación y preguntas al adulto responsable.

Análisis de los datos

Los datos cuantitativos discretos se describieron en el *software* Excel versión 2010, tabulando los datos obtenidos para luego agruparlos en gráficos porcentuales.

Aspectos éticos

La investigación resguardó en su totalidad la identidad de cada participante, además previa a la participación de cada preescolar se solicitó la firma de un consentimiento informado de parte del adulto responsable del menor. Cabe destacar que el presente estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Adventista de Chile.

Resultados

Se obtuvieron resultados de la realización de la prueba TADI a una población de 15 individuos, los cuales pertenecen a distintos grupos residenciales. Estas residencias son dos: Residencia 1 y Residencia 2. En esta investigación se han omitido los nombres de las residencias al presentar los resultados para resguardar su integridad por asuntos legales debido a la custodia de los menores. También se tuvieron en cuenta a participantes que padecen de trastorno del espectro autista (TEA), en donde a estos participantes se les evaluó de la misma manera que al resto, con el cuidado que se requería para su participación y posterior evaluación. Sin embargo, gracias a los cuidadores, se logró realizar cada evaluación de manera individual y completa. Para una entrega más detallada, se dividieron los resultados según residencias, dimensiones TADI y puntajes totales.

Residencia 1

Esta es una residencia que alberga un aproximado de 25 individuos, de los cuales se evaluaron solo 9 preescolares que correspondieron a las bases que se buscó evaluar a través de la prueba TADI.

En lo que concierne la dimensión cognitiva, destaca que la mayoría de los preescolares clasificó en la categoría Normal (78%) y el resto de los participantes, en la categoría Retraso, con un 22%. Respecto a la dimensión de motricidad, se observó que, de los 9 participantes, solo uno logró la categoría Avanzado (11%). En la dimensión de lenguaje destaca que un 22% de la muestra correspondió a la categoría Riesgo y un 11% a la categoría Retraso. Finalmente, en la dimensión socioemocional, si bien la mayoría correspondió a la categoría Normal (56%), se observó que un 33% se encontró en la categoría Riesgo (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados prueba TADI según dimensiones en Residencia 1

	Frecuencia	Porcentaje
Dimensión cognitiva		
Avanzado	0	0
Normal	7	78
Riesgo	2	22
Retraso	0	0
Dimensión motricidad		
Avanzado	1	11
Normal	8	89
Riesgo	0	0
Retraso	0	0
Dimensión lenguaje		
Avanzado	0	
Normal	6	67
Riesgo	2	22
Retraso	1	11
Dimensión socioemocional		
Avanzado	0	
Normal	5	56
Riesgo	3	33
Retraso	1	11
TOTAL	9	100

El total de las dimensiones obtenidas se clasificaron de la siguiente manera: en la categoría Avanzado no clasificó ningún participante, en la categoría Normal clasificaron siete preescolares, en la categoría de Riesgo se evidenció la clasificación de dos menores y, por último, en la categoría de Retraso no clasificaron participantes (Gráfico 1).

Residencia 2

Esta es una residencia de aproximadamente 15 individuos, de los cuales se evaluaron solo a seis participantes.

Respecto a la dimensión cognitiva, la mayoría de la muestra correspondió a la categoría Normal (66%). En lo que concierne a la categoría motricidad, destacó que la mayoría de los preescolares se encontraba en la categoría Avanzado (50%), solo un 17% estuvo en la categoría Re-

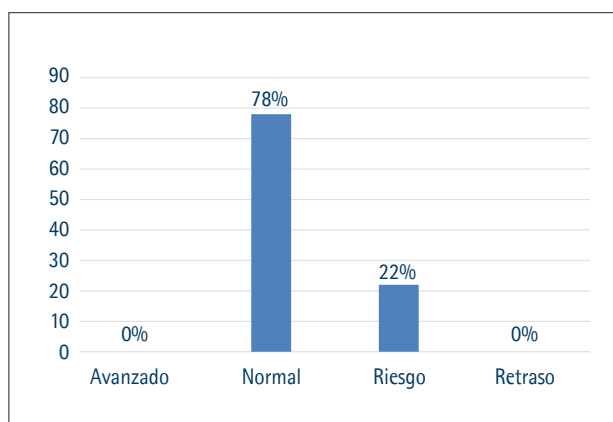


Gráfico 1. Clasificación total de las dimensiones en la Residencia 1

trazo. En la categoría de lenguaje predominó la categoría Normal con un 83%, finalmente en la categoría socioemocional destacó que un 33% se encontró en la categoría de Riesgo y un 17% en la categoría Retraso (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados prueba TADI según dimensiones en Residencia 2

	Frecuencia	Porcentaje
Dimensión cognitiva		
Avanzado	0	0
Normal	4	66
Riesgo	1	17
Retraso	1	17
Dimensión motricidad		
Avanzado	3	50
Normal	2	33
Riesgo	0	0
Retraso	1	17
Dimensión lenguaje		
Avanzado	0	
Normal	5	83
Riesgo	0	
Retraso	1	17
Dimensión socioemocional		
Avanzado	0	
Normal	3	50
Riesgo	2	33
Retraso	1	17
TOTAL	6	100

El total de las dimensiones obtenidas se clasificaron de la siguiente manera: en la categoría Avanzado no clasificaron preescolares, en la categoría Normal clasificaron cinco participantes, en la categoría de Riesgo no se evidenció ninguna clasificación y, por último, en la categoría de Retraso solo se clasificó uno de los menores (Gráfico 2).

Respecto a la evaluación total de preescolares evaluados se observó que en la categoría Avanzado no clasificaron preescolares, en la categoría Normal clasificaron 12 preescolares, en la categoría de Riesgo se evidenció la clasificación de dos preescolares y, por último, en la categoría de Retraso solo clasificó un preescolar (Gráfico 3).

Discusión

En una investigación realizada en la ciudad de Concepción, en el año 2018, se evaluó el desarrollo psicomotor en niños y niñas preescolares institucionalizados de un Hogar de menores, se les aplicó el TEPSI a niños de 2 años (46%), 3 años (31%) y 4 años (23%). Del total de la población solo un 38% tenía a familiares como red de apoyo, mientras el 62% no los tenía. Sin embargo, los resultados del test de DSM mostraron que un 92% del total de niños y niñas institucionalizados obtuvo un desarrollo normal acorde a su edad, y un 8% de la población total presentó un desarrollo normal con rezago, situación similar a lo evidenciado en la presente investigación, por lo tanto, se demuestra que estar institucionalizados no es un impedimento mayor para el DSM (14).

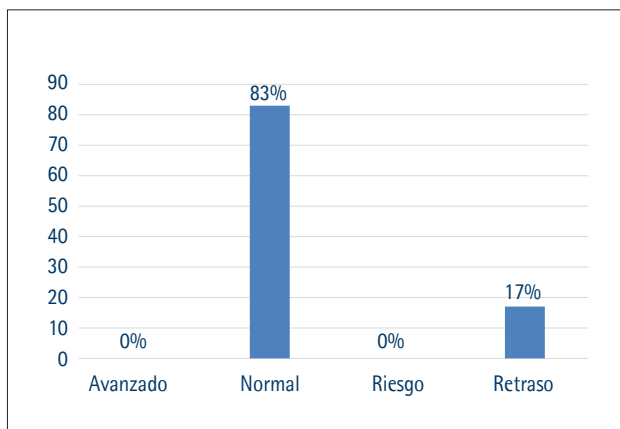


Gráfico 2. Clasificación total de las dimensiones en la Residencia 2

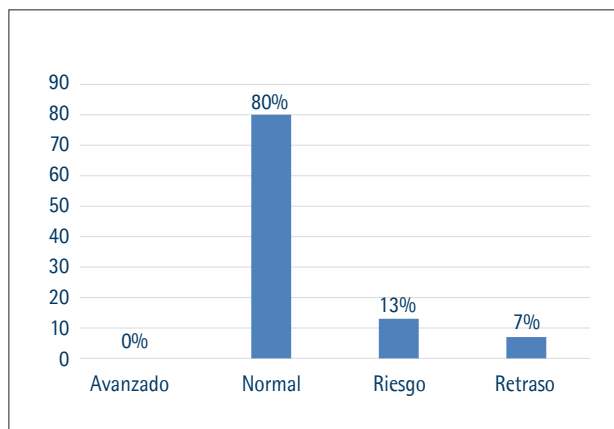


Gráfico 3. Clasificación total de las dimensiones en la Residencia 1 y Residencia 2

Si bien es cierto, las dimensiones, en ambas residencias del presente estudio, no se vieron mayormente alteradas, pero existe un patrón el cual se observó en la dimensión socioemocional en donde, del tamaño de la muestra, 5 de los participantes se encontraban en la clasificación de Riesgo y 2 en la clasificación de Retraso. Esto puede alertar que existe una cierta carencia en relación con el ámbito afectivo y relacional de los menores, lo cual se puede comparar con un estudio realizado en el año 2017 en la región de Valparaíso, donde se evaluaron menores institucionalizados de 0 a 6 años, ocupando el mismo instrumento TADI, viéndose que un 30% de la población estudiada se clasificó en Riesgo y un 3,3% en Retraso, en esta dimensión (15). Esto se contrasta con el 47% de la presente población estudiada, que se clasifica en las categorías Riesgo y Retraso. Existen variables, como un abandono precoz de los padres, niños que han pasado toda su vida en centros institucionalizados pertenecientes a servicios de menores del gobierno, presencia de maltrato o que han presenciado hechos de violencia, aparición de trastorno del neurodesarrollo y, por último, condiciones fisiológicas y fisiopatológicas diversas al momento del parto (premature) de cada madre, que pueden provocar alteraciones en el DSM (16,17).

En el informe longitudinal de la primera infancia, realizado el año 2012, se aplicaron variados instrumentos de *screening*, entre ellos el TADI, en el cual se logró establecer que existe una relación con la situación ocupacional del cuidador principal con el DSM de los menores (18). Esto fue considerable debido a que la situación de los menores institucionalizados en hogares de Mejor Niñez es mantener cuidadores constantes a su cargo, sin considerar si el número de estos es suficiente.

Cada personal que trabaja en el área de salud, específicamente enfermeros, deben tener la habilidad de poder otorgar atenciones humanizadas y de calidad, en donde las intervenciones que se realicen sean de manera concreta y asertiva. Cabe destacar que la enfermería también tiene un ámbito muy importante en cuanto a la educación, enfocándose en los cuidadores, familiares, el entorno y los niños propiamente (9). Es importante mencionar que el rol de la enfermería en esta área es fundamental para lograr informar y enseñar a los padres o cuidadores del preescolar, con la finalidad de favorecer su desarrollo; al informar y enseñar se brinda soporte para el niño que será otorgado por sus cuidadores, con el fin de prevenir resultados negativos sobre los menores, logrando promover la salud y vigilancia de los niños que pertenezcan al rango de preescolar (19). Es deber del personal de enfermería que trabaja en el ámbito comunitario relacionarse con el entorno que tiene el preescolar, preocuparse por el bienestar completo del niño realizando actividades que sean de estimulación temprana, enfocándose principalmente en la familia como en lo que rodea a la familia del preescolar, teniendo como objetivo principal el cambio influyente en esta o de los cuidadores que él tenga (20).

Entre las limitaciones de estudio destacó el tamaño muestral reducido, con la aplicación del instrumento en edades diferentes de los menores dentro de la etapa estudiada, los cuales vivían en hogares y contextos diferentes, por lo que los resultados solo se expresan de manera descriptiva sin añadir variables que modifiquen esto.

Entre las fortalezas del estudio destaca su diseño transversal y el uso del TADI, un método de *screening* validado nacionalmente, el cual ha sido ampliamente utilizado en el territorio (21), es de bajo costo, brinda la posibilidad de capacitación a profesionales, su utilización es pautada para lograr un análisis objetivo y rápido y se puede aplicar en menores con capacidades diferentes demostrándose su fiabilidad (22).

Los primeros años de vida de niños y niñas son fundamentales para su desarrollo integral, por eso, contar con una educación en el parvulario de calidad debe ser una prioridad en las políticas públicas. En el caso de ambos hogares, solo un niño se encuentra con Retraso, por lo que se destaca la vocación de las cuidadoras, entregando un aprendizaje integral a los niños, a pesar de todas las dificultades que conlleva el hogar, tanto administrativas como de tiempo (23).

Conclusiones

Al finalizar esta investigación se logró concluir, a través de la recolección de datos, que dentro de las instituciones de Mejor Niñez, pertenecientes a la ciudad de Chillán y de acuerdo con el rango etario evaluado, de forma general no se observa un retraso en su desarrollo psicomotor, pero sí hay otros factores que son importantes que afectan en su desarrollo. Dentro de las dimensiones evaluadas, la más alterada fue la socioemocional, por lo que se puede destacar que se necesita un rol más examinador en aquella área.

Todo este proceso ha sido un hallazgo innovador, ya que se logró enlazar a la carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Chile con los hogares de Mejor Niñez de la ciudad de Chillán, por lo que queda la instancia abierta a nuevas investigaciones y asociar la labor de enfermería como desafío para adentrarse en su rol integral en el ámbito el DSM en pediátricos.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Noticias ONU. Informe de UNICEF revela alarmante cifra de niños que viven en instituciones infantiles y orfanatos. Noticias ONU [internet]. 1 jun 2017 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2017/06/1379941>
2. Muñoz P, Becerra V. Informe anual 2021 Derechos humanos de niños, niñas y adolescentes en Chile [internet]. Santiago, Chile: Defensoría de la Niñez; 2021 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www.defensorianinez.cl/informe-anual-2021/wp-content/uploads/2021/11/ia2021.pdf>
3. Schonhaut L, Álvarez J, Salinas P. El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. Rev Chil Pediatr [internet]. 2008 [citado 15 nov 2023]; 79(1):26-31. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79s1/art05.pdf>
4. Isidro A, de Miguel V. Menores en situación de desprotección acogidos en centros y red social de apoyo. Int. J. Educ. Psychol. 2017; 1(2):269-80. Doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.996>
5. Schonhaut L, Schönstedt M, Álvarez J, Salinas P, Armijo I. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. Rev Chil Pediatr. 2010; 81(2):123-8. Doi: <https://doi.org/10.4067/S0370-41062010000200004>
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe anual Chile 2017 [internet]. Santiago, Chile: UNICEF [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/media/456/file/informe_anual_2017.pdf
7. Atalah E, Cordero M, Guerra M, Quezada S, Carrasco X, Romo M. Monitoreo de los indicadores del Programa "Chile Crece Contigo" 2008-2011. Rev Chil Pediatr. 2014; 85(5):569-77 Doi: <https://doi.org/10.4067/S0370-41062014000500007>
8. Schonhaut L, Armijo I, Millán T. Comparación de la Evaluación Tradicional del Desarrollo Psicomotor versus una Prueba Autoadministrada. Rev Chil Pediatr. 2010; 81(6):498-505. Doi: <https://doi.org/10.4067/S0370-41062010000600003>
9. Vericat A, Orden A. Herramientas de Screening del desarrollo psicomotor en Latinoamérica. Rev Chil Pediatr. 2010; 81(5):391-401. Doi: <https://doi.org/10.4067/S0370-41062010000500002>
10. Bautista M, Espíritu T, Huamanchoque H. Calidad del cuidado de enfermería y la evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años en el centro de salud "Virgen del Carmen" La Era, Lurigancho Chosica-Lima. RCS. 2015; 8(1):36-43. Doi: <https://doi.org/10.17162/rccs.v8i1.980>

11. Leanneier F, Linaza J. El legado del apego temprano: traslación desde la descripción a la intervención [Tesis doctoral]. Madrid (España): Universidad Autónoma de Madrid; 2017.
12. TADI. ¿Qué es TADI? [internet]. Santiago, Chile: TADI [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://tadi.cl/que-es-tadi/>
13. Edwards M, Pardo M, Valdés A. TADI (Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil): un instrumento culturalmente pertinente para evaluar el desarrollo y aprendizaje en niños y niñas menores de seis años [internet]. Santiago (Chile): CIAE [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/41277244/TADI_Test_de_aprendizaje_y_desarrollo_infantil_un_instrumento_culturalmente_pertinente_para_evaluar_desarrollo_y_aprendizaje_en_ni%C3%B1os_y_ni%C3%B1as_menores_de_6_a%C3%B1os
14. Carrasco M, Garrido V, Guzmán G, Muñoz F. Desarrollo psicomotor en niños y niñas preescolares institucionalizados de un Hogar de menores, de la ciudad de Concepción del año 2018 [Tesis de licenciatura]. Santiago (Chile): Universidad de Las Américas; 2018.
15. Cortés Y, Acevedo C. Estudio de análisis sobre la pertinencia de instrumentos de evaluación del desarrollo integral infantil en Chile: Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) y Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) aplicada en niños y niñas de 0 a 6 años institucionalizados en residencias de protección para lactantes y preescolares (RPP) "Noche de Paz" y "Niños y Niñas de la Providencia" de la V región de Valparaíso, pertenecientes o colaboradoras del Servicio Nacional de Menores (SENAME). [Tesis de licenciatura] Valparaíso (Chile): Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; 2017 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: http://opac.pucv.cl/pucv_txt/txt-0500/UCC0912_01.pdf
16. García M, Martínez M. Desarrollo psicomotor y signos de alarma [internet]. Madrid: Lúa Ediciones; 2016 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
17. Alcover E. Seguimiento del desarrollo psicomotor de prematuros extremos mediante la Escala de Desarrollo Infantil de Kent (EDIK) cumplimentada por los padres y situación neuro evolutiva a los 2 y 5 años [Tesis de licenciatura]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2010.
18. Economía D. Segunda ronda Encuesta longitudinal de la primera infancia [internet]. 2012 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/12/Resultados_Finales_Test2012-1.pdf
19. Pereira A, Collet N, Eickmann S, de Carvaho M. Vigilancia del desarrollo infantil: estudio de intervención con enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(5):954-62. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636>
20. Quezada AM. Implicaciones de la enfermería pediátrica para la niñez y la adolescencia durante la pandemia por COVID-19. *Av Enferm*. 2020; 38(1):74-80. Doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1supl.88916>
21. Centro de Investigación Avanzada en Educación, Universidad de Chile. TADI: Una herramienta para proyectar una mejor calidad de vida para los niños y niñas de Chile [internet]. Santiago (Chile): CIAE - Universidad de Chile. [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://www.ciae.uchile.cl/index.php?page=view_noticias&tid=896&langSite=es
22. Tenorio M, Bunster J, Arango PS. Evidencia de Confiabilidad y Validez del Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) para Evaluación de Niñas y Niños Chilenos con Síndrome de Down. *PSYKHE*. 2020; 29(1):1-16.
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe anual Chile 2018 [internet]. Santiago (Chile): UNICEF [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/media/3406/file/Informe%20Anual%202018.pdf>

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 Javier Yamil Jiménez
Hernández

² Ruth Angélica Landa Rivera

² Zaira Yassojara Flores López

² Irene Gertrudis Rodríguez
Santamaría

Relación entre el equilibrio y la presencia de pie plano en niños en edad escolar

¹ Estudiante de la Licenciatura de Enfermería. Universidad Veracruzana. México

E-mail: olivosmeza.anell@yahoo.com

² Profesora. Universidad Veracruzana. México

Cómo citar este artículo:

Jiménez Hernández JY, Landa Rivera RA, Flores López ZY, Rodríguez Santamaría IG. Relación entre el equilibrio y la presencia de pie plano en niños en edad escolar. *RIDEC* 2023; 16(2):23-9.

Fecha de recepción: 1 de julio de 2023.

Fecha de aceptación: 30 de octubre de 2023.

Resumen

Objetivo: hasta un 65% de los niños sufre de pie plano según la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo ha sido valuar la relación entre la presencia de pie plano y el equilibrio en escolares de 6 años en una escuela primaria de Banderilla, Veracruz.

Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal y analítico. Se aplicaron cuatro instrumentos para recopilar los datos en un total de 31 niños. Se evaluó la relación entre el pie plano y el equilibrio, utilizando el estadístico de diferencia de medias para una sola muestra.

Resultados: el 61,3% de los 31 niños tenía pie plano (68,4% flexible) con una afectación considerable en el control del equilibrio (57,9%).

Conclusión: existe una relación significativa ($p= 0,000$) entre el pie plano y el equilibrio en los niños de 6 años, lo que puede tener implicaciones para la salud y el desarrollo físico.

Palabras clave: pie plano; niños en edad escolar; equilibrio; instrumento de Jack y Rodríguez Fonseca; instrumento de Prueba de coordinación de Körper (KTK).

Abstract

Relationship between balance and the presence of flat feet in schoolchildren

Objective: according to the World Health Organization (WHO), up to 65% of children suffer flat feet. The objective has been to evaluate the relationship between the presence of flat feet and balance in 6-year-old schoolchildren from a Primary School in Banderilla, Veracruz.

Methodology: a quantitative, descriptive, retrospective, cross-sectional and analytical study. Four instruments were applied for data collection in 31 children in total. The association between flat feet and balance was evaluated, using the statistical mean difference for one single sample.

Results: out of 31 children, 61.3% had flat feet (flexible 68.4%) with significant impact in their balance control (57.9%).

Conclusion: there was a significant relationship ($p= 0.000$) between flat feet and balance in 6-year-old children, which could have consequences for their health and physical development.

Key words: flat feet; schoolchildren; balance; Jack and Rodríguez Fonseca test; Coordination Test by Körper (KTK).

Introducción

El pie plano es una deformación a consecuencia de alteraciones en la elasticidad de ligamentos, alterando la estructura ósea y su relación interarticular entre el retropié y la parte media del pie. Se clasifica en a) pie plano flexible: cuando existe movilidad de articulaciones y capacidad para corregir trastornos de alineación, constituye un 90% de los pies planos de los escolares y suele ser asintomático y b) pie plano rígido: son uniones anómalas entre huesos provocando deformidad, menor altura del arco longitudinal y desviación en valgo del talón, como resultado da lugar a un bloqueo de la movilidad, afectando al pie en sus funciones motoras, del equilibrio y amortiguadora, suele ser más doloroso y puede limitar a niñas y niños que lo padecen en actividades como correr, saltar y caminar.

El pie plano afecta al menos al 65% de los niños a nivel mundial (1,2), y constituye el 40%-45% del total de consulta ortopédica; aunque se trata de un proceso fisiológico, se considera que por diversas características, factores biológicos o culturales el 1% de estos niños termina en un proceso de pie plano rígido, doloroso y con alteración motriz.

En México, entre el 15%-20% de la población padece pie plano; sin embargo, no son detectados y tratados con oportunidad, lo que conlleva desgaste articular de tobillo, rodilla, cadera y columna (3).

Diversos investigadores han relacionado al pie plano con el equilibrio, definido como la capacidad para mantenerse erguido y estable mientras se realizan movimientos o acciones que requieren el desplazamiento o movimiento de una persona. De esta forma, cada vez que se da un paso en cualquier dirección, se está poniendo a prueba este tipo de equilibrio.

El equilibrio es importante en el desarrollo y rendimiento de muchas de las habilidades motoras del cuerpo. Los/as niños/as con pie plano presentan una desventaja física al practicar deportes, ya que carecen de equilibrio estático y son más propensos a perderlo al realizar movimientos complicados. Por tanto, es esencial identificar esta patología para promover conductas promotoras de salud en los padres o tutores responsables y mejorar la calidad de vida en los niños con edad escolar (5).

El objetivo de este estudio fue determinar la relación que existe entre el pie plano y el equilibrio dinámico en escolares de 6 años de una escuela primaria de Banderilla, en el periodo de enero a julio de 2023.

Métodos

Diseño

Se trata de un estudio cuantitativo, clínico, descriptivo, retrospectivo, transversal y analítico.

Población

La población estuvo constituida por 31 niños de ambos géneros, con edad de 6 años, que no estuvieran diagnosticados con alguna patología de pie o alguna otra alteración ósea, auditiva, motora o visual, que contaran con consentimiento informado de los padres y que estuvieran cursando el primer año de primaria de una escuela en Banderilla, Veracruz, México, en el periodo de febrero a julio de 2023.

Variables de estudio

Las variables a estudiar y determinar, si están o no relacionadas, son pie plano y equilibrio. En la identificación del pie plano y su relación con el equilibrio se utilizaron cuatro instrumentos, el primero corresponde al plantoscopio, el cual se aplicó al 100% de la población escolar que cubría los requisitos de inclusión, para identificar la ausencia de arcos plantares, así como desviaciones del valgo del retropié (10).

Muestra

Constituida por 19 escolares, de ambos géneros, que resultaron positivos a pie plano.

Para clasificar pie plano flexible o pie plano rígido en los casos positivos (8,9) se utilizaron los instrumentos de:

- Test de Jack, para pie plano flexible (11). La falta de elevación del arco indica la presencia de pie plano flexible (12). Este mecanismo se activa cuando se ejerce una fuerza en la fascia plantar mediante una flexión dorsal del primer dedo, lo que eleva el arco longitudinal medial del pie. La prueba se realizó con el paciente de pie, y se evaluó si se producía el levantamiento del arco plantar mediante la activación del mecanismo de Windlass.

- Test de Rodríguez Fonseca. Evalúa el pie plano rígido, se llevó a cabo con el paciente de pie, evaluando la posición del tendón de Aquiles y el talón en relación con la postura del cuerpo. Se observó la curvatura hacia dentro de la unión entre el talón y el tendón de Aquiles. La presencia de aplanamiento de la bóveda plantar y un valgo de retropié mayor a los valores normales para la edad indicaron la presencia de pie plano rígido (13).
- Prueba de coordinación de Körper para niños (KTK), para la variable equilibrio, la cual evalúa el equilibrio dinámico y la coordinación corporal en niños, identifica las capacidades individuales de integración sensorio-motora. Para aplicarla se utilizó una línea recta en lugar de las barras de equilibrio originales. Los participantes caminaron sobre la línea recta hacia adelante y hacia atrás en tres intentos, y se registró el número de pasos realizados (14,15).

Además de estos instrumentos, y con base en la bibliografía consultada, se aplicó un cuestionario con preguntas basadas en sintomatología asociada a pie plano, como dolor de talón al caminar, dolor en el arco plantar al caminar, cansancio rápido al caminar o correr y dolor en dedos al caminar o estar de pie.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 y el programa Excel. Para presentar los resultados se empleó la estadística descriptiva y para medir la significancia estadística de la relación entre las variables pie plano y equilibrio se utilizó la prueba de T de *Student*.

Resultados

De los 31 niños estudiados, el 61% resultó positivo a pie plano, en mayor porcentaje las mujeres y predominando el plano flexible (Tabla 1).

Variable	F	%
Género		
Femenino	10	52
Masculino	9	48
Clasificación de pie plano		
Flexible	13	68
Rígido	6	32
Total	19	100

Fuente: test de Jack y test de Fonseca

En relación con la sintomatología en pie plano, llama la atención que el 47% de los niños presenta dolor al caminar (Tabla 2).

Variable	F	%
Síntomas en pie plano		
Dolor de talón al caminar	9	47
Dolor arco plantar al caminar	7	37
Cansancio rápido al caminar o correr	5	26
Dolor en dedos al caminar o estar de pie	2	10

Fuente: instrumento de síntomas (diseño propio)

Del 100% de los niños que presentaron pie plano (19), el 58% tiene problemas para mantener el equilibrio dinámico y la coordinación corporal (Tabla 3).

Tabla 3. Equilibrio dinámico y coordinación corporal

Variable	F	%
Coordinación de Körper		
No camina en línea recta	11	58
No logra un estado de puntillas	11	58
No logra completar la marcha	11	58

Fuente: Körper Koordinations Test für Kinder (KTK)

Relación entre variables

Para evaluar la relación entre las variables de estudio se tomó como base la diferencia de medias entre el pie plano y el equilibrio (\bar{x} = 1,64; 1,74; 1,61; 1,72; 1,61; 1,72) (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencia de medias entre pie plano y equilibrio

Variable	Instrumento de Jack		Instrumento de Fonseca		N
	\bar{x}	D E	\bar{x}	D E	
Camino en línea recta	1,64	,497	1,74	,497	11
Estado de puntillas	1,61	,502	1,72	,461	11
Marcha completa	1,61	,502	1,72	,461	11

Fuente: instrumentos de pie plano y equilibrio

Con base en la diferencia de medias, se realiza la prueba de t de *Student* a un intervalo del 95% de confianza, el resultado obtenido indica que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables pie plano y equilibrio ($p = ,000$) (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre variables pie plano y equilibrio

Instrumentos	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Técnica de Jack	17,545	30	,000	1,581	1,40	1,76
Técnica de Fonseca	25,044	30	,000	1,806	1,66	1,95
Coordinación de Körper	17,545	30	,000	1,581	1,40	1,76

Discusión

Los resultados indican que existe una relación estadísticamente significativa entre el pie plano y el equilibrio, lo que coincide con el estudio realizado por Chumbiray (2016) (19) en 106 niños escolares, encontrando una prevalencia de pie plano en 55 niños y una relación significativa entre pie plano y equilibrio, con un valor de $p = 0,03$. En relación con la clasificación del pie plano predomina el pie plano flexible (68%) frente al pie plano rígido (32%), esto es similar a lo obtenido por Suárez

et al. (20), donde encontraron que el pie plano es una condición en la cual el arco longitudinal del pie está colapsado o ausente, lo que resulta en una planta del pie que se encuentra en contacto total o casi total con el suelo, afectando en algunos casos al equilibrio y la estabilidad de una persona, como sucede con los niños y las niñas incluidos en el estudio (21).

El pie juega un papel importante en la transmisión de información propioceptiva al cerebro sobre la posición y el movimiento de los pies y las piernas (22). Las niñas y los niños incluidos en el estudio positivos a pie plano presentaron problemas con el equilibrio dinámico, como pautas frecuentes, reequilibrios exagerados, oscilaciones y señales vestibulares, movimientos involuntarios, desviaciones, sincinesias y reajustes de las manos en las caderas. Similar a lo encontrado por Mendoza (22), en el caso de los niños con pie plano, es posible que experimenten dificultades en el equilibrio debido a una alteración de la distribución de la presión, debilidad muscular y disminución de la propiocepción. La falta de un arco adecuado en el pie puede reducir la cantidad de información propioceptiva que se transmite al cerebro. La propiocepción es crucial para el equilibrio, ya que brinda información sobre la posición y el movimiento de las extremidades. La disminución de la propiocepción puede afectar la capacidad del niño para adaptar rápidamente su postura y mantener el equilibrio en diferentes situaciones.

También se ha identificado que el pie plano puede afectar negativamente al equilibrio y la estabilidad. Al igual que en la presente investigación, un estudio publicado en *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* reportó que los individuos con pie plano tenían un mayor riesgo de alteraciones en el equilibrio y una mayor inestabilidad durante actividades de un solo apoyo (25).

Otro hallazgo fue la presencia de síntomas relacionados con el pie plano al caminar o correr, como el dolor en el talón, dolor en el arco plantar, cansancio, dolor en dedos al caminar o estar de pie. Un estudio publicado en la revista *The Journal of Foot and Ankle Surgery* encontró que los individuos con pie plano tenían una mayor incidencia de dolor en el pie y el tobillo en comparación con aquellos con arcos normales (24). Algunas investigaciones sugieren que el pie plano puede aumentar el riesgo de desarrollar ciertas lesiones, como el síndrome de estrés tibial medial y la tendinitis del tibial posterior. Un estudio publicado en *Medicine and Science in Sports and Exercise* encontró que los corredores con pie plano tenían un mayor riesgo de lesiones por estrés en comparación con aquellos con arcos normales (26-28).

El pie plano puede tener una serie de efectos sobre la salud y la función del pie y del cuerpo en general. El dolor, la fatiga, la disfunción del equilibrio y el riesgo de lesiones pueden estar asociados con esta condición (29-33).

Conclusión

En este trabajo, y con base en los resultados, se concluye que existe una relación significativa entre el pie plano y el equilibrio. Es necesario identificarlo de forma oportuna para establecer conductas promotoras de salud con los padres y tutores y traten de forma veraz este problema que afecta la calidad de vida del niño.

Eliminar barreras que obstaculizan el beneficio de la acción, como que algunos padres lo consideran como normal o hereditario el que el niño presente pie plano. En el estudio no se determinó la prevalencia de pie plano relacionado a factores de riesgo como relajación articular, uso de calzado deportivo, residencia urbana y realizar menos ejercicio, por lo que se sugiere llevar a cabo más investigaciones buscando esta relación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promoción de salud [internet] 2020 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

2. Aristizábal HPG, Blanco BDM, Sánchez RA, Ostiguín MRM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2011; 8(4):16-23.
3. Boryczka-Trefler A, Kalinowska M, Syczewska M, Stepowska J, Lukaszewska A, et al. How to Define Pediatric Flatfoot: Comparison of 2 Methods: Foot Posture in Static and Dynamic Conditions in Children 5 to 9 Years Old. *Foot & Ankle Specialist* 2021;16(1):1-17.
4. Akel I, Kulcu DG, Aydin K. A Comparison of Clinical Evaluation Methods for Pediatric Flatfoot. *Foot & Ankle Specialist* 2022; 15(2):10-21.
5. Méndez-Sánchez R, Toledo R, López-Alvarez CA. Prevalence and Association of Foot Posture Index with Flexible Flatfoot and Pes Cavus in Mexican School-Age Children. *The Journal of Foot & Ankle Surgery* 2020; 59(3):517-23.
6. Vivas Colmenares GV, Santillán Torres MT, González Hernández PA. Prevalence of Flatfoot in School-Age Children in Central Mexico: A Cross-Sectional Study. *J Am Podiatr Med Assoc* 2022;112(3):1-7.
7. Miranda-Duarte A, Murillo-González F, Ramírez-Monroy N. Prevalence of Flat Foot in Children with Down Syndrome in Guadalajara, Mexico. *Acta Orthopaedica Mexicana* 2018; 32(5):259-62.
8. Secretaría de Salud Gobierno de México. Entre 15 y 20 por ciento de la población padece pie plano [internet] 2016 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/entre-15-y-20-por-ciento-de-la-poblacionpadece-pie-plano-89009>.
9. Rivera Saldívar G. Factores de riesgo asociados a la conformación del arco longitudinal medial y del pie plano sintomático en una población escolar metropolitana en México. *Hospital de Traumatología y Ortopedia* 2012; 26(2):85-90.
10. Ting Yam TT, Ming Fong SS, Nam Tsang WW. Foot posture index and body composition measures in children with and without developmental coordination disorder. *PLoS One.* 2022; 17(3):e0265280.
11. Pongo Sovero MC, Huachaca Álvarez S. Tamizaje del pie plano, mediante el índice del arco y test de Jack en niños de 3 a 12 años en campañas de salud. Lima. 2018.
12. Álvarez JLP, Oñate GEH, Cruz CA. Características del pie y equilibrio dinámico en basquetbolistas juveniles colombianos. *Fisioterapia* 2021; 43(6):333-90.
13. Muñoz J, Fonseca PE. Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema* 2019; 31(1):102-7.
14. Sánchez ML. Tipos de confiabilidad de la prueba de coordinación motora gruesa KTK para niños y adolescentes: Una revisión sistemática. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte* 2022; 11:28.
15. Martínez-Lozano AG. Pie plano en la infancia y adolescencia. Conceptos actuales. *Rev. Mex. de Pediatría* 2009;11(1):5-13.
16. De la Cruz MJL. Prevalencia de pie plano en niños de 6 a 7 años en la Esc. Primaria Fray Matías de Córdova, Tuxtla Gutiérrez Chiapas, abril-julio 2017.
17. Cabrera LCA. Las formas jugadas para potenciar las habilidades motoras. 2021 Repository.unilibre [internet] [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10901/19381>
18. Xu HGL. Factores de riesgo para pie plano en niños: una revisión sistemática y un metanálisis. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública.* 2022; 19(14):8247-54.
19. Chumbiray Tapia M. Pie plano y su relación con el equilibrio dinámico en escolares de nivel primario de la Institución Educativa "Honores". [Tesis de licenciatura no publicada]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
20. Suárez Valenzuela LD. El pie plano y su influencia en el equilibrio estático de los estudiantes del circuito n° 1 de la ciudad de milagro. [Tesis de maestría no publicada]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2016.
21. Sánchez-Lastra MA, Varela S, Cancela JM, Ayán C. Mejora de la coordinación en niños mediante el entrenamiento propioceptivo. *Apunts Educación Física y Deportes* 2019; 35(136):22-35.
22. Mendoza MI. Prevalencia de pie plano en niños de la I.E.I.P.S.M.N. 6010194 María Socorro Mendoza Mendoza Iquitos-2022. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2022.
23. Brody DM. The Effects of Footwear on the Lower Extremities. *J Foot Ankle Surg* 2005; 44(2):87-92.
24. Leong HT, Fu SN, He J, Ng GY. Comparison of Static and Dynamic Balance among Collegiate Basketball Players with and without Functional Ankle Instability: A Preliminary Study. *J Orthop Sports Phys Ther* 2011; 41(2):95-104.
25. Wen DY, Puffer JC, Schmalzried TP. Injuries in Runners: A Prospective Study of Alignment. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1997; 29(6):759-64.
26. Lunavictoria JMA. Efectividad del tratamiento kinésico terapéutico en el pie plano de niños entre 5 a 7 años del centro de rehabilitación kinesiológico Kinesio-Move 2021. Tesis de Licenciatura. PUCE-Quito [internet] [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/80/handle/22000/18937>
27. Rungprai Ch, Maneprasopchoke P. A Clinical Approach to Diagnose Flatfoot Deformity. *Journal of Foot and Ankle Surgery* 2021; 8(2):49-54.
28. Flores G, Laura R. Efectividad del ejercicio Risser en pie plano de niños 4 a 6 años Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico Daniel Alcides Carrión 2020. Repositorio UPCH.

29. Barrado MP. Eficacia del tratamiento conservador ortésico en el pie plano flexible infantil. *Revista española de podología* 2018; 29(1):1-5.
30. Molina-García C, Banwell G, Rodríguez-Blanco R, Sánchez-García JC. Efficacy of Plantar Orthoses in Pediatric Flexible Flatfoot: A Five-Year Systematic Review. *Children* 2023;10(2):371-8.
31. Xiaojun L, Hong-Mou Z. Prevalence and Related Factors of Flexible Flatfoot in School-Aged Children: A Cross-Sectional Study. *Foot Ankle Orthop* 2020; 5(4):2473-7.
32. Sedaghti P, Adib CH M, Zarei H. Effects of exercise training programs on postural control and dynamic balance in individual's whit flat feet and cavus feet: a systematic review and meta-analysis. *JRSR* 2023; 10:1-8.
33. Halabchi F, Mazaheri R, Mirshahi M. Effect of Foot Pronation on Postural Stability in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Pediatr. Orthop.* 2022; 42(2):e155-e162.

Percepción de las enfermeras sobre un proyecto de mejora en la campaña de vacunación gripe-covid 2023 en la zona de salud de Miralbueno, Zaragoza

¹ Beatriz Sánchez Hernando
² Lucía Gracia Saz
³ Natalia Vaquero Calleja
⁴ Mercedes García Entrena
⁵ Natalia Pilar Fidalgo Pinilla

¹ Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno. Zaragoza (España)

⁴ Enfermera de Pediatría. Centro de Salud Miralbueno. Zaragoza (España)

² Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno. Zaragoza (España)

⁵ Enfermera. Responsable de enfermería. Centro de Salud Miralbueno. Zaragoza (España)

³ Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno. Zaragoza (España)

E-mail: beasanhern@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Sánchez Hernando B, Gracia Saz L, Vaquero Calleja N, García Entrena M, Fidalgo Pinilla NP. Percepción de las enfermeras sobre un proyecto de mejora en la campaña de vacunación gripe-covid 2023 en la zona de salud de Miralbueno, Zaragoza. *RIdEC* 2023; 16(2):30-5.

Fecha de recepción: 24 de octubre de 2023.

Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2023.

Resumen

Objetivo: describir la percepción de las profesionales de enfermería sobre un nuevo proyecto de mejora de la calidad durante la campaña de vacunación de gripe-covid 2023.

Metodología: se realizó un estudio transversal en el equipo de enfermería de un centro de salud de manera previa a la campaña. Se recogieron variables sociodemográficas, de aceptación, formación, seguridad y humanización sobre el proyecto de mejora. El procedimiento consistió en la introducción de una serie de tarjetas identificativas de cada una de las vacunas de la gripe y otra de COVID, separadas por colores y con la información correspondiente de manera escrita. Para la recogida de datos se pasó un cuestionario de Google Forms. Todos los cuestionarios fueron anónimos y confidenciales. Se solicitó el consentimiento informado.

Resultados: los participantes fueron enfermeras comunitarias, enfermeras de pediatría, residentes de enfermería y estudiantes de enfermería. La aceptación del proyecto fue muy elevada. La mayoría de los participantes recibió formación suficiente. Casi la totalidad de los participantes percibió un aumento de la seguridad y la humanización de la vacunación en relación con el proyecto de calidad. Se percibió que el proyecto disminuiría los errores de administración de las vacunas.

Conclusiones: es necesario implementar programas de mejora para aumentar la calidad, la seguridad y la humanización de las campañas de vacunación.

Palabras clave: vacunación; gripe humana; COVID-19; Atención Primaria de Salud; enfermeras y enfermeros; mejoramiento de la calidad.

Abstract

Nurses' perception of aimprovement project in the campaign flu-covid 2023 vaccination in health zone MiralBueno, Zaragoza

Objective: to describe the perception of nursing professionals about a new quality improvement project during the 2023 flu-covid vaccination campaign.

Methodology: a cross-sectional study was carried out in the nursing team of a health center prior to the campaign. Socio-demographic, acceptance, training, security and humanization variables regarding the improvement project were collected. The procedure consisted of introducing a series of identification cards for each of the flu vaccines and another Covid vaccine, separated by color and with the corresponding information in writing. To collect data, a Google Forms questionnaire was administered. All questionnaires were anonymous and confidential. Informed consent was requested

Results: the participants were community nurses, pediatric nurses, nursing residents and nursing students. Acceptance of the project was very high. Most participants received sufficient training. Almost all of the participants perceived an increase in the safety and humanization of vaccination in relation to the quality project. It was perceived that the project would reduce vaccine administration errors.

Conclusions: it is necessary to implement improvement programs to increase the quality, safety and humanization of vaccination

Key words: vaccination; influenza human; COVID-19; Primary Health Care; nurses; quality improvement.

Introducción

La vacunación es un componente clave de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cumplir el tercer objetivo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas para 2030, que es garantizar una vida saludable, promover el bienestar para todos, a todas las edades, reduciendo la tasa de mortalidad infantil y materna por enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluido el acceso a vacunas seguras y de calidad (1).

Dos de las enfermedades susceptibles de vacunación son la gripe y la COVID-19. Por un lado, desde diciembre de 2019 la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha sido una emergencia de salud pública internacional (2) y entre los síntomas más habituales se encuentran tos, fiebre, diarrea, fatiga, y en los casos más graves, dificultad respiratoria y neumonía (3). Por otro lado, la gripe es una enfermedad que se presenta en forma de epidemias anuales en los meses invernales y, aunque en general es una enfermedad leve y autolimitada, cuando afecta a población de edad avanzada o con patologías crónicas puede aumentar la mortalidad, por lo que continúa siendo una enfermedad con gran impacto en la salud pública global (4-6).

Para proteger a la población de estas dos enfermedades, un año más se inicia la campaña de vacunación frente a la gripe y frente a la COVID. Este año, como novedad, se da la circunstancia de la coadministración de cuatro tipos de vacunas en el caso de la gripe, a la que se suma una vacuna más para la prevención de la COVID-19 (7). Cada una de las diferentes vacunas tiene una serie de indicaciones y contraindicaciones que los Equipos de Atención Primaria (EAP) deben conocer para administrar de manera correcta, segura y libre de errores a los usuarios que deseen recibirlas.

Los errores de vacunación son aquellos eventos prevenibles que resultan del uso inapropiado de las vacunas. Pueden estar relacionados con conceptos como la práctica profesional, el uso imprudente de vacunas, el almacenamiento, la distribución y la administración de las mismas (8,9). Todos estos eventos no deseados podrían prevenirse con la aplicación de algunas actuaciones como buenas prácticas, estandarización de procesos, implementación de listas de verificación, programas de mejora de la calidad y metodologías de comunicación efectivas (10,11).

En un centro de salud con personal fluctuante (debido a bajas, nuevas incorporaciones, vacaciones y otros asuntos) y con un volumen importante de estudiantes de enfermería, se precisa de alguna herramienta especial que permita discernir cuál es la vacuna que le corresponde a cada usuario y, de esta manera, disminuir la incertidumbre de la enfermera que administra la vacuna y aumentar la seguridad del acto vacunal.

Siguiendo esta línea argumental, el objetivo general de este estudio fue describir la percepción de las profesionales de enfermería sobre un nuevo proyecto de mejora de la calidad durante la campaña de vacunación de gripe-covid 2023. Los objetivos específicos fueron medir la formación recibida, la seguridad percibida, la aceptación y la humanización percibida sobre el proyecto.

Método

Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal realizado durante el mes de octubre de 2023, en el centro de salud de Miralbueno-Garrapinillos, de Zaragoza.

Población y muestra: la población de estudio fue el equipo de enfermería, incluyendo a las enfermeras, residentes de enfermería y estudiantes de enfermería.

Criterios de inclusión:

- Estar trabajando o rotando en el centro de salud durante la campaña de vacunación gripe-covid 2023.
- Aceptar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: personal eventual con un contrato inferior a una semana en el centro.

No se realizó ningún muestreo. Se recogió información de toda la población.

Variables: como variables sociodemográficas se tomaron la participación activa en el proyecto y el tipo de vinculación al centro (discriminando entre enfermera familiar y comunitaria, enfermera pediátrica, residente de enfermería familiar y comunitaria, residente de enfermería pediátrica y estudiante de enfermería). También se recogieron variables de aceptación del proyecto, mediante una escala Likert de 1 a 5 puntos, formación (sobre el proyecto y sobre las vacunas), seguridad y humanización en salud.

Recogida de datos: se realizó un cuestionario *ad hoc* para la recogida de la información, a través de Google Forms, y se pasó el enlace a los diferentes participantes, vía móvil o vía correo electrónico de manera previa a la puesta en marcha al proyecto de calidad.

Procedimiento: el proyecto, que se llevará a cabo durante toda la campaña de vacunación, consistió en la introducción de un elemento diferencial de manera previa al acto vacunal. El elemento diferencial fue la asignación de una tarjeta de un color, determinado previamente en una infografía, a cada una de las vacunas disponibles en la campaña de vacunación. Dichas tarjetas también contenían de manera escrita la información referente a cada una de las vacunas, tanto para la discriminación de las mismas como para la información para el usuario. Estas tarjetas identificativas se colocaron en dos puntos estratégicos. En primer lugar, estaban en la mesa de registro, donde una o dos enfermeras recepcionaban al usuario, realizaban una entrevista inicial y le entregaban la tarjeta propia de la vacuna que le corresponde, según el documento técnico en vigor (7). En segundo lugar, en la sala de vacunación, las enfermeras que preparaban y administraban la vacuna tenían diferentes bandejas con las consiguientes dosis separadas e identificadas con las tarjetas correspondientes.

De esta manera, cuando el usuario llegaba al centro pasaba, en primer lugar, por la mesa de registro, donde se le daba una o dos tarjetas identificativas (según si se administraba solo gripe, solo COVID o gripe y COVID) y se realizaba el registro de la vacuna en su historia clínica. Posteriormente, el usuario pasaba a la sala de vacunación, donde entregaba las tarjetas a otra enfermera y se le administraba la dosis correspondiente. De manera previa a la puesta en marcha del proyecto se hizo una serie de sesiones clínicas de formación sobre las diferentes vacunas, las particularidades de la propia campaña de vacunación y del proyecto de mejora. Además, se efectuó una infografía para ayudar a los profesionales a identificar y diferenciar cada una de las vacunas disponibles con su color correspondiente (Anexo 1).

Análisis de datos: se tomaron medias, proporciones e intervalos. Para el análisis de datos se utilizó el programa Microsoft Excel. Se tomó un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Aspectos éticos: la participación fue totalmente voluntaria y los cuestionarios fueron anónimos. No se solicitó ningún dato identificativo. Los datos fueron tratados según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. De manera previa a la realización del cuestionario se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los participantes.

Resultados

Se obtuvieron un total de 21 respuestas. El 90,5% de los participantes aseguró participar activamente en el proyecto. La distribución de los participantes fue de un 42,9% de enfermeras familiares y comunitarias (EFyC), un 30% de estudiantes de enfermería, un 14,3% de enfermeras pediátricas, un 4,8% de residentes de enfermería familiar y comunitaria y un 4,8% residentes de enfermería pediátrica (EP), respectivamente.

En la aceptación del proyecto, el 90,5% de las participantes refirió sentirse muy cómoda con el mismo. Respecto a la formación, el 100% de los participantes afirmó recibir suficiente formación sobre el proyecto y sobre las vacunas. En cuanto a seguridad, el 100% de las participantes afirmó que este proyecto permitirá disminuir el número de errores en relación con la administración de vacunas y que mejorará tanto la seguridad como la calidad del acto vacunal. La totalidad de los participantes afirmó que piensa que este proyecto ayudará, tanto a los profesionales como a los usuarios a recordar y comprender mejor la información pre y posvacunal. En lo referente a la humanización, el 95,2% de las participantes cree que mejorará la humanización de la vacunación (Tabla 1).

Tabla 1. Variables del estudio

Variable	Respuesta	N	%
Participación activa	Sí	19	90,5
	No	2	9,5
Tipo de vinculación con el centro	EFyC	9	42,9
	Enfermera pediátrica	3	14,3
	Estudiante enfermería	7	33,3
	Residente EFyC	1	4,8
	Residente EP	1	4,8

Tabla 1. Variables del estudio (continuación)

Variable	Respuesta	N	%
¿Cómo te sientes con el proyecto?	Nada cómodo/a	0	
	Algo cómodo/a	0	
	Suficientemente cómodo	1	4,8
	Bastante cómodo/a	1	4,8
	Muy cómodo/a	19	90,5
¿Has recibido formación suficiente del proyecto y de las vacunas que forman parte de la campaña vacunal de este año?	No	0	
	Solo del proyecto	0	
	Solo de las vacunas	0	
	Sí, de ambos	21	100
¿Crees que el proyecto ayudará a disminuir el número de errores en vacunación?	Sí	21	
	No	0	100
¿Crees que este proyecto afectará a la calidad y seguridad de la vacunación?	No	0	
	Mejorará la calidad	0	
	Mejorará la seguridad	0	
	Mejorará ambos ítems	21	100
¿Crees que el proyecto ayudará a los profesionales a recordar la información pre y posvacunal?	Sí	21	100
	No	0	
¿Crees que el proyecto ayudará a los usuarios a comprender mejor la información pre y posvacunal?	Sí	21	100
	No	0	
¿Crees que el proyecto afectará a la humanización en salud del acto vacunal?	Sí, la mejorará	20	90,5
	Sí, la empeorará	0	
	No afectará	1	4,8

Discusión

El objetivo de este estudio fue describir la percepción del equipo de enfermería sobre un nuevo proyecto de mejora en relación con la campaña de vacunación gripe-covid 2023.

Se observa cómo la aceptación del proyecto ha sido mayoritaria, clave para el posterior desarrollo del contenido del mismo. Para la aceptación de proyectos de calidad en un equipo de salud es necesario que todo el equipo sea conocedor, tanto del tema a tratar, con la mayor calidad y actualización posible, como del proyecto en sí, su objetivo, sus fases y las tareas a desarrollar por cada miembro del equipo. Además, es necesario que el equipo perciba la mejora de la calidad que conlleva la aplicación de los nuevos proyectos, ya que aquellos que no conlleven beneficios para la población atendida serán rechazados.

En cuanto a la formación, la totalidad de los participantes percibió una correcta formación tanto del proyecto de mejora, como de la campaña de vacunación y sus particularidades. La formación y actualización constante no solo en vacunas, sino en las posibles modificaciones del calendario vacunal a lo largo de toda la vida y también en las campañas especiales de vacunación, debería formar parte del plan formativo de los equipos de Atención Primaria. La formación entre el personal de Atención Primaria es clave para la consecución de los procesos y tareas que se llevan a cabo, tanto de promoción y Educación para la Salud como de atención a la cronicidad y la fragilidad como en los procesos de rehabilitación; de hecho, son los propios profesionales de la salud los que expresan necesidades de formación en el campo de la práctica clínica (12).

Por otra parte, la mayor parte del equipo percibió que la seguridad y la calidad del acto vacunal mejoraría con el proyecto, lo cual podría disminuir los errores relacionados con la administración de vacunas. En este aspecto, la formación y la utilización de protocolos y/o estandarización de tareas es clave para el aumento de la seguridad en relación con el acto vacu-

nal; por un lado, un estudio postula que el aumento de la formación mejoraría la percepción de errores, lo cual ayudaría a disminuirlos (13) y, por otro lado, algunas metodologías, como la titulada *Plan-Do-Study-Act*, han demostrado ser eficaces para la disminución de errores en el proceso de administración de vacunas (14). Otras, como la realizada por Barboza et al. (11), no solo aumentaron la seguridad, sino que también incrementaron la confianza y la calidad de la vacunación.

Además, la mayoría del equipo de enfermería percibió que el proyecto aumentaría la humanización de la vacunación, algo relevante ya que en la vacunación agrupada en campañas y realizada de forma masiva se corre el riesgo de despersonalizar el acto vacunal. El reconocimiento y la interacción inicial con los usuarios potencian el sentimiento de cercanía y también dan visibilidad a las enfermeras, dado que son ellas quienes se encargan de la gestión, puesta en marcha y evaluación de la vacunación.

Las limitaciones de este estudio tienen que ver con un tamaño muestral muy reducido, ya que se trata de un proyecto de centro y del propio diseño del estudio. Al seleccionar un diseño transversal no podemos inferir causalidad a los datos.

Conclusiones

El equipo de enfermería verificó la aplicación de proyecto de mejora al refrendar una correcta formación, así como percibir un aumento de la seguridad y humanización en la atención a los usuarios en relación con el acto vacunal.

Es necesario implementar programas de mejora para aumentar la calidad, la seguridad y la humanización de las campañas de vacunación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. United Nations Organization (UNO). Sustainable Development Goals [internet] 2015 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/brochure/SDGs_Booklet_Web_En.pdf
2. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed Atenei Parm.* 2020; 91(1):157-60. Doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
3. Infantes Esteban S. Pandemia de COVID-19 en el siglo XXI. *Revista de Derecho, Empresa y Sociedad (REDS)*. [internet] 2020 [citado 15 nov 2023]; 16:79-98. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7631164>
4. Sakamoto H, Ishikane M, Ueda P. Seasonal influenza activity during the SARS-CoV-2 outbreak in Japan. *JAMA.* 2020; 323:196971. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6173>
5. Reina J. La vacunación de la gripe en el tiempo del SARS-CoV-2. *Med Clin (Barc).* 2021; 56(1):17-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.10.012>
6. World Health Organization (WHO). Global influenza strategy 2019-2030. World Health Organization [internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311184>
7. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2023-2024 en España. Actualización del 12 de septiembre de 2023 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/gripe/home.htm>
8. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding the vaccine adverse event reporting system (VAERS). Atlanta (US): Centers for Disease Control and Prevention; 2013.
9. Hibbs BF, Moro PL, Lewis P, Miller ER, Shimabukuro TT. Vaccination errors reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System, (VAERS) United States, 2000-2013. *Vaccine.* [internet] 2015 [citado 15 nov 2023]; 33(28):3171-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15006209>

10. Ortiz-Cabello L, Garrido-Ortiz C. Estrategias de enfermería para la prevención de errores programáticos en vacunatorio. Rev. Med. Clin. Condes. 2020; 31(3):330-42. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.06.001>
11. Barboza TC, Guimarães RA, Gimenes FRE, Silva AEBC. Retrospective study of immunization errors reported in an online Information System. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020; 28:e3303. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3343.3303>
12. Garrido-Elustondo S, García-Vallejo R, Nogales-Aguado P. Continuing education in primary care: the educational needs of its professionals. Aten Prim. 2002; 30(6):368-73. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79049-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79049-5)
13. Mirada G, Torres J, Borràs E, Estany P, Canals M, Rabanal M, Urbiztondo L. Percepción de los errores en la vacunación en Cataluña: un estudio transversal. Vacunas. 2020; 21(2):90-4. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.vacun.2020.06.001>
14. Nunes MBM, Teixeira TCA, Gabriel CS, Gimenes FRE. Impact of Plan-Do-Study-Act cycles on the reduction of errors related to vaccine administration. Texto Contexto Enferm. 2021; 30:e20200225. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0225>

Anexo 1: Infografía





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 Juan Yovani Telumbre Terrero
² Juan Daniel Suárez Máximo
³ Braulio Raúl Hernández Hernández
⁴ Blanca Estela Sánchez Jaimes

Evaluación de la funcionalidad familiar y consumo de tabaco en jóvenes universitarios del sureste de México

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR). México
² Coordinador de la Vocolia México de la Asociación de Enfermería Comunitaria. México
³ Universidad Enriquez Díaz de León (UNEDL). Guadalajara (México)
⁴ Unidad Académica de Enfermería No. 1. Universidad Autónoma de Guerrero. México
E-mail: jtelumbre@pampano.unacar.mx

Cómo citar este artículo:

Telumbre Terrero JY, Suárez Máximo JD, Hernández Hernández BR, Sánchez Jaimes BE. Evaluación de la funcionalidad familiar y consumo de tabaco en jóvenes universitarios del sureste de México. *RIDEC* 2023; 16(2):37-44.

Fecha de recepción: 30 de agosto de 2023.

Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2023.

Resumen

Objetivo: evaluar la funcionalidad familiar y su asociación con el consumo de tabaco en jóvenes universitarios del sureste de México.

Método: estudio cuantitativo correlacional llevado a cabo en 227 jóvenes universitarios de Ciudad del Carmen Campeche (México) a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó una ficha de datos personales y de consumo de tabaco, así como la Escala de Funcionamiento Familia (FF). Se respetaron los aspectos éticos de toda investigación, la información fue analizada en el programa estadístico SPSS V23.

Resultados: el 47,1% está clasificado como familia moderadamente funcional y el 33,5%, como familia funcional, se identificaron diferencias significativas de la FF y el consumo alguna vez en la vida y el último año ($p < .05$), la familia disfuncional es mayor en aquellos jóvenes que han consumido tabaco. Se identificó una relación negativa y significativa ($r_s = -0,906$, $p = ,041$) de la FF y la cantidad de cigarrillos consumidos en una sola ocasión de consumo.

Conclusiones: el consumo de tabaco en los jóvenes universitarios está relacionado con aspectos de tipo familiar como son la cohesión y la comunicación, por lo que se deben dirigir estrategias de intervención tanto individual como familiar.

Palabras clave: familia; uso de tabaco; adulto joven; relaciones familiares.

Abstract

Evaluation of family functionality and tobacco consumption in young university students from the southeast of Mexico

Objective: to evaluate family functionality and its association with tobacco use in young university students from the southeast of Mexico.

Method: quantitative correlational study carried out in 227 university students from Ciudad del Carmen Campeche through a non-probabilistic convenience sampling. A personal and tobacco consumption data sheet was used, as well as the Family Functioning (FF) scale. The ethical aspects of all research were respected, the information was analyzed in the statistical program SPSS V23.

Results: 47.1% are classified as a moderately functional family and 33.5% as a functional family, significant differences were identified in the FF and consumption at some point in life and in the last year ($p < .05$), the dysfunctional family is greater in those young people who have used tobacco. A negative and significant relationship ($r_s = -0.906$, $p = .041$) was identified between the FF and the number of cigarettes consumed on a single consumption occasion.

Conclusions: tobacco consumption in university students is related to family-type aspects such as cohesion and communication, so intervention strategies should be directed at both the individual and family level.

Key words: family; tobacco use; young adult; family relations.

Introducción

A lo largo de la historia, la familia ha sido considerada como un grupo social unido por aspectos biológicos y/o afectivos, donde se adquieren, desarrollan y fortalecen las habilidades; es aquí donde se transmiten los valores, las creencias y las pautas de comportamiento de una generación a otra (1). Un aspecto que resulta relevante es el funcionamiento familiar (FF), el cual hace alusión al conjunto de interacciones entre los miembros que la integran, lo que permite afrontar las diversas crisis que se pudieran presentar dentro y fuera de ella (2). Además, la familia y su funcionamiento son considerados como un factor significativo en la salud física y emocional de cada uno de sus integrantes, a través de la satisfacción de las necesidades afectivas y del rol que desempeñan cada uno de sus integrantes (3,4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (5) señala que anualmente más de 8 millones de personas fallecen a causa del consumo de tabaco; en el 2020 se estimó que el 22,3% de la población mundial consumía tabaco, por género, el 36,7% corresponde a los hombres y el 7,8% a las mujeres. En América Latina, datos del Informe sobre el control del tabaco en la Región (6) puntualizan que el consumo de tabaco, alcohol, la inadecuada alimentación, el estilo de vida sedentario y la contaminación atmosférica son factores de riesgo determinantes para la presencia de enfermedades no transmisibles (7).

En México, se estima que existen aproximadamente 15 millones de fumadores con edades comprendidas entre 12 y 65 años, donde esta problemática no solo se limita a los efectos en la salud, sino que también tiene un impacto en la crisis alimentaria que enfrenta el mundo actualmente (8). Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022 (9) señalan que el 19,5% de la población adulta reportó fumar actualmente. Por sexo, los hombres tuvieron una prevalencia del 29,5% y las mujeres del 10,4%. El 17,8% reportó fumar en el pasado y el 62,7% mencionó nunca haber fumado, siendo mayor para las mujeres (77,8%) en comparación con los hombres (46,3%).

En función de la información anteriormente descrita, es importante señalar que el ingreso de los jóvenes a la vida universitaria tiene implicaciones directas en la toma de decisiones para la vida adulta (10), es aquí donde se establecen nuevas relaciones entre el grupo de iguales, se asume mayor responsabilidad y la vez mayor exigencia académica, lo que pudiera conllevar a una alimentación inadecuada, alteraciones en el patrón del sueño, presencia de estrés y el consumo de tabaco y/o alcohol en eventos organizados por los propios estudiantes (11). Por ello, esta etapa es considerada un periodo crítico de adaptación entre la adolescencia y la adultez, que pudiera llevar a la adquisición de comportamientos saludables y no saludables, que se convierten en un factor determinante para la presencia o ausencia de enfermedades crónicas no transmisibles en un futuro cercano (12).

En consonancia con las variables de interés investigaciones previas muestran que en este grupo poblacional el funcionamiento familiar es adecuado (1-3), manifestado a través de aspectos de comunicación afecto y cohesión entre sus miembros, además de ser un elemento crucial para el desarrollo de habilidades necesarias para enfrentar las circunstancias de la vida (4). Específicamente en el consumo de tabaco las prevalencias reportadas en México son variadas tanto en jóvenes escolarizados como en no escolarizados, donde se estima que cerca del 60% ha consumido tabaco en algún momento de vida (13,14). De manera particular se ha identificado que la adecuada funcionalidad familiar en los jóvenes ha sido reportada como un factor de protección ante conductas no saludables como el consumo de tabaco y alcohol (2,15), esto debido a aspectos construidos dentro de ella y manifestados de manera externa, permitiendo asumir nuevas responsabilidades y tomar decisiones en salud con implicaciones individuales y colectivas (16).

Ante este panorama, el objetivo de esta investigación es evaluar la FF y su relación con el consumo de tabaco en jóvenes universitarios del Sureste de México, dado que representa un área de oportunidad para el diseño y la validación de intervenciones inter y multidisciplinarias que permitan el abordaje de este fenómeno. Es importante señalar que las investigaciones se han centrado en identificar la FF y el consumo de alcohol en adolescentes, específicamente en jóvenes los hallazgos no son contundentes, representando un área de oportunidad para que los profesionales interesados en este tema realicen el abordaje integral. Particularmente para el profesional de enfermería representa un desafío desde dos perspectivas, la primera dado que mantiene comunicación directa con la familia en el otorgamiento de los cuidados para la atención de la salud, por otro lado, el fomento de estilos de vida saludables en los jóvenes, que le permitan tomar decisiones responsables desde una edad temprana.

Método

Investigación cuantitativa de tipo descriptiva correlacional, dado que permite determinar el grado de relación que pueda existir entre dos o más variables (17). La población estuvo conformada por jóvenes que decidieron participar de manera

voluntaria en el estudio durante el mes de mayo de 2023 en una universidad pública de Ciudad del Carmen, Campeche, México. Se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia (18), quedando una muestra final de 227 sujetos.

Se hizo uso de una ficha de datos sociodemográficos (edad, sexo, ocupación, servicios de salud, etc.) y aspectos relacionados con el consumo de tabaco a través de cuatro preguntas dicotómicas y una pregunta abierta (edad de inicio del consumo de tabaco), la cual fue elaborada por los investigadores para fines de esta investigación.

Para medir el nivel de funcionamiento familiar se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) diseñada por Ortega-Veitia et al. (19) que plantea 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Consta de siete factores (20) integrados por dos reactivos cada uno: cohesión (1,8), armonía (2,13), comunicación (5,11), permeabilidad (7,12), afectividad (4,14), roles (3,9) y adaptabilidad (6,10). Para cada una de las afirmaciones existe una escala de cinco opciones de respuestas: casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y casi siempre, con una puntuación de 1 a 5, se suma cada uno de los reactivos; puntuaciones de 14-27 indican una familia severamente disfuncional, de 28-42 una familia disfuncional, de 43-56 una familia moderadamente funcional y de 57-70 una familia funcional (21). En relación con la confiabilidad de la escala se reporta un alfa de Cronbach de 0,89 para toda la escala y para sus factores el valor oscila entre 0,69 y 0,94, lo que se considera aceptable (20).

Se contó con el registro del proyecto ante el Departamento de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma del Carmen y con la autorización del Comité de Investigación y Ética bajo el registro CIE-FCS-134, la recogida de datos se realizó de manera virtual a través de un formulario elaborado por medio del programa Microsoft Forms, difundido a través de las redes sociales. Al inicio del formulario se incluyó una descripción del consentimiento informado, así como una breve información sobre el proyecto de investigación, puntualizando que su participación dentro de la investigación era totalmente voluntaria y confidencial, posteriormente se presentaban los instrumentos que contenían instrucciones de llenado, al finalizar se agradecía su participación en el estudio. La investigación se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (22) y la Norma Oficial Mexicana 012 (23), que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los datos fueron capturados y analizados en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 23.0, se hizo uso de la estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas, y frecuencias y proporciones para las variables categóricas, así también el uso de la estadística inferencial por medio de la Prueba U de Mann-Whitney y correlación de Spearman dado que la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov resultó sin normalidad ($p < ,05$) (24).

Resultados

En función de los resultados se identificó una media de edad de 18,44 (desviación estándar (DE)= 1,76), el 61,7% de los participantes pertenece al género femenino, el 12,3% estudia y trabaja al mismo tiempo, el 50,2% vive con ambos padres, el 85% cuenta con servicios de salud y el 14,5% con algún apoyo federal. El 52% de los jóvenes considera que la relación con su familia es buena y el 46,7% que la relación con sus amigos es regular.

En consonancia con los resultados se obtuvo una media general de 52,73 (DE= 11,6; 14-70), por subescala predomina la cohesión (media (\bar{X})=7,58, DE=1,79) y subescala de roles (\bar{X} = 7,55, DE= 1,75). Además, se destaca que el 44,9% de los jóvenes considera que muchas veces en su familia cada uno cumple sus responsabilidades, en la misma categoría el 41,9% ha señalado que se toman decisiones para cosas importantes en familia. En la categoría de casi siempre, el 28,6% manifestó que cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. Así, también el 12% señaló que nunca se demuestran el cariño que se tienen (Tabla 1).

Al categorizar las puntuaciones de la Escala de FF se destaca que el 47,1% está clasificado como familia moderadamente funcional, el 33,5% como familia funcional, el 15,9% como familia disfuncional y el 3,5% como familia severamente disfuncional. En relación con el consumo de tabaco se identificó que los jóvenes iniciaron el consumo en promedio a los 16,75 años (DE= 1,61; 12-19), reportando un consumo de alcohol alguna vez en la vida del 61,2%, en el último año del 48,9%, en el último mes del 36,6% y en la última semana del 25,5%. Al analizar la puntuación de la FF con el consumo de tabaco, se identificaron diferencias significativas en el consumo alguna vez en la vida y en el último año (Tabla 2).

En la Tabla 3 se muestra la distribución de la FF categórica por consumo de tabaco donde la familia disfuncional es mayor en aquellos jóvenes que han consumido tabaco.

Tabla 1. Escala de funcionalidad familiar

Afirmaciones	N	PV	AV	MV	CS	\bar{X}	DE
	%	%	%	%	%		
Cohesión							
1. Se toman decisiones para cosas importantes en familia	4,0	11,5	19,8	41,4	23,3	7,58	1,79
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1,3	5,7	24,2	40,1	28,6		
Armonía							
2. En mi casa predomina la armonía	2,6	8,4	33,5	34,4	21,1	7,34	1,8
13. Los intereses y las necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	3,1	7,5	29,1	35,7	24,7		
Comunicación							
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	3,5	8,4	28,2	35,2	24,7	7,26	1,93
11. Podemos conversar diversos temas sin temor	5,3	11,9	27,3	31,7	23,8		
Permeabilidad							
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes	3,1	8,4	33,9	32,2	22,5	7,21	1,97
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	5,3	10,6	28,2	32,6	23,3		
Afectividad							
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	4,4	9,7	28,2	35,2	22,5	7,32	2,00
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	5,2	8,4	22,5	38,3	25,6		
Roles							
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	2,2	5,3	20,3	44,9	27,3	7,55	1,75
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	2,2	8,4	33,9	33,0	22,5		
Adaptabilidad							
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	3,1	8,4	26,4	35,2	26,9	7,47	1,82
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1,8	6,2	35,2	31,7	25,1		

N= nunca, PV= pocas veces, AV= a veces, MV= muchas veces, CS= casi siempre, n= 227, %= porcentaje, \bar{X} = media, DE= desviación estándar

Tabla 2. Prueba U de Mann-Whitney para la puntuación de la funcionalidad familiar y el consumo de tabaco

Consumo de tabaco/Funcionalidad familiar		N	Media	U	p
Alguna vez en la vida	Sí	139	51,13	5.364,00	,027*
	No	88	52,65		
En el último año	Sí	111	50,57	5.820,00	,031*
	No	116	52,11		
En el último mes	Sí	83	51,89	4.240,00	,306
	No	144	51,63		
En la última semana	Sí	57	51,50	1.535,00	,338
	No	170	51,93		

Fuente: n= 227, \bar{X} = media, U= estadístico de la prueba U de Mann-Whitney, p= valor de significancia, *p< ,05

Tabla 3. Consumo de tabaco por tipo de funcionalidad familiar

Consumo de tabaco/Funcionalidad familiar		Disfuncional		Funcional	
		f	%	f	%
Alguna vez en la vida	Sí	28	20,1	111	79,9
	No	16	18,2	72	81,8
En el último año	Sí	22	19,8	89	80,2
	No	22	19,0	94	81,0
En el último mes	Sí	18	24,65	65	75,35
	No	32	22,20	112	77,80
En la última semana	Sí	13	22,8	44	77,2
	No	31	18,2	139	81,8

n= 227, f= frecuencia, %= porcentaje.

Al analizar la relación entre la FF (sumatoria) y la cantidad de cigarros consumidos en una sola ocasión de consumo, en el último año se obtuvo una relación negativa y significativa ($r_s = -0,906$, $p = ,041$), así también la subescala cohesión ($r_s = -0,742$, $p = ,017$), comunicación ($r_s = -0,207$, $p = ,030$) y afectividad ($r_s = -0,504$, $p = ,044$) mostraron correlaciones negativas con el consumo de tabaco, estas fueron estadísticamente significativas.

Discusión

En consonancia con los datos sociodemográficos, los resultados de la presente investigación mostraron que el 61,7% corresponde al género femenino, lo que concuerda con lo señalado por la UNESCO (25) al puntualizar que, hoy en día, las mujeres han alcanzado niveles de educación igual o mayores que los hombres, lo que ha permitido obtener puestos de trabajo que hace tiempo eran solo para los varones. En este contexto Niemi (26) señala que este fenómeno que prevalece actualmente pudiera definirse como "ventaja femenina", donde los avances, retos y desafíos que han enfrentado las mujeres a lo largo del tiempo podría ser uno de los principales cambios sociales, lo que pudiera cerrar la brecha de género y contribuir al desarrollo social.

Resulta interesante en esta investigación que poco más del 12% de los participantes manifestó estudiar y trabajar al mismo tiempo, y la mitad vive fuera del hogar (padres), lo que es similar con lo reportado por otros investigadores (27) al mencionar que los jóvenes a temprana edad buscan independencia familiar y económica, asumiendo nuevos roles, tareas y responsabilidades, lo que conlleva encontrar un trabajo estable, ser capaz de mantener relaciones maduras y establecer su propio hogar. Por lo tanto, en esta etapa se presenta un desprendimiento de la familia, ligados a la emancipación, independencia, individualización y el desarrollo de la capacidad individual, es así, que hacerse cargo de la vida propia no es el resultado de la libre voluntad, sino de carácter disposicional (28).

En relación con la funcionalidad familiar los hallazgos evidenciaron que predomina la cohesión, donde los jóvenes consideran que cada uno de los integrantes de su familia cumplen sus responsabilidades y toman decisiones en conjunto, estos resultados concuerdan con la concepción teórica de cohesión familiar, la cual hace referencia al grado de unión afectiva entre miembros de una familia (29), lo que concuerda con lo reportado en el Sureste de México, quienes señalan que la cohesión es un elemento crucial en la funcionalidad familiar y que permite que cada uno de sus integrantes se apoyen mutuamente. Además, se debe señalar que la familia es el principal núcleo social determinante para el crecimiento y la realización de la persona, donde se construyen los valores, las costumbres y las creencias familiares (1), además de los aspectos afectivos como elementos cruciales para el bienestar de cada uno de sus miembros (3).

En función de las categorías de la funcionalidad familiar, los resultados demostraron que predomina una familia moderadamente funcional, lo cual difiere con lo reportado por investigadores de Ecuador (30) y Perú (3), quienes indican que la funcionalidad normal es la que predomina, oscilando entre el 54,7% y el 66,5%, específicamente en estudiantes universitarios del área de la salud. Estas variaciones pudieran deberse a la propia concepción sobre la familia y su funcionamiento,

donde este último hace alusión a las interacciones entre los miembros del grupo familiar que permiten enfrentar las diferentes situaciones que se generan dentro y fuera de ella. Por tanto, la familia constituye un espacio de tranquilidad y un factor de protección ante el entorno donde el joven se desenvuelve y que pudiera determinar el proceso de salud/enfermedad (4).

Por lo que concierne al consumo de tabaco, las opciones del consumo alguna vez en la vida y en el último año es mayor en función de lo reportado por investigadores del estado Morelos (13) y Puebla (14), en México, quienes estiman prevalencias que oscilan entre el 42% y el 58% en jóvenes universitarios. Estas variaciones pudieran estar asociadas al proceso de autonomía que experimentan los jóvenes durante esta etapa (31), considerando también que el ingreso a la universidad pudiera ser un factor determinante para el inicio, el mantenimiento o el incremento del consumo de sustancias, ligado a aspectos sociales y emocionales experimentados en esta etapa.

La FF presentó diferencias significativas en relación con el consumo de tabaco, las puntuaciones fueron mayores en los jóvenes que no han consumido tabaco alguna vez en la vida y en el último año, lo que coincide con Fernández et al. (15), al puntualizar que la alta funcionalidad familiar puede vincularse a un menor consumo de tabaco, lo que representa que la adecuada organización de la familia puede fungir como un factor protector ante el consumo de sustancia psicoactivas. Bajo esta misma línea, Castaño y Páez (2) señalan que el FF incluye aspectos afectivos, cognitivos, estructurales y de relación, que son generados y utilizados por los integrantes de la familia ante contextos particulares (16,32).

Por lo que respecta al objetivo central de la investigación, se identificó una relación negativa y significativa de la FF y la cantidad de cigarrillos consumidos en un día típico, lo que indica que a mayor funcionalidad familiar menor será el consumo de tabaco por los jóvenes, lo que concuerda con lo reportado en el estado de Tabasco (33) y Guanajuato (34) en México, donde a una menor percepción de la FF mayor fue el consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes. Esta relación pudiera explicarse debido a que en la familia es donde se forjan la personalidad y la conducta del individuo, además donde se establecen las pautas de interacción y sana convivencia entre sus integrantes. La interacción, comunicación, cohesión y adaptabilidad de sus miembros son considerados factores protectores o de riesgo para la adquisición de conductas o comportamientos no saludables, como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (15,32).

Las limitaciones de la investigación pudieran relacionarse con el hecho de tratarse de una medición de variables psicosociales y estas pudieran sufrir alguna modificación por factores propios de los jóvenes y de las circunstancias que esté experimentado en ese momento la población en estudio. Por otra parte, la población en estudio se centró en jóvenes que viven en la ciudad, pero donde la mayoría son foráneos que viven solos y en compañía de algún familiar o amigos, lo que representa un área de oportunidad para ampliar la muestra y en su caso comparar población urbana y rural.

Conclusiones

Los resultados de esta investigación evidenciaron que predomina la cohesión en la población estudiada y una familia moderadamente funcional, donde cada uno de sus integrantes asume con responsabilidad y compromiso sus acciones dentro del núcleo familiar, además poco más del 60% manifestó haber consumido tabaco alguna vez en la vida y un cuarto de la población en la última semana. Se identificó que la familia disfuncional es mayor en aquellos jóvenes que han consumido tabaco, así como una correlación negativa de la FF y el consumo de tabaco, lo que hace evidente que la familia y su funcionamiento constituyen un elemento crucial para el fomento de estilos de vida saludables. Así, también estos hallazgos pudieran representar un punto de partida para el diseño, la implementación y la evaluación de programas de prevención y promoción de la salud por parte de profesional de enfermería en colaboración inter y multidisciplinaria que permitan un abordaje integral del problema y una adecuada atención a los jóvenes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Higueta-Gutiérrez LF, Cardona-Arias JA. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia), 2014. *CES Psicol* 2016; 9(2):167-78. Doi: <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.11>
2. Castaño-Castrillón JJ, Páez-Cala ML. Funcionalidad familiar y tendencias adictivas a internet y a sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe* 2019; 36(2):177-206. Doi: <https://doi.org/10.14482/psdc.36.2.378.2>
3. Reyes Narváez SE, Oyola Canto MS. Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comuni@cción*. 2022; 13(2):127-37. Doi: <https://doi.org/10.33595/2226-1478.13.2.687>
4. Esteves-Villanueva AR, Paredes-Mamani RP, Calcina-Condori CR, Yapuchura-Saico CR. Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción*. 2020; 11(1):16-27. Doi: <https://doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tabaco [internet]. Ginebra: OMS; 2022. [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022. [internet]. OPS 2023. [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57274>
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tabaco. Un enfoque basado en los derechos humanos. [internet]. OPS 2021. [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55205/OPSLEGDHdhs6210001_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y
8. Secretaría de Salud. 31 de mayo día mundial sin tabaco 2023 "cultivemos alimentos, no tabaco". [internet]. 2023. [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://www.seg.gob.mx/wp-content/uploads/2023/05/Presentacio%CC%81n_DMST-2023.pdf
9. Barrera-Núñez DA, López-Olmedo N, Zavala-Arciniaga L, Barrientos-Gutiérrez I, Reynales-Shigematsu LM. Consumo de tabaco y uso de cigarro electrónico en adolescentes y adultos mexicanos. *Ensanut Continua* 2022. *Salud Publica Mex*. 2023; 65(Sump 1):65-74. Doi: <https://doi.org/10.21149/14830>
10. Molano-Tobar NJ, Chalapud-Narvaez LM, Molano-Tobar DX. Estilos de vida y cronotipo de estudiantes universitarios en Popayán-Colombia. *Salud UIS*. 2021; 53(1):21-8. Doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21004>
11. Zambrano Bermeo RN, Rivera Romero V, Rincón Villegas F, López Flórez Y. Estilos de vida de estudiantes universitarios. *Rev Cienc Soc-Venez* [internet]. 2021 [citado 15 nov 2023] 27:468-76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8145534>
12. Arévalo Tabares ÁY, Cruz Mosquera FE, Valencia Salazar YV, Peláez Domínguez DA, Rosero Portocarrero JD. Estilos de vida en estudiantes universitarios de un programa académico de salud. *Enferm Investig* 2021; 6(4):12-8. Doi: <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i4.1199.2021>
13. Ortega-Ceballos PA, Terrazas-Meraz MA, Arizmendi-Jaime ER, Tapia-Domínguez M. Conocimientos, actitudes y factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de enfermería. *Enfermería Univ* 2018; 15(2):159-71. Doi: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65173>
14. López-Vásquez JA, Morales-Castillo FA. Consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios de enfermería de una institución pública del estado de Puebla, México. *Rev Fac Cienc Salud UDES* 2018; 5(1):8-13. Doi: <https://doi.org/10.20320/rfcsudes.v5i1.101>
15. Fernández IAM, Fernández JAM, Baas MEC, Celis JAC, Canul NDJC, Sosa AVY. Asociación entre el consumo de alcohol y tabaco y la percepción de la funcionalidad familiar en adolescentes de una zona suburbana de México. *Rev Enferm Salud Ment*. 2018; 11:13-21.
16. Velázquez-Hernández N, Castillo-Díaz R, Villa-Rivas F, Galván-Soto AM, Ramírez-Aguirre VA. Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*. 2021; 29(84):1-12.
17. Burns N, Grove SK, Gray J. *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Barcelona: Elsevier; 2012.
18. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: McGraw-Hill; 2010.
19. Ortega-Veitia T, Cuesta-Freijomil D, Días-Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer* [internet]. 1999 [citado 15 nov 2023]; 15(3):164-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es
20. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Salud en Tabasco*. 2012; 18(1):14-24.
21. Fuentes-Aguilar AP, Merino-Escobar JM. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu órgano de difusión científica del departamento de psicología UC BSP*. 2016; 14(2):247-83.
22. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. [internet]. 1987. [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
23. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [internet]. 2012. [citado 15 nov 2023]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
24. Castro EM. Bioestadística aplicada en investigación clínica: conceptos básicos. *Rev Medica Clin Condes* 2019; 30(1):50-65. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.12.002>

25. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Data on enrolment by education level (ISCED) and gender. [internet]. 2021. [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <http://data.uis.unesco.org/>
26. Niemi NS. Degrees of difference: Women, men, and the value of higher education. Taylor & Francis; 2017.
27. López M, Santos I, Bravo A, Del Valle JF. El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. Revisión de la investigación y respuestas. *An Psicol* 2013; 29(1). Doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130542>
28. Krauskopf-Roger D. Relaciones intergeneracionales, emancipación e independencia de jóvenes estudiantes chilenos. *Rev Latinoam Cienc Soc Ninez Juv* 2018; 17(1):75-87. Doi: <https://doi.org/10.11600/1692715x.17104>
29. Olson D, Portner J, Lavee Y. Family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES III). St. Paul: University of Minnesota; 1985.
30. Santos-Morocho J, Vega-Crespo BJ, Muñoz-Pauta MA. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Psiquemag* [internet] 2018 [citado 15 nov 2023]; 7(2):15-26. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/176>
31. Araujo CM, Vieira CX, Mascarenhas CH. Prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudantes universitários. *SMAD Rev Eletronica Saude Ment Alcool Drog*. 2018; 14(3):144-50. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000342>
32. Peuker ACW, Caovilla JD, Costa CB, Mosmann CP. Uso de álcool e outras drogas por adolescentes: associações com problemas emocionais e comportamentais e o funcionamento familiar. *Psicol. clin.* 2020; 32(2):315-34.
33. Mateo-Crisóstomo Y, Rivas-Acuña V, González-Suárez M, Hernández-Ramírez G, Victorino-Barra A. Funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Health Addict Salud Drog* 2018; 18(2):195-205. Doi: <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.378>
34. Bárcenas-Santana S, Martín del Campo-Navarro AS, Higareda-Sánchez AP, Medina-Quevedo P, Montoya-García G, Álvarez-Aguirre A. Funcionalidad familiar e influencia en el consumo de alcohol de estudiantes universitarios. *ACC CIETNA*. 2022; 9(1):29-38. Doi: <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.705>

¹ Pedro Jorge Araujo
² Iris Molina Vázquez
³ Tamara Linares Pérez
⁴ Naira del Pino Rodríguez
 Granado
⁵ Francisco José González
 Pérez
⁶ Domingo Jesús Álamo
 López

Evidencias sobre las intervenciones breves en tabaquismo en personas adultas fumadoras en Atención Primaria

¹ Doctor por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Zona Básica de Salud Cueva Torres. Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud (SCS). España

² Máster por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Subcomisión de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud (SCS). España

³ Graduada en Enfermería por la Universidad de León (ULE). Subdirección. Zona Básica de Salud Cueva Torres. Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud (SCS). España

⁴ Máster por la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH). Coordinación Técnica de Proyectos. Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud (SCS). España

⁵ Máster por la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH). Subdirección. Zona Básica de Salud Cono Sur. Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud (SCS). España

⁶ Máster por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Zona Básica de Salud Cono Sur. Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud (SCS). España

E-mail: pedroja81@hotmail.es

Cómo citar este artículo:

Araujo PJ, Molina Vázquez I, Linares Pérez T, Rodríguez Granado NP, González Pérez F, Álamo López DJ. Evidencias sobre las intervenciones breves en tabaquismo en personas adultas fumadoras en Atención Primaria. *RIdEC* 2023; 16(2):45-61.

Fecha de recepción: 7 de octubre de 2023.

Fecha de aceptación: 13 de noviembre de 2023.

Resumen

Objetivo: el tabaco mata hasta la mitad de las personas que lo consumen. En el año 2020, el 22,3% de la población mundial consumía tabaco. En el año 2019, España se situaba como el noveno país de la UE con mayor porcentaje de fumadores. El objetivo de este estudio ha sido localizar, organizar y sintetizar la información de las revisiones sistemáticas que tratan sobre las intervenciones breves en tabaquismo en personas adultas fumadoras en Atención Primaria publicadas hasta el momento.

Método: revisión paraguas en la que se incluyeron revisiones sistemáticas que analizaron intervenciones breves en tabaquismo. Para ello, se consultaron siete bases de datos electrónicas: Cochrane Library, SciELO, LILACS, PubMed/MEDLINE, Web of Science, ScienceDirect (Elsevier) y Google Scholar.

Resultados/Conclusión: se identificaron un total de 2.366 registros. Tras eliminar duplicados y cribar los documentos atendiendo a los criterios de selección establecidos se incluyeron finalmente un total de 27 revisiones sistemáticas. Las intervenciones breves constituyen los métodos más comunes y son efectivas para dejar de fumar. No obstante, la efectividad de estas disminuye si se comparan con otro tipo de intervenciones. La combinación de intervenciones potencia el efecto sobre el abandono del hábito de fumar. Las intervenciones breves constituyen un método rápido y barato que debe utilizarse de modo oportunista en la consulta de Atención Primaria en todas las personas fumadoras (quieran o no dejar de fumar).

Palabras clave: intervención en la crisis; cese del hábito de fumar; fumadores; adulto; Atención Primaria de salud; revisión sistemática.

Abstract

Evidence on brief interventions for smoking cessation in adult smokers at Primary Care

Objective: tobacco kills up to half of the persons who smoke. In 2020, 22.3% of the world population used tobacco. In 2019, Spain was placed as the ninth country in the EU with the highest percentage of smokers. The objective of this study was to locate, organize and summarize the information from systematic reviews dealing with brief interventions for smoking cessation in adult smokers at Primary Care that have been published so far.

Method: an umbrella review including systematic reviews that analysed brief interventions for smoking cessation. For this aim, seven electronic databases were consulted: Cochrane Library, SciELO, LILACS, PubMed/MEDLINE, Web of Science, ScienceDirect (Elsevier) and Google Scholar.

Results/Conclusion: in total, 2,366 records were retrieved. After eliminating duplicates and screening the documents according to the selection criteria determined, 27 systematic reviews in total were finally included. Brief interventions represent the most common methods, and they are effective for smoking cessation. However, there is a reduction in their efficacy when compared with other type of interventions. The combination of interventions reinforces their effect on smoking cessation. Brief interventions represent a fast and cheap method that must be used opportunistically at the Primary Care practice in all smokers (whether they want to stop smoking or not).

Key words: crisis intervention; smoking cessation; smokers; adult; primary health care; systematic review.

Introducción

El tabaquismo es un importante problema de salud pública que debe ser estudiado. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco llega a matar hasta la mitad de las personas que lo consumen. En el año 2020, el 22,3% de la población mundial consumía tabaco, concretamente el 36,7% de todos los hombres y el 7,8% de las mujeres del mundo (1). La Oficina Estadística de la Unión Europea (UE), Eurostat, ha difundido recientemente los datos correspondientes al año 2019, en los que se sitúa a España como el noveno país de la UE con mayor porcentaje de fumadores, con 1,3 puntos por encima de la media, establecida en un 18,4% (2). Atendiendo a los datos de la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, un 16,4% de mujeres y un 23,3% de hombres fuman a diario. El porcentaje más alto en los hombres corresponde al grupo de edad de 25 a 34 años y en las mujeres al grupo de 45 a 54 años (3). Según la Encuesta de Salud de Canarias (2021), en el archipiélago fuma el 19,95% de la población mayor de 16 años (23,21% de los varones y 16,81% de las mujeres). Tanto en hombres como en mujeres, el porcentaje más alto se corresponde al grupo de edad de 30 a 44 años (23,23%) y al grupo de 45 a 64 años (23,99%) (4).

En Atención Primaria (AP), sus profesionales sanitarios, que ocupan una posición única, son claves para ayudar y acompañar a las personas a dejar de fumar (5-7). En este sentido, hay que considerar que alrededor de un 70% de las personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar, y un 27,4% lo ha intentado en el último año; sin embargo, solo un 3-5% de ellos lo ha conseguido con éxito sin apoyo de un profesional sanitario (7).

La intervención breve en tabaquismo ha demostrado su eficacia. Se trata de una estrategia de abordaje oportunista en pacientes fumadores que se sustenta en la evidencia científica y la opinión de expertos en el tratamiento del tabaquismo (7). Así pues, si todos los profesionales de AP preguntan sistemáticamente acerca del consumo de tabaco y aconsejan a los consumidores de tabaco que dejen de fumar, pueden llegar a más de un 80% de todos los consumidores de tabaco por año; hacer que, en un 40% de los casos, se inicien intentos para dejar de fumar y ayudar a entre 1%-3% de quienes reciben una breve orientación a lograr dejar el consumo (5,8).

Algunos autores definen la intervención o consejería breve como aquella que consta de sesiones de menos de 10 minutos, menos de cuatro sesiones y una duración total menor a 30 minutos (7,9). Si el tiempo disponible por el profesional no pasa de uno a tres minutos recibe el nombre de *intervención o consejería mínima*. Esta debe ser sistematizada, firme, sencilla, corta, y debe contener información lo más personalizada posible, aprovechando los datos que aporte la persona sobre su conducta, y planteando una propuesta de cambio. La información ofrecida debe ser veraz, acorde a los conocimientos científicos del momento, clara y comprensible, explicada en términos positivos y motivadores y, sobre todo, evitando mensajes culpabilizadores para la persona (6).

Se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención mínima para dejar de fumar, ya que esto aumenta significativamente las posibilidades de cesación, y si el tiempo de contacto es entre 3 y 10 minutos aumenta aún más la efectividad (9). Un estudio reciente ha corroborado que la intervención breve en tabaquismo incrementa las probabilidades de realizar un intento para dejar de fumar, y representa el patrón oro, en términos de coste-efectividad, entre todas las intervenciones sanitarias conocidas. Con solo unos pocos minutos de tiempo se logró el abandono del consumo de tabaco en un 16% de los sujetos sobre los que se intervino (10).

La intervención breve puede llevarse a cabo de forma aislada o en el marco de un programa que disponga de otras estrategias para apoyar el cese del tabaco (9). Esta también se puede combinar con un folleto impreso con información sobre el proceso de dejar de fumar y los recursos de ayuda (10).

Hasta donde se tiene conocimiento, existen tan solo dos revisiones de revisiones, similares a la emprendida, realizadas en los años 2011 y 2021 (11,12). Teniendo en cuenta lo apuntado anteriormente, se pretende actualizar la información en relación con el tema de estudio; y en este sentido, el objetivo de esta revisión paraguas ha sido localizar, organizar y sintetizar la información de las revisiones sistemáticas que versaran sobre las intervenciones breves en tabaquismo en personas adultas fumadoras en AP publicadas hasta el momento.

Método

Tipo de estudio

Se ha efectuado una revisión de revisiones o revisión paraguas. También denominadas metarevisiones, se centran en resumir la evidencia disponible (13). Su unidad de estudio son otras revisiones sistemáticas (14). Para ello, se parte de la si-

guiente pregunta: ¿Son efectivas las intervenciones breves llevadas a cabo en Atención Primaria (intervención) en personas adultas fumadoras (pacientes) en relación con el abandono o disminución del hábito tabáquico (resultados)?

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para esta revisión paraguas se realizaron búsquedas en siete bases de datos electrónicas (mayo-junio de 2023): Cochrane Library, SciELO, LILACS, PubMed/MEDLINE, Web of Science, ScienceDirect (Elsevier) y Google Scholar (Académico), sin utilizar restricciones de idioma o fecha.

Como términos de búsqueda (combinados con los operadores booleanos) se tomaron los siguientes, según la base de datos consultada:

- Cochrane Library (Cochrane Reviews): *brief intervention in smoking*.
- SciELO (Scientific Electronic Library Online): *brief Interventions on tobacco*.
- LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud): *brief Interventions on tobacco*.
- PubMed/MEDLINE (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos): *brief intervention AND smoking AND primary care*. Filtro aplicado: *Systematic Review*.
- Web of Science (Clarivate Analytics): *brief intervention AND smoking AND primary care*. Filtro aplicado: *Review Article*.
- ScienceDirect (Elsevier): *((brief intervention on smoking) AND primary care) AND (adults NOT (adolescents OR children))*. Filtro aplicado: *Article Type: Review articles*.
- Google Scholar (Académico): *"brief intervention" on smoking OR tobacco AND primary care AND adults AND systematic review*.

Criterios de inclusión y de exclusión

En esta revisión paraguas se incluyeron revisiones sistemáticas (RS) con o sin metaanálisis que versaran sobre intervenciones breves en tabaquismo en personas adultas fumadoras en AP y no en otros ámbitos (hospitalario, farmacia) ni en otras poblaciones (adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas). También se incluyeron aquellas RS que analizaban las intervenciones breves en tabaquismo junto a otros factores (alcohol, dieta y actividad física). Fueron excluidas otras revisiones paraguas sobre el tema estudiado, así como otros tipos de artículos como revisiones bibliográficas, originales, estudios cualitativos, ensayos clínicos, estudios de casos y controles, estudios de cohortes, reportes de un caso o series de casos y editoriales.

Proceso de extracción de los datos

Cinco autores de la revisión paraguas, de manera independiente, localizaron en las siete bases de datos mencionadas las RS y posteriormente se reunieron para organizar y determinar cuáles de ellas serían finalmente incluidas en la revisión emprendida. En el caso de que surgiera cualquier discordancia con algunos de los artículos encontrados esta se resolvía por el sistema de votación, de tal manera que finalmente se incluía el artículo que tuviera más votos. En caso de empate se acudía al sexto autor, quien decidía su inclusión o exclusión final.

Posteriormente, los mismos autores, con ayuda de una hoja de cálculo de Excel, crearon una matriz de registro en donde volcaron las principales características de las distintas RS que finalmente fueron seleccionadas para la revisión. Estas características fueron autor/es (año), título de la revisión sistemática, objetivo, principales fuentes de información (bases de datos) de la RS, número de artículos que se incluyeron en la RS y tipo de estudios incluidos en la RS, si se hizo meta-análisis o no, principales resultados y/o conclusiones, base de datos donde se halló la RS, idioma de la RS. Teniendo en cuenta la heterogeneidad de la información recopilada, esta se ha presentado de forma cualitativa.

Resultados

Se identificaron un total de 2.366 registros a partir de las bases de datos electrónicas consultadas. Después de eliminar 57 duplicados, se revisaron los títulos, resúmenes y texto completo de los estudios restantes para determinar su elegibilidad (n= 2.276). De ellos, se excluyeron 2.252 estudios porque no cumplían los criterios de selección prefijados de antemano al elaborar la revisión. Finalmente se incluyeron un total de 27 revisiones sistemáticas (Cuadro 1).

Cuadro 1. Revisiones sistemáticas incluidas en la revisión paraguas

Identificación	Cochrane (n= 27) SciELO (n= 17) LILACS (n= 17) Web of Science (n= 94) PubMed/Medline (n= 35) ScienceDirect (n= 1.201) Google Scholar (Académico) (n= 975)	Duplicados eliminados: Cochrane (n= 0) SciELO (n= 2) LILACS (n= 11) Web of Science (n= 10) PubMed/Medline (n= 24) ScienceDirect (n= 2) Google Scholar (Académico) (n= 8)
Tamización y elegibilidad	Estudios para lectura de resumen y/ texto completo: Cochrane (n= 27) SciELO (n= 15) LILACS (n= 6) Web of Science (n= 54) PubMed/Medline (n= 11) ScienceDirect (n= 1.199) Google Scholar (Académico) (n= 967)	Estudios excluidos: Cochrane (n= 22): [No aborda la intervención breve (n= 18; Otra temática distinta tabaquismo (n= 4)] SciELO (n= 13): [No es una revisión sistemática (n= 11); Revisión sistemática de otra temática distinta a intervención breve en tabaco (n= 2)] LILACS (n= 5): [No es una revisión sistemática (n= 4); Es una revisión de revisiones (n= 1)] Web of Science (n= 45): [Trata sobre otro tema distinto, no son intervenciones breves (n= 29); No son revisiones sistemáticas (n= 14); Protocolo de revisión sistemática y metaanálisis (n= 2)] PubMed/Medline (n= 7): [No son revisiones sistemáticas (n= 3); Revisiones sistemáticas que no tratan las intervenciones breves (n= 2); Revisiones sistemáticas de intervenciones breves en otras problemáticas como alcohol, cannabis (n= 1); Revisiones sistemáticas de intervenciones breves en otros ámbitos, farmacias (n= 1)] ScienceDirect (n= 1195): [Otros temas distintos a intervenciones breves en tabaquismo (n= 1192); No son revisiones sistemáticas (n= 3)] Google Scholar (Académico) (n= 965): [No es una revisión sistemática (n= 773); Es una revisión sistemática, pero trata otra temática (n= 179); Analiza la intervención breve pero no específicamente en tabaco (n= 12); Es una revisión de revisiones (n= 1)]
Incluidos	Estudios incluidos en la revisión: Cochrane (n= 5) SciELO (n= 2) LILACS (n= 1) Web of Science (n= 9) PubMed/Medline (n= 4) ScienceDirect (n= 4) Google Scholar (Académico) (n= 2)	

En cuanto a las principales características de las RS incluidas (Tabla 1), esta revisión paraguas engloba un periodo de 21 años, que va desde el año 2002 al año 2023. En este espacio de tiempo, los años en los que se han publicado más revisiones sistemáticas, concretamente tres RS por año, son 2017 (27-29), 2019 (22-24) y 2023 (15-17). De las 27 revisiones sistemáticas incluidas, en 13 de ellas se ha realizado metaanálisis (15,17,19,21,24,26-28,30,33,35,37,38).

Tabla 1. Relación de revisiones sistemáticas incluidas en esta revisión paraguas con sus principales características (ordenadas por autor y año de publicación)

Autor (año)	Objetivo de la RS	Metaanálisis	Principales resultados/conclusiones
Kraiss et al. (2023) (15)	Estimar la efectividad relativa de las intervenciones (individuales) para dejar de fumar, mientras se tiene en cuenta la variabilidad en los comparadores utilizando datos completos sobre las intervenciones experimentales y de comparación	Sí	<p>En comparación con un "comparador sin soporte", el breve consejo médico y el asesoramiento individual por parte de enfermería fueron 1,61 veces (IC 95%= 1,31-1,90) y 1,76 veces (IC 95%= 1,62-1,90) respectivamente más efectivos.</p> <p>En comparación con un "comparador sin soporte", la autoayuda, el breve consejo médico, el asesoramiento individual por parte de enfermería, la consejería individual de un psicólogo y las intervenciones grupales mediadas por un psicólogo fueron más efectivos. La variabilidad del comparador y el informe insuficiente de los comparadores oscurece la interpretación, la comparación y la generalización de los ensayos conductuales para dejar de fumar. Por lo tanto, se debe tener en cuenta la variabilidad del comparador al interpretar y sintetizar la evidencia de los ensayos. De lo contrario, los formuladores de políticas, los profesionales y los investigadores pueden sacar conclusiones incorrectas sobre la (costo) efectividad de las intervenciones para dejar de fumar y sus componentes constituyentes</p>
Tildy et al. (2023) (16)	Identificar estrategias de implementación con el objetivo de aumentar la provisión de tratamiento para dejar de fumar en Atención Primaria, su efectividad, costo-efectividad y cualquier facilitador percibido y barreras para la efectividad	No	<p>Un estudio reciente identificó la falta de conocimiento de los profesionales de la salud y la utilización de mensajes poco claros para los pacientes sobre las opciones disponibles de apoyo para dejar de fumar como una barrera clave de cara a la implementación de estrategias de abandono del consumo de tabaco.</p> <p>Los dominios de la estrategia de implementación identificados involucraron la utilización de estrategias financieras, el cambio de infraestructura, la capacitación y educación de las partes interesadas y la participación de los consumidores. Los tres primeros aumentaron el registro del estado del hábito de fumar en el ámbito médico y la provisión de consejos para dejar de fumar. Las intervenciones en el dominio de utilización de estrategias financieras también parecieron aumentar el abandono del hábito de fumar (respecto al paciente). Facilitador clave: políticas/incentivos externos (medidas de control del tabaco y financiamiento para clínicas de salud pública y para dejar de fumar). Barreras clave: limitaciones financieras y de tiempo, falta de medicamentos gratuitos para dejar de fumar y seguimiento, falta de prioridad y objetivos poco claros en la Atención Primaria, falta de conocimiento de los profesionales de la salud y mensajes poco claros para los pacientes sobre las opciones disponibles de apoyo para dejar de fumar. Ningún estudio evaluó la rentabilidad</p>
Xu et al. (2023) (17)	Investigar el impacto de diferentes intervenciones conductuales en el abandono del hábito de fumar	Sí	A partir de los resultados del metanálisis en red, diferentes intervenciones conductuales dieron como resultado un impacto positivo en el abandono del hábito de fumar en comparación con el asesoramiento breve, especialmente el asesoramiento por vídeo, la educación cognitiva cara a cara y las entrevistas motivacionales. La certeza de la evidencia fue de muy baja a moderada para estos estudios

Tabla 1. Relación de revisiones sistemáticas incluidas en esta revisión paraguas con sus principales características (ordenadas por autor y año de publicación) (continuación)

Autor (año)	Objetivo de la RS	Metaanálisis	Principales resultados/conclusiones
Kumar et al. (2022) (18)	Evaluar la efectividad de una intervención breve y una entrevista motivacional para reducir el uso de diferentes productos relacionados con el tabaco en adultos	No	La intervención breve y las entrevistas motivacionales mostraron efectos variados sobre la reducción del consumo de tabaco entre adultos en diferentes seguimientos. Un 58% de los estudios informó un impacto beneficioso en la reducción del consumo de tabaco. Sin embargo, se sugiere realizar más estudios con marcadores bioquímicos como medidas de resultado para llegar a una decisión específica de la intervención. Se recomienda formar a los enfermeros en la realización de intervenciones de enfermería no farmacológicas, incluidas las intervenciones breves, para ayudar a las personas a dejar de fumar
Lindson et al. (2021) (19)	1) Evaluar la efectividad de las estrategias destinadas a aumentar el éxito de las intervenciones para dejar de fumar en ámbitos de Atención Primaria. 2) Evaluar si algún efecto de estas intervenciones sobre el abandono del hábito de fumar puede deberse a una mayor implementación por parte de los proveedores de atención médica	Sí	Hay evidencia de certeza moderada de que proporcionar asesoramiento complementario por parte de un profesional de la salud aliado, medicamentos gratuitos para dejar de fumar y materiales impresos personalizados como parte del apoyo para dejar de fumar en la Atención Primaria puede aumentar el número de personas que logran dejar de fumar. No hay pruebas claras de que proporcionar a los participantes retroalimentación sobre el riesgo biomédico, o brindar capacitación o incentivos a los proveedores de Atención Primaria para que brinden apoyo para dejar de fumar, mejore las tasas de abandono. Sin embargo, esta evidencia se calificó como de certeza baja o muy baja, por lo que es probable que las conclusiones cambien a medida que se disponga de evidencia adicional. La mayoría de los estudios de esta revisión evaluó intervenciones para el abandono del hábito de fumar que ya se habían probado ampliamente en la población general. Los estudios adicionales deben evaluar las estrategias diseñadas para optimizar la entrega de aquellas intervenciones que ya se sabe que son efectivas dentro del ámbito de la Atención Primaria. Dichos estudios deben ser aleatorizados por grupos para tener en cuenta las implicaciones de la implementación en este entorno particular. Debido a la variación significativa entre los estudios de esta revisión fue difícil identificar las características óptimas de las intervenciones de componentes múltiples para mejorar la administración del tratamiento para dejar de fumar. La investigación futura podría usar un metanálisis de red de componentes para investigar esto más a fondo
Smith et al. (2020) (20)	Evaluar el impacto del apoyo para dejar de fumar basado en Atención Primaria y especialistas del Reino Unido sobre las desigualdades socioeconómicas en la cesación	No	Los proveedores de Atención Primaria y servicio para dejar de fumar (SSS) en el Reino Unido fueron particularmente efectivos para involucrar y apoyar a los fumadores desfavorecidos. Los grupos con un nivel socioeconómico bajo tenían más probabilidades de que se evaluara su condición de fumador, de recibir consejos breves para dejar de fumar por parte del médico general/derivación de SSS y de intentar dejar de fumar con el apoyo de SSS. Aunque los clientes de SSS desfavorecidos tuvieron menos éxito en dejar de fumar, el mayor alcance del servicio compensó estas tasas de abandono más bajas, lo que resultó en un mayor impacto del servicio entre los fumadores de grupos de bajo estatus socioeconómico. Las intervenciones que ofrecen apoyo personalizado y específico tienen el potencial de mejorar los resultados para dejar de fumar entre los fumadores desfavorecidos

Tabla 1. Relación de revisiones sistemáticas incluidas en esta revisión paraguas con sus principales características (ordenadas por autor y año de publicación) (continuación)

Autor (año)	Objetivo de la RS	Metaanálisis	Principales resultados/conclusiones
Black et al. (2020) (21)	Examinar la variabilidad y la efectividad de las intervenciones proporcionadas a los grupos de comparación (control) en los ensayos para dejar de fumar	Sí	Las intervenciones proporcionadas a los grupos de comparación (atención habitual, consejos breves) en los ensayos controlados aleatorios para dejar de fumar varían considerablemente en contenido, y las tasas de abandono se predicen fuertemente por la medicación para dejar de fumar y la cantidad de técnicas de cambio de comportamiento administradas
Odorico et al. (2019) (22)	Identificar intervenciones para dejar de fumar que podrían implementarse en Atención Primaria y/o en el ámbito comunitario	No	Las guías recomendaron que los pacientes dejaran de fumar y que los profesionales de la salud brindaran consejos a los fumadores, pero no propusieron estrategias de implementación precisas para tales recomendaciones. Solo dos guías proporcionaron recomendaciones específicas. En las referencias bibliográficas de la guía se identificaron como intervenciones efectivas los consejos breves y las estrategias de múltiples sesiones. Estas intervenciones utilizaron la teoría de Prochaska, la entrevista motivacional o las terapias cognitivo-conductuales. La documentación de autoayuda por sí sola fue menos eficaz que el asesoramiento cara a cara. Las intervenciones públicas basadas en la comunidad o en el lugar de trabajo por sí solas no parecían efectivas
Santos et al. (2019) (23)	Identificar el conocimiento producido relacionado con los estudios científicos sobre la cesación tabáquica, identificando nuevos métodos y estrategias que ayuden a los profesionales de la salud, subsidiando su acercamiento a los usuarios de la APS que buscan estímulos para la cesación de esta dependencia	No	La conclusión que se extrae es que el abordaje individual breve o intenso mediante el método 5A (Modelo Transteórico) es el más adoptado, así como el bupropión y los parches sustitutivos de nicotina. El uso creciente de tecnología dura requiere nuevos estudios que examinen su impacto en el tratamiento de los fumadores. Se reveló claramente que existe la necesidad de que los profesionales de la salud estén mejor preparados para abordar el problema con los usuarios, además de la falta de estímulo y condiciones adecuadas para trabajar en el equipo de APS que reflejen directamente los avances científicos en la práctica clínica
Akanbi et al. (2019) (24)	Resumir la evidencia de la eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en países de ingresos bajos y medios (LMIC)	Sí	La terapia de reemplazo de nicotina, el asesoramiento conductual y los consejos breves parecen ser efectivos para ayudar a dejar de fumar en países de ingresos bajos y medianos. Existe una investigación rigurosa limitada sobre otras intervenciones para dejar de fumar en estas regiones
Whitehouse et al. (2018) (25)	Sintetizar la evidencia sobre las intervenciones y sugerir implicaciones para la práctica, la investigación y las políticas	No	En general, todas las intervenciones de deshabituación tabáquica aumentaron el abandono del tabaco de 15% a 82%, pero en muchos de los artículos existía la probabilidad de sesgo. El tipo de personal que ejecutaba la intervención no tuvo un efecto notorio en los resultados de abandono, lo cual indica que los programas nacionales contra la tuberculosis pueden adaptar las iniciativas a sus necesidades y limitaciones. Los miembros de la familia pueden cumplir una función importante de apoyo o promoción del abandono del tabaco

Tabla 1. Relación de revisiones sistemáticas incluidas en esta revisión paraguas con sus principales características (ordenadas por autor y año de publicación) (continuación)

Autor (año)	Objetivo de la RS	Metaanálisis	Principales resultados/conclusiones
Whitehouse et al. (2018) (25)	Sintetizar la evidencia sobre las intervenciones y sugerir implicaciones para la práctica, la investigación y las políticas	No	En general, todas las intervenciones de deshabituación tabáquica aumentaron el abandono del tabaco de 15% a 82%, pero en muchos de los artículos existía la probabilidad de sesgo. El tipo de personal que ejecutaba la intervención no tuvo un efecto notorio en los resultados de abandono, lo cual indica que los programas nacionales contra la tuberculosis pueden adaptar las iniciativas a sus necesidades y limitaciones. Los miembros de la familia pueden cumplir una función importante de apoyo o promoción del abandono del tabaco
Wray et al. (2018) (26)	Resumir los resultados de intervenciones conductuales breves dirigidas al consumo de tabaco que se pueden realizar en entornos de Atención Primaria integrada	Sí	Se encontró que las intervenciones breves para dejar de fumar que se pueden realizar en contextos de Atención Primaria integrada fueron efectivas. La investigación futura en esta área podría evaluar formas de mejorar la difusión e implementación de este tipo de intervenciones en entornos de Atención Primaria integrada
Lancaster & Stead (2017) (27)	La revisión aborda las siguientes hipótesis: 1. El asesoramiento individual es más eficaz que ningún tratamiento o un asesoramiento breve para promover el abandono del hábito de fumar. 2. El asesoramiento individual es más eficaz que los materiales de autoayuda para promover el abandono del hábito de fumar. 3. Una intervención de consejería más intensiva es más efectiva que una intervención menos intensiva	Sí	Existe evidencia de alta calidad de que el asesoramiento individual para dejar de fumar puede ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Hay evidencia de calidad moderada de un beneficio relativo más pequeño cuando se utiliza el asesoramiento además de la farmacoterapia, y de un asesoramiento más intensivo en comparación con una intervención de asesoramiento breve
Rice et al. (2017) (28)	Determinar la efectividad de las intervenciones para el abandono del hábito de fumar realizadas por personal de enfermería en adultos. Establecer si las intervenciones para el abandono del hábito de fumar proporcionadas por enfermería son más efectivas que ninguna intervención; son más efectivos si la intervención es más intensiva; difieren en efectividad con el estado de salud y el entorno de los participantes; son más efectivos si incluyen seguimientos; son más eficaces si incluyen ayudas que demuestren el efecto fisiopatológico del tabaquismo	Sí	Hay evidencia de calidad moderada de que el apoyo conductual para motivar y mantener el abandono del hábito de fumar brindado por enfermeras puede dar lugar a un aumento modesto en el número de personas que logran una abstinencia prolongada. No hay pruebas suficientes para evaluar si las intervenciones más intensivas, las que incorporan un seguimiento adicional o las que incorporan retroalimentación fisiopatológica son más efectivas que el apoyo único. No hubo evidencia de que el efecto del apoyo difiriera por grupo de pacientes o entre entornos de atención médica

Tabla 1. Relación de revisiones sistemáticas incluidas en esta revisión paraguas con sus principales características (ordenadas por autor y año de publicación) (continuación)

Autor (año)	Objetivo de la RS	Metaanálisis	Principales resultados/conclusiones
Verbiest et al. (2017) (29)	Evaluar qué partes están involucradas en el desarrollo de pautas en todo el mundo, qué pautas nacionales abordan la Atención Primaria, qué recomendaciones se hacen para los entornos de Atención Primaria y cómo estas recomendaciones se correlacionan entre sí y con la evidencia actual	No	Este estudio muestra que existe un acuerdo casi universal entre las guías con respecto a la necesidad en Atención Primaria de identificar a los fumadores, ofrecer algún tipo de consejo para dejar de fumar y ofrecer apoyo conductual y farmacológico para abandonar el hábito tabáquico. Las discrepancias entre las recomendaciones de las guías fueron mayores para estas últimas intervenciones, lo que probablemente se deba a diferentes interpretaciones de la evidencia y/o diferencias en los entornos de salud contextuales de los países. Una guía de Atención Primaria internacional para dejar de fumar que sea dinámica, (co-)escrita por expertos en Atención Primaria y extraída de la evidencia más reciente sería un recurso muy útil para que los médicos y los encargados de formular políticas desarrollen y optimicen las guías nacionales. Los Marcos '5A' y 'ABC' deben usarse para guiar la intervención breve
Lindson-Hawley et al. (2016) (30)	Para evaluar los efectos de las intervenciones destinadas a reducir el daño a la salud del consumo continuo de tabaco, se consideraron las siguientes preguntas específicas: ¿las intervenciones destinadas a reducir el daño tienen un efecto sobre el estado de salud a largo plazo?; ¿conducen a una reducción del número de cigarrillos fumados?; ¿tienen efecto sobre la abstinencia tabáquica?; ¿tienen efecto sobre los biomarcadores de exposición al tabaco?; y ¿tienen efecto sobre los biomarcadores del daño causado por el tabaco?	Sí	A las personas que no desean dejar de fumar se les puede ayudar a reducir la cantidad de cigarrillos que fuman y a dejar de fumar a largo plazo usando terapia sustitutiva de nicotina (TSN), a pesar de las intenciones originales de no hacerlo. Sin embargo, la evidencia que contribuye al resultado de abandono de la terapia de reemplazo de nicotina (TRN) se calificó como "baja" según los estándares GRADE (<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i>). Hay una falta de evidencia para apoyar el uso de otras ayudas para la reducción de daños para reducir el daño causado por el tabaquismo continuado. Esto podría deberse simplemente a la falta de estudios de alta calidad (nuestra confianza en los resultados para dejar de fumar con estas ayudas se califica como "baja" o "muy baja" debido a la imprecisión según los estándares GRADE), lo que significa que es posible que se haya pasado por alto un efecto valioso, o debido a la falta de efecto sobre las tasas de reducción o abandono. Por lo tanto, es importante que se realicen más ensayos controlados aleatorios (ECA) de alta calidad y que estos también midan los efectos de los tratamientos en la salud a largo plazo
McElwaine et al. (2016) (31)	Resumir la evidencia de la efectividad de las intervenciones de cambio de práctica para aumentar la provisión de enfermeras o profesionales de la salud aliados de cualquiera de los cinco elementos de atención preventiva (preguntar, evaluar, asesorar, ayudar y/o coordinar) para cualquiera de los cuatro	No	La evidencia del efecto de las intervenciones de cambio de práctica en la atención preventiva por parte de enfermeras de Atención Primaria o proveedores de salud aliados no es concluyente debido a la pequeña cantidad de ensayos y la inconsistencia de los resultados entre y dentro de los ensayos. Cuando se consideró el número de análisis realizados dentro de los ensayos centrados en el cuidado del tabaquismo, los resultados fueron menos prometedores (por ejemplo, de los 15 análisis realizados sobre variables de consejos breves en tres ensayos, cuatro mostraron un efecto positivo)

Tabla 1. Relación de revisiones sistemáticas incluidas en esta revisión paraguas con sus principales características (ordenadas por autor y año de publicación) (continuación)

Autor (año)	Objetivo de la RS	Metaanálisis	Principales resultados/conclusiones
	riesgos conductuales (tabaquismo, nutrición inadecuada, consumo excesivo de alcohol, inactividad física) dentro de un entorno de Atención Primaria		
Formagini et al. (2015) (32)	Hacer una revisión sistemática para describir los estudios que presentan las intervenciones para los fumadores ligeros y moderados	No	Los resultados mostraron que las intervenciones exitosas incluyeron consejos y uso de medicamentos, tales como intervención breve, tratamiento de reemplazo de nicotina, Vareniclina, Educación para la Salud, entre otros. Sin embargo, las intervenciones están en la etapa inicial. Se enfatiza la necesidad de más investigaciones sobre las intervenciones específicas para los fumadores de bajo consumo, el desarrollo de escalas de dependencia exclusivas para estos grupos y estudios epidemiológicos para comprender quiénes son los fumadores ligeros y moderados, especialmente en Brasil
Stead et al. (2013) (33)	Evaluar la efectividad del asesoramiento de los médicos para promover el abandono del hábito de fumar; comparar las intervenciones mínimas de los médicos con intervenciones más intensivas; evaluar la eficacia de diversas ayudas al asesoramiento para promover el abandono del hábito de fumar, y determinar el efecto del asesoramiento contra el tabaquismo sobre la mortalidad por enfermedades específicas y por todas las causas	Sí	Un simple consejo tiene un pequeño efecto sobre las tasas de abandono. Suponiendo una tasa de abandono sin ayuda del 2% al 3%, una intervención de asesoramiento breve puede aumentar el abandono del hábito entre un 1% y un 3% más. Los componentes adicionales parecen tener solo un pequeño efecto, aunque hay un pequeño beneficio adicional de las intervenciones más intensivas en comparación con las intervenciones muy breves
Alba et al. (2013) (34)	Presentar los resultados de una revisión sistemática de la literatura médica sobre eficacia y seguridad de la consejería para cesación del tabaquismo	No	La consejería breve por médicos y la intensiva por profesionales capacitados (individual, grupal, telefónica proactiva) son eficaces con incremento en la abstinencia de 2,1% a 17,4%. Únicamente el consejo práctico y la entrevista motivacional tienen eficacia en consejería intensiva. El efecto clínico es pequeño y la duración del efecto incierta
Aveyard et al. (2012) (35)	Evaluar los efectos del consejo médico breve y oportunista para dejar de fumar y el ofrecimiento de asistencia sobre la incidencia de intentos para dejar de fumar y el éxito en fumadores no seleccionados por la motivación para dejar de fumar	Sí	En comparación con ninguna intervención, el asesoramiento para dejar de fumar por motivos médicos aumentó la frecuencia de intentos de abandono, pero no tanto como el apoyo conductual para dejar de fumar. En una comparación directa, ofrecer ayuda generó más intentos para dejar de fumar que dar consejos para dejar de fumar por motivos médicos. Los médicos pueden ser más efectivos para promover los intentos de dejar de fumar ofreciendo asistencia a todos los fumadores que aconsejando a los fumadores que dejen de fumar y ofreciendo asistencia solo a aquellos que expresen interés en hacerlo

Tabla 1. Relación de revisiones sistemáticas incluidas en esta revisión paraguas con sus principales características (ordenadas por autor y año de publicación) (continuación)

Autor (año)	Objetivo de la RS	Metaanálisis	Principales resultados/conclusiones
Zbikowski et al. (2012) (36)	Resumir la evidencia de la efectividad de las intervenciones para dejar de fumar para adultos de 50 años de edad y mayores e identificar futuras direcciones de investigación	No	Las tasas de abandono de estos estudios y la efectividad relativa de los diferentes enfoques de intervención son consistentes con la literatura general sobre el abandono del hábito de fumar. Sin embargo, en la mayoría de los estudios, los efectos del tratamiento fueron de corta duración y las tasas absolutas de abandono del hábito fueron bajas, lo que dejó a la gran mayoría de los fumadores mayores en alto riesgo de padecer problemas de salud relacionados con el tabaquismo
Papadakis et al. (2010) (37)	Evaluar las estrategias basadas en la evidencia para aumentar la prestación de tratamientos para dejar de fumar en las clínicas de Atención Primaria	Sí	Se encontró evidencia de múltiples ensayos a gran escala para respaldar la eficacia de las intervenciones de múltiples componentes para aumentar la entrega de "5As". El OR agrupado para las intervenciones multicomponente en comparación con el control fue 1,79 [IC 95 % 1,6-2,1] para "preguntar", 1,6 [IC 95 % 1,4-1,8] para "asesoramiento", 9,3 [IC 95 % 6,8-12,8] para "ayudar" (fecha de abandono) y 3,5 [IC 95 % 2,8-4,2] para "ayudar" (prescribir medicamentos). También se encontró evidencia para respaldar el valor de las intervenciones de práctica para aumentar la prestación de 5As. Consejería adjunta [OR 1,7; 95% IC 1,5-2,2] e intervenciones de componentes múltiples [OR 2,2; 95% IC 1,7-2,8] incrementaron significativamente la abstinencia de fumar
Fernández et al. (2007) (38)	Determinar el efecto de intervenciones estructuradas breves sobre la modificación de los factores de riesgo en pacientes con cardiopatía coronaria	Sí	Hay evidencia sugerente pero no concluyente de los ensayos de un beneficio en el uso de intervenciones breves para la modificación de los factores de riesgo en pacientes con enfermedad coronaria. Esta revisión, sin embargo, apoya el concepto de que las intervenciones breves para pacientes con cardiopatía coronaria pueden tener efectos beneficiosos sobre la modificación de los factores de riesgo y, en consecuencia, sobre la progresión de la cardiopatía coronaria. Es necesario realizar ensayos adicionales que utilicen tamaños de muestra más grandes para demostrar los beneficios de la intervención estructurada breve dirigida a la modificación de factores de riesgo únicos o múltiples
Van Sluijs et al. (2004) (39)	Revisar sistemáticamente la literatura sobre el efecto de las intervenciones basadas en etapas de cambio en la Atención Primaria sobre el tabaquismo, la actividad física y el comportamiento dietético	No	El análisis cuantitativo mostró una tendencia positiva en todas las mediciones de seguimiento. Sobre la base de estos datos, los autores concluyen que parece haber un efecto pequeño, pero positivo, de las intervenciones basadas en etapas en la Atención Primaria sobre las tasas de abandono del hábito de fumar. Al observar más de cerca los estudios se puede concluir que enviar una carta personalizada por correo una vez no es efectivo para dejar de fumar. Además, el consejo personal del médico de Atención Primaria, con consejos de seguimiento durante las visitas posteriores (en su mayoría no planificadas para dejar de fumar) parece ser la estrategia más efectiva
Miller et al. (2003) (40)	Revisar la evidencia de la efectividad de varios métodos para dejar de fumar y la idoneidad para su uso en entornos de atención médica australianos	No	Hay pruebas sólidas y consistentes que respaldan la efectividad del consejo breve de un profesional de la salud para aumentar el número y el éxito de los intentos de cesación. Los modelos 4As y 5As están bien respaldados por evidencia y que, si bien la etapa adicional de "Evaluación" no es esencial para una intervención eficaz, puede ser útil para identificar las motivaciones y adaptar el tratamiento al paciente individual. Si bien el mayor volumen de evidencia sobre la efectividad de los consejos breves para dejar de fumar pertenece a los médicos/médicos y enfermeras, los componentes clave de los consejos oportunistas breves efectivos son transferibles a una amplia gama de entornos y profesiones de atención médica

Tabla 1. Relación de revisiones sistemáticas incluidas en esta revisión paraguas con sus principales características (ordenadas por autor y año de publicación) (continuación)

Autor (año)	Objetivo de la RS	Metaanálisis	Principales resultados/conclusiones
Bernstein Et Becker (2002) (41)	Realizar una revisión estructurada y sistemática de la literatura médica para evaluar la eficacia de la detección y el asesoramiento limitados para el abandono del consumo de tabaco entre adultos en entornos de Atención Primaria y urgencias, y desarrollar recomendaciones para los médicos de urgencias basadas en estos datos	No	Existe evidencia sólida, en el entorno de Atención Primaria, de que la detección y el asesoramiento para dejar de fumar son efectivos. Existen datos limitados para la práctica basada en el servicio de urgencias, pero, en función de la carga de la enfermedad, la relativa facilidad de la intervención y la probable eficacia, se recomienda la detección rutinaria de todos los pacientes para el consumo de tabaco y la derivación de los fumadores a la Atención Primaria y los programas para dejar de fumar
RS= revisión sistemática			

Diversos autores, a través de sus revisiones sistemáticas, han puesto de manifiesto que las intervenciones breves para dejar de fumar son efectivas (15,18,22,24,26,28,31-33,34,36,38,40,41) y constituyen los métodos más adoptados o comunes (23,25). Varios autores sugieren adoptar los modelos de las 4As y 5As cuando se desarrollan las intervenciones breves (23,29,37,40). Algunos autores apuntan que los tipos de consejería que son más efectivos son el entrenamiento en habilidades para resolver problemas, brindar apoyo social como parte del tratamiento y ayudar a los fumadores a obtener apoyo social fuera del tratamiento (40).

Hay evidencia de la efectividad del apoyo brindado a las personas fumadoras mediante las intervenciones para el abandono del hábito de fumar por las enfermeras (15,28) y los médicos (34,35).

Varios autores han señalado que la efectividad de las intervenciones breves disminuye si se comparan con otro tipo de intervenciones (15,17,21,22,24,27,28,31,33,35). Así pues, mostraron ser más efectivas que las intervenciones breves: el asesoramiento individual por parte del área de enfermería, la consejería individual de un psicólogo y las intervenciones grupales mediadas por un psicólogo (15), el asesoramiento por vídeo, la educación cognitiva cara a cara y las entrevistas motivacionales (17), el asesoramiento/apoyo conductual (24,35), el asesoramiento más intensivo (27,33), y el asesoramiento en combinación con la farmacoterapia (27).

Numerosos autores han revelado que la complementación de intervenciones es efectiva en relación con el abandono del hábito de fumar (19,21,22-24,27,30,34,36,37,39-41). Entre estas diferentes combinaciones cabe destacar varias de ellas. Así, en tres revisiones se hace énfasis en el asesoramiento en combinación con la medicación (19,27,36). En otros trabajos, aparte de los dos anteriores se suman los materiales impresos (19,27). Otros investigadores destacan el apoyo conductual junto con la medicación (21,30). En otras revisiones se vio que la consejería breve puede combinarse para dar buenos resultados con el asesoramiento telefónico individual, grupal o proactivo (34,40); la literatura de autoayuda, la terapia de reemplazo de nicotina y las llamadas telefónicas de seguimiento (41); y, los consejos de seguimiento (39). Otros autores hicieron alusión a las estrategias de sesiones múltiples (22) y a las intervenciones de múltiples componentes (37).

En algunas de las revisiones sistemáticas se ha evidenciado que es necesario formar a los profesionales sanitarios de AP (16,23,25,26) y al personal de enfermería en particular (18). Otros autores, en sus estudios, han visto que la capacitación de los profesionales sanitarios de AP no mejora las tasas de abandono del tabaco (19).

En muchas de las RS analizadas se han reportado limitaciones, que es preciso tener en cuenta a la hora de interpretar sus resultados, como por ejemplo: se debe tener en cuenta la variabilidad del comparador al interpretar y sintetizar la evidencia de los ensayos (15), la certeza de la evidencia fue muy baja a moderada en los estudios (17), la variación significativa entre los estudios dificultó la identificación de las características óptimas de las intervenciones de componentes múltiples para mejorar la administración del tratamiento para dejar de fumar (19), en muchos de los artículos existía la probabilidad de sesgo (25), la falta de estudios (ECA) de alta calidad y que midan los efectos de los tratamientos en la salud a largo plazo (30), la pequeña cantidad de ensayos y la inconsistencia de los resultados entre y dentro de los ensayos (31), el efecto clínico pequeño y la duración del efecto incierta (34).

Algunos autores han afirmado que las estrategias usadas de forma aislada no funcionan (22,39), que para aumentar el potencial de las intervenciones estas deben personalizarse o individualizarse (20,35,40), que es importante implicar en el abandono del hábito tabáquico a la familia (25) y a otros profesionales sanitarios distintos a médicos y enfermeras (40); y que se deben realizar más estudios con marcadores bioquímicos como medidas de resultado para llegar a una decisión específica de la intervención (18).

Discusión

Atendiendo a la heterogeneidad de los datos/información que se han encontrado a la hora de analizar las diversas RS localizadas, se ha decidido presentar una síntesis cualitativa de los hallazgos. Como antecedentes de esta revisión paraguas tan solo se han encontrado dos revisiones de revisiones. En una de ellas, publicada en portugués en el año 2011, se analizaron 28 revisiones sistemáticas y 28 evaluaciones sobre capacitación en intervención breve (11); y en la otra, más reciente y en inglés, del año 2021 se estudiaron 13 revisiones sistemáticas (12). Esta sería la tercera revisión paraguas efectuada hasta el momento y en la misma se han recopilado un total de 27 revisiones sistemáticas que tratan las intervenciones breves en tabaquismo en personas adultas en AP.

Para localizar las RS se han consultado un total de siete bases de datos. Si bien, las otras dos metarevisiones también han consultado PubMed/Medline, LILACS, Cochrane Library y Google Scholar, es destacable que en las mismas se incluyeron otras bases de datos. En la publicada en el año 2011 también se revisaron EBSCO, Ovid, CINAHL, BMJ, Webfoot, psycINFO, socINDEX (11); y en la otra, del año 2021, también se consultó Health Systems Evidence, Social Systems Evidence, Epistemonikos y Embase (12).

En relación con el año de publicación de las RS, en una de las metarevisiones, al igual que en esta revisión no se aplicaron límites en las fechas (12); sin embargo, en la otra metarevisión la búsqueda bibliográfica incluyó artículos en inglés publicados entre 2000 y 2010 (11).

Es llamativo el hecho de que, pese a que no se ha restringido el idioma, la mayoría de las revisiones sistemáticas aparecen publicadas en inglés (concretamente, 25 RS). Esto pone de manifiesto que este idioma es el más utilizado a la hora de comunicar un hallazgo en una revista científica. El inglés domina de forma abrumadora tanto en cantidad como en el nivel del factor de impacto logrado en diferentes ediciones del *Journal Citation Reports* (42).

Por su parte, también se ha podido comprobar que la base de datos más utilizada por los diversos autores para buscar los artículos que más tarde han incluido en sus revisiones sistemáticas ha sido PubMed/Medline. En la actualidad, el volumen de artículos y revistas del campo de la investigación biomédica es ingente. Así, solo en la base de datos PubMed, perteneciente a la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, están indexadas más de 27 millones de referencias de literatura científica biomédica y de ciencias de la vida, procedentes de aproximadamente 30.000 revistas indexadas (42). Cabe destacar que en esta revisión no ha sido la base de datos en la que se han hallado más documentos.

No es de extrañar que el tipo de estudio más incluido en las diversas RS fue el ensayo clínico aleatorizado (ECA). El ECA se considera el mejor diseño disponible para evaluar la eficacia de una intervención sanitaria, ya que es el que proporciona la evidencia de mayor calidad acerca de la existencia de una relación causa-efecto entre dicha intervención y la respuesta observada (43).

Como ya se puso de manifiesto, las intervenciones breves no solo constituyen los métodos más adoptados, sino que también se ha visto que son efectivas. Este dato es consistente con lo hallado en otras metarevisiones previas (11,12). Por su

parte, la efectividad de las intervenciones breves disminuye si se comparan con otro tipo de intervenciones. Este hecho se ha constatado en una metarevisión reciente (12).

Según refieren algunos autores, aquellos profesionales que han recibido formación universitaria sobre intervención en tabaquismo posteriormente aconsejan, evalúan y ayudan a dejar de fumar a sus pacientes con mayor frecuencia (44). Es destacable que muchas revisiones sistemáticas han evidenciado la necesidad de formar y/o capacitar a los profesionales sanitarios de AP. En este sentido, para algunos autores, es importante que los equipos y servicios de AP estén preparados para brindar acciones de prevención y control del tabaquismo (12). En esta misma línea, otros autores señalan que es vital que tanto la capacitación como la promoción de intervenciones breves estén condicionadas a que se establezcan sistemas para rastrear y evaluar cualquier beneficio en entornos de la vida real. Para ello, se deben desarrollar sistemas de evaluación continua de los programas de capacitación; y estos deben incluir una evaluación objetiva de las habilidades y una evaluación del impacto a largo plazo de la capacitación (11).

La consulta de Atención Primaria ofrece una de las mejores oportunidades para la identificación, el tratamiento, el seguimiento y la derivación, cuando sea necesaria, de las personas que fuman (7). El personal de enfermería juega un papel clave en este sentido y debe aprovechar la situación privilegiada en la que se encuentra en relación con sus pacientes. En un estudio reciente (45), se ha visto que las intervenciones mayormente realizadas por enfermería se relacionan con la asesoría breve e intensiva cara a cara y el asesoramiento telefónico. Enfermería logra demostrar con sus intervenciones el aumento de las tasas de abstinencia puntual en todos los estudios; a pesar de esto, la evidencia muestra que se requiere de una mayor preparación desde el proceso enfermero para poder intervenir y promover el cese del tabaco.

En este sentido, es recomendable llevar a cabo intervenciones breves en todas las consultas de AP. Se trata de un método que requiere poco tiempo, puede ser llevado a cabo por diferentes profesionales como, por ejemplo, médicos, enfermeras y otros, y conlleva la movilización de menos recursos si se compara con otras estrategias (22).

Conclusión

Se hace importante destacar una limitación que tiene esta revisión paraguas, y es que en la misma no se ha evaluado ni la calidad ni el riesgo de sesgo en las revisiones sistemáticas incluidas. Sin duda, esto debe examinarse en futuras revisiones, ya que permite llegar a unas conclusiones más confiables.

No obstante, atendiendo a la información recopilada en esta revisión paraguas, se puede afirmar que si bien las intervenciones breves se muestran menos efectivas si se comparan con otras estrategias, estas presentan un efecto positivo y beneficioso, lo que las hace recomendables en personas fumadoras adultas en Atención Primaria, lo cual se traduce en un aumento de las tasas de abandono del hábito tabáquico. Las intervenciones breves constituyen un método rápido, barato y que puede utilizarse de modo oportunista en la consulta en todas las personas fumadoras (quieran o no dejar de fumar). Asimismo, deben ser llevadas a cabo por todos los profesionales sanitarios de AP, especialmente las enfermeras. Estas ocupan un lugar privilegiado y deben ser capacitadas para ello.

Por su parte, se hace necesario que se sigan llevando a cabo revisiones paraguas que actualicen la información que hasta ese momento se tiene sobre este importante tema. Sería importante que cada 5-10 años se realizara una actualización de la información sobre diferentes aspectos que van apareciendo en torno al tema.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tabaco [internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Oficina Estadística de la UE (Eurostat). 18,4% of EU population smoked daily in 2019. Eurostat [internet] [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20211112-1>
3. Encuesta Europea de Salud en España 2020 (INE-MSCBS). 4.7 Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda). INE-MSCBS [internet] [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&tc=INESeccion_C&cid=1259926698156&tp=%5C&epage=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDe-talle¶m3=1259924822888
4. Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Banco de datos. Población de 16 y más años según hábito tabáquico, sexos y grupos de edad. Canarias. ISTAC [internet] 2021 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/buscador/busca?userQuery=Po-blaci%C3%B3n+de+16+y+m%C3%A1s+a%C3%B1os+seg%C3%BA+n+h%C3%A1bito+tab%C3%A1quico%2C+sexos+y+grupos+de+edad.+Canarias+2021>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5A y las 5R para tratar el consumo de tabaco a nivel de la Atención Primaria. [internet] 2020 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52793/9789275322451_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut. Govern de les Illes Balears. Guía de intervención individual para el tratamiento del tabaquismo. [internet] 2017 [citado 15 nov 2023]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1046/tabaquisme-guia-individual-es.pdf>
7. Martín Zurro A, Gené Badia J, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 8ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
8. Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Manual práctico de enfermería comunitaria. Barcelona: Elsevier España; 2020.
9. Moore P, Pavié G J, Véjar M L, Corvalán B MB. Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. Rev chil enferm respir 2017 Sep; 33(3):193-200. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300193>
10. Ávila García R, Salguero Chaves E, Gragera Gómez M. Efectividad de una intervención muy breve en tabaquismo realizada por residentes de enfermería y medicina familiar y comunitaria de un centro de salud urbano. Med Gen Fam. 2022; 11(1):13-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.003>
11. Evans DS, Martin L, Neeson B, O'Brien M, Cahill D. Brief interventions and motivational interviewing: literature review and guidance for practice. Health Service Executive [internet] 2011 [citado 21 nov 2023]. Disponible en: <https://www.icgp.ie/speck/properties/asset/asset.cfm?type=LibraryAsset&tid=6DDEF08%2DD2CB%2D4E39%2DBC6679EE836D3D48&property=asset&revision=tip&disposition=inline&app=icgp&filename=BFC4486E%2D19B9%2DE185%2D837F614E37C9C7D%2Epdf>
12. De Lucca Da Silva J, Meirinho Domene F, de Moura Milhomens L, de Araújo BC, Crevelário de Melo R, Lopes Bezerra da Silva L, et al. Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília; Instituto de Saúde de São Paulo; 2021 [internet] [citado 15 nov 2023]; 43 p. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1358561>
13. Román López P, Rodríguez Arrastia MJ, Ropero Padilla C. Metodología de la investigación: de lector a divulgador. Textos docentes nº 83. Almería: Editorial Universidad de Almería; 2021.
14. Cabello López JB. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier España; 2021.
15. Kraiss J, Viechtbauer W, Black N, Johnston M, Hartmann-Boyce J, Eisma M, et al. Estimating the true effectiveness of smoking cessation interventions under variable comparator conditions: A systematic review and meta-regression. Addiction [internet]. 2023 May [citado 15 nov 2023]; 2:30. Doi: <https://doi.org/10.1111/add.16222>.
16. Tildy BE, McNeill A, Perma-Howe PR, Brose LS. Implementation strategies to increase smoking cessation treatment provision in primary care: a systematic review of observational studies. BMC Prim Care 2023; 24(1):32. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01981-2>
17. Xu M, Guo K, Shang X, Zhou L, E F, Yang C, Wu Y, Li X, Yang K. Network Meta-Analysis of Behavioral Programs for Smoking Quit in Healthy People. Am J Prev Med 2023; 8:S0749-3797(23)00123-X. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.02.032>
18. Kumar R, Sahu M, Rodney T. Efficacy of Motivational Interviewing and Brief Interventions on tobacco use among healthy adults: A systematic review of randomized controlled trials. Invest Educ Enferm 2022 Oct; 40(3):e03. Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e03>
19. Lindson N, Pritchard G, Hong B, Fanshawe TR, Pipe A, Papadakis S. Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2021; 9:CD011556. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011556.pub2>

20. Smith CE, Hill SE, Amos A. Impact of specialist and primary care stop smoking support on socio-economic inequalities in cessation in the United Kingdom: a systematic review and national equity initial review completed 22 January 2019; final version accepted 19 July 2019 analysis. *Addiction* 2020 Jan; 115(1):34-46. Doi: <https://doi.org/10.1111/add.14760>
21. Black N, Eisma MC, Viechtbauer W, Johnston M, West R, Hartmann-Boyce J, et al. Variability and effectiveness of comparator group interventions in smoking cessation trials: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2020; 115(9):1607-17. Doi: <https://doi.org/10.1111/add.14969>
22. Odorico M, Le Goff D, Aerts N, Bastiaens H, Le Reste JY. How To Support Smoking Cessation In Primary Care And The Community: A Systematic Review Of Interventions For The Prevention Of Cardiovascular Diseases. *Vasc Health Risk Manag* 2019; 15:485-502. Doi: <https://doi.org/10.2147/VHRM.S221744>
23. Santos M de DV, Santos SV, Caccia-Bava M do CGG. Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Ciênc saúde coletiva* 2019 Feb; 24(2):563-72. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.27712016>
24. Akanbi MO, Carroll AJ, Achenbach C, O'Dwyer LC, Jordan N, Hitsman B, et al. The efficacy of smoking cessation interventions in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2019 Apr; 114(4):620-35. Doi: <https://doi.org/10.1111/add.14518>
25. Whitehouse E, Lai J, Golub JE, Farley JE. A systematic review of the effectiveness of smoking cessation interventions among patients with tuberculosis. *Public Health Action* 2018 Jun; 8(2):37-49. Doi: <https://doi.org/10.5588/pha.18.0006>
26. Wray JM, Funderburk JS, Acker JD, Wray LO, Maisto SA. A Meta-Analysis of Brief Tobacco Interventions for Use in Integrated Primary Care. *Nicotine Tob Res* 2018 Nov; 20(12):1418-26. Doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx212>
27. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 3:CD001292. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub3>
28. Rice V, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 12:CD001188. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub5>
29. Verbiest M, Brakema E, van der Kleij R, Sheals K, Allistone G, Williams S, et al. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. *NPJ Prim Care Respir Med* 2017 Jan; 27(1):2. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41533-016-0004-8>
30. Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, Begh R, Farley A, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 10:CD005231. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005231.pub3>
31. McElwaine KM, Freund M, Campbell EM, Bartlem KM, Wye PM, Wiggers JH. Systematic review of interventions to increase the delivery of preventive care by primary care nurses and allied health clinicians. *Implement Sci* 2016 Apr; 11:50. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0409-3>
32. Formagini TDB, Machado NM, Richter KP, Ronzani TM. Intervenções de cessação de tabagismo em fumantes leves: uma revisão sistemática. *Psicol Estud* 2015 abr-jun; 20(2):201-11. Doi: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i2.24908>
33. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 18 mayo 2023]; 5:CD000165. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>
34. Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud pública Méx* [internet]. 2013 Abr [citado 15 nov 2023]; 55(2):196-206. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n2/v55n2a12.pdf>
35. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012 Jun; 107(6):1066-73. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03770.x>
36. Zbikowski SM, Magnusson B, Pockey JR, Tindle HA, Weaver KE. A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older. *Maturitas* 2012 Feb; 71(2):131-41. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.019>
37. Papadakis S, McDonald P, Mullen KA, Reid R, Skulsky K, Pipe A. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2010 Sep-Oct; 51(3-4):199-213. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.06.007>
38. Fernández R, Griffiths R, Everett B, Davidson P, Salamonson Y, Andrew S. Effectiveness of brief structured interventions on risk factor modification for patients with coronary heart disease: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev* 2007 Dic; 5(4):370-405. Doi: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2007-231>
39. Van Sluijs EM, van Poppel MN, van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective? *Am J Prev Med* 2004 May; 26(4):330-43. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2003.12.010>
40. Miller M, Wood L. Effectiveness of smoking cessation interventions: review of evidence and implications for best practice in Australian health care settings. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27(3):300-9. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2003.tb00399.x>

41. Bernstein SL, Becker BM. Preventive care in the emergency department: diagnosis and management of smoking and smoking-related illness in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2002 Jul; 9(7):720-9. Doi: <https://doi.org/10.1197/aemj.9.7.720>
42. Rivas Ruiz F. Cómo publicar un artículo original en revistas científicas con factor de impacto. *Rev Pediatr Aten Primaria* [internet]. 2017 [citado 15 nov 2023]; 19(Suppl 26):101-9. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19s26/1139-7632-pap-19-s26-00101.pdf>
43. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
44. Mondon S, Raich A, Martí C, Fernández E, Ballbé M. Formación en tabaco y alcohol de residentes de salud mental: Relación con su intervención clínica. *Adicciones* 2023. Doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1837>
45. Valencia Rico CL, Palacio Noreña V, Villada Pineda LV, Giraldo Castaño K. Intervenciones no farmacológicas realizadas por enfermería para promover la cesación del tabaco. *Horiz Enferm* [internet]. 2018 [citado 15 nov 2023]; 28(3):212-23. Disponible en: <https://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12800/11394>

CARTA a la DIRECCIÓN

La prescripción por el profesional de enfermería en México

¹ Juan Daniel Suárez Maximo

² José Yael Roldán Romero

¹ Licenciatura en Enfermería (BUAP). Maestría en Salud Pública (UPAEP). Coordinador por la Vocalía México de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Profesor del Programa de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia (IES-Universidad)

² Estudiante del Programa de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia (IES-Universidad)

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

Fecha de recepción: 1 de noviembre de 2023.

Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2023.

Estimado editor:

La prescripción enfermera (PE) es parte de un gran reto por parte de la profesión de enfermería, siendo esta fundamental para mejorar el régimen terapéutico frente a un problema de salud. El concepto de PE surge como consecuencia de este crecimiento profesional, como un elemento de la enfermería de práctica avanzada y especialista de enfermería, que forma parte del propio proceso de atención enfermero, en conjunto con el plan de cuidados (1).

Retomando el proceso de atención enfermero, con base en sus etapas, se puede establecer un diagnóstico enfermero, en el cual se determinará un problema de salud, riesgo y/o de promoción. En función de lo anterior, se puede establecer un conjunto de intervenciones y acciones a realizar con la PE del cuidado enfermero. Asimismo, la PE va más allá de la dispensación de una receta, ya que prescribir implica indicar un régimen terapéutico a un problema de salud, siendo la prescripción una forma guiada por un criterio de la buena práctica clínica del profesional de enfermería y será dirigido a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población (1,2).

Haciendo referencia a la Dra. Juanita Jiménez Sánchez, ex directora nacional de la Dirección de Enfermería de México y precursora de las Normas Oficiales Mexicanas, esta refirió en función de una historia de la creación de las normas oficiales, derivadas de un Subcomité de la Dirección General de Educación en Salud en México, que en el año 2007 varias de ellas no procedieron y otras necesitan consolidarse, como es el caso del proyecto de la NOM-023-SSA3-2007, en la cual se establece como objetivo el de "definir los lineamientos y procedimientos para la prescripción de medicamentos por el personal de enfermería en la Atención Primaria a la salud" (3).

Por otro lado, el pasado 29 de noviembre de 2019 se publicó la actualización de la reforma a la Ley General de la Salud en México, en la que se emiten los lineamientos que contiene el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en enfermería y también los pasantes de la licenciatura, por tratarse de intervenciones en enfermería que pueden incurrir en implicaciones de responsabilidad legal. Así mismo, conviene identificar claramente las disposiciones generales de este acuerdo y la responsabilidad de los profesionales de enfermería en el caso de imputaciones de carácter legal. Pese a esto, implica que cada uno de los profesionales de enfermería cumplan su labor, acorde al nivel de atención, donde se desempeñe la calidad en los servicios de salud; deberá tener como finalidad precisar los atributos y las responsabilidades

en apego a las disposiciones jurídicas, normativas y fundamentos de farmacología clínica, requeridos para ejecutar una prescripción de medicamentos segura (1,3).

Ser enfermero hoy en día es una responsabilidad porque aparte de cuidar y velar por la salud del paciente, también se debe de cuidar la integridad y el bienestar desde el punto de vista farmacológico. En México el ser responsable de una vida conlleva desde grandes esperanzas y agradecimientos hasta responsabilidades legales. Por ello, el área de enfermería debe de estar lo más capacitada posible y así poder generar un bienestar en vez de afectarlo. La elaboración de una receta necesita de un conocimiento previo para poder ser funcional y, además, el personal también necesita de una capacitación previa para poder saber que se encuentra facultado para recetar. Las generaciones nuevas de enfermeros/as necesitan llevar este aprendizaje, para poder usar la nueva herramienta y mejorar las condiciones de los pacientes. Por último, hay que reconocer que se espera mucho de esta nueva herramienta en el área de enfermería y lo más importante es el saber utilizarla de la mejor manera y con responsabilidad (1-3).

Bibliografía

1. Fernández Molero S, Lumillo Gutiérrez I, Brugués Brugués A, Baiget Ortega A, Cubells Asensio I, Fabrellas Padrés N. Nurse prescription: A concept analysis. *Aten Primaria*. 2019; 51(4):245–51. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.006>
2. Arias Rico J, Cornejo Jovel V, Chávez Serrano E, Escamilla Guillén DG, López Barrera K, Jiménez Sánchez RC, et al. Vista de La prescripción de enfermería en México: una nueva era. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 2020. p. 140-3. Doi: <https://doi.org/10.29057/icsa.v8i16.5825>
3. Zapién-Vázquez MA, Jazmín-Laureano O, Tixtha-López E. Mesa de reflexión próxima a cumplirse 10 años de la prescripción por el profesional de enfermería en México. *Relatoría. Cuid Multidiscip la Salud BUAP* [internet]. 2021 [citado 15 nov 2023]; 3(5):41-6. Disponible en: <http://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/777>



Enferteca
grupo paradigma



La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferteca?

Enferteca 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

¿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.



enferteca.com



grupo
paradigma

Soluciones para el mundo enfermero