

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/379176901>

Aportaciones a la Investigación de Enfermería

Book · December 2019

CITATIONS

0

READS

160

5 authors, including:



Raquel A Benavides-Torres
Autonomous University of Nuevo León

196 PUBLICATIONS 449 CITATIONS

SEE PROFILE



Milton Guevara Valtier
Autonomous University of Nuevo León

83 PUBLICATIONS 181 CITATIONS

SEE PROFILE



Juana MERCEDES Gutierrez Valverde
Autonomous University of Nuevo León

55 PUBLICATIONS 163 CITATIONS

SEE PROFILE



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA/ Cuerpo Académico Respuestas Humanas a la Salud y Enfermedad

Asunto: Dictamen de obra literaria
CAC-95/2019

María de los Ángeles Paz- Morales
Raquel Alicia Benavides-Torres
Milton Carlos Guevara-Valtier
Olimpia Oralia Cortes- Rivera
Juana Mercedes Gutiérrez-Valverde

Por medio del presente oficio se les notifica que el contenido de la obra literaria titulada

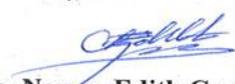
“APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA”

ha sido **dictaminada y aprobada** por pares académicos expertos nacionales que integran el Comité Científico del Cuerpo Académico Consolidado Respuestas Humanas a la Salud y Enfermedad, por tal motivo este Comité considera pertinente su difusión y publicación.

Anexo 1. - Desglose de trabajos dictaminados aprobados
Anexo 2. -Desglose de trabajos dictaminados no aprobados

Para los propósitos legales que más convenga a los interesados quedo de usted.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”
Monterrey N.L. a 19 de Noviembre 2019


Dra. Norma Edith Cruz Chávez
Presidente de Comité Científico
Cuerpo Académico Consolidado
Respuestas Humanas a la
Salud y Enfermedad





UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA/ Cuerpo Académico Respuestas Humanas a la Salud y Enfermedad

ANEXO 1

TRABAJOS DICTAMINADOS APROBADOS DE LA OBRA LITERARIA: “APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA”

1. La Autónoma como método diagnóstico del virus del papiloma humano
Dra. Gloria Maricela Guerra Rodríguez
MD. Octavio Augusto Olivares
MGA. Héctor Manuel Gil Vázquez
2. Identificación de factores asociados a la reincidencia de psoriasis en una comunidad indígena
Filomena Damián Joaquín
Maylin Almonte Becerril
3. Enfermería, terapia Infusiva y Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2012
Laura Yareli Romero Villeda
Elsie Ariadna Rocha Lara
Juan Pineda Olvera
4. Automanejo de la Diabetes Tipo 1 en Adolescentes de una Institución Privada de Salud
Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Diana Analí Bonilla Cantú
Elvira Margarita Escobar García
Sheila Saraí Hermosillo Gámez
Mayra Lizbeth Ramírez Pinales
5. Conocimiento del personal de enfermería sobre el Síndrome de muerte súbita del lactante.
M.E Blanca Lidia Ortiz Atilano
Dra. Annel González Vázquez
Estudiantes De Licenciatura En Enfermería
Rocío Garza González
Alejandra Judith Jiménez Garza
María Guadalupe Martínez Muñiz
Moisés Maximiliano Martínez Salazar
Sergio Osvaldo Villarreal Chávez



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA/ Cuerpo Académico Respuestas Humanas a la Salud y Enfermedad

6. Susceptibilidad de riesgo en convivientes de personas afectadas por tuberculosis pulmonar
Dra. Educ. María de los Angeles Paz Morales
Dr. Educ. Milton Carlos Guevara Valtier

7. Estudio Comparativo de Procedimientos Tradicionales usados durante embarazos de Riesgo en una Comunidad Indígena
PESS. Isaac Salvador Vázquez
PESS. Josefa Pérez Juan
Dra. Denison Sánchez Miguel
Dra. Maylin Almonte Becerril

8. Plantas Utilizadas por comadronas en el Parto y Posparto
Liliana Mercedes Sapan
Gloria Estela Cristóbal López
Ana Lucia de Jesús Calderón

9. Motivos del abandono escolar en adolescentes embarazadas
Rosalva del Carmen Barbosa Martínez
José Ángel Murillo Treviño
Melissa Elizabeth Treviño Ortega
Lizeth Nohemí Carreón Torres
Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Diego Ramón Medellín Moreno

10. Concept Analysis: Social Resilience in Adolescence
Lubia Del Carmen Castillo Arcos
Raquel Alicia Benavides Torres
Rosamar Torres

11. Conocimiento sobre el VPH, Relación de Pareja y Grado de Satisfacción Sexual
Dra. Silvia Guadalupe Soltero Rivera
EG. Hugo Benigno Félix Iglesias
EG. Gloria Elena Cedillo Rodríguez
EG. Yulissa Anahí Medina Obregón
EG Jesús Alberto Carranza Ramírez
Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
DCE. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA/ Cuerpo Académico Respuestas Humanas a la Salud y Enfermedad

12. Actitud hacia la sexualidad en los estudiantes universitarios
 Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
 Graciela Valeria Ávila Ramírez
 Sandra Jassive Vega Ascencio
 Dania Anahy Nieto Reyes
 Lezly Ruby Pérez Charles
 Erik Alejandro Álvarez Almaguer
 Lucila Manuel Sánchez
 Alberto Edén Delgado Hernández
13. The Concept Analysis of HIV/AIDS Prevention in Mexico: An Evolutionary View in Adolescent Population
 Raquel A. Benavides-Torres, PhD
 Dra. Norma Elva Sáenz Soto
 Dr. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez
 Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
 Dra. Olimpia Cortez Rivera
14. Experiencias y Significados de las Mujeres Mexicanas Durante la Transición del Climaterio a la Postmenopausia. Estudio Fenomenológico
 Dra. Juana Fernanda González Salinas

Atentamente
 "Alere Flammam Veritatis"
 Monterrey N.L. a 19 de Noviembre 2019


Dra. Norma Edith Cruz Chávez
 Presidente de Comité Científico
 Cuerpo Académico Consolidado
 Respuestas Humanas a la
 Salud y Enfermedad



No Radicación 406256

Fecha de asignación: 2019-12-03

Tipo de Obra	Información del Título
ISBN Obra independiente: 978-607-27-1246-1	Título: Aportaciones a la investigación de enfermería
ISBN Volumen:	Título:
ISBN Obra Completa:	Título:
Sello editorial: Universidad Autónoma de Nuevo León (978-607-27)	

Subtítulo
Subtítulo Obra Independiente:
Subtítulo Obra Volumen:
Subtítulo Obra Completa:

Tema		
Materia: 370 - Educación	Tipo de Contenido: Libros Universitarios	
Colección:	No colección:	Serie:
Público objetivo:		
IDIOMAS		
Español		

Colaboradores y Autor(es)		
Nombre	Nacionalidad	Rol
Paz Morales, María de los Angeles	México	Autor
Paz Morales, María de los Angeles	México	Coordinación editorial de
Benavides Torres, Raquel Alicia	México	Autor
Benavides Torres, Raquel Alicia	México	Coordinación editorial de
Guevara Valtier, Milton Carlos	México	Autor
Guevara Valtier, Milton Carlos	México	Coordinación editorial de
Cortes Rivera, Olimpia Oralía	México	Autor
Cortes Rivera, Olimpia Oralía	México	Coordinación editorial de
Gutiérrez Valverde, Juana Mercedes	México	Autor
Gutiérrez Valverde, Juana Mercedes	México	Coordinación editorial de

Traducción			
Traducción: No	Del:	Al:	Idioma Original:
Título Original:			

Información de Edición			
No de Edición: 1	Ciudad de Edición: San Nicolás de los Garza	Departamento, Estado o Provincia: Nuevo León	Fecha de aparición: 2019-12-12
Coedición: No		Coeditor:	

Comercializable	
No de ejemplares oferta nacional:	Precio en moneda local:
No de ejemplares oferta externa:	Precio en dólares:
Oferta total: 0	
Disponibilidad:	Estatus en el catálogo:

Descripción física - Impresión en papel			
Descripción física:	No páginas:	Tipo de impresión:	No tintas:
Tipo de encuadernación:	Tipo papel:	Gramaje:	
Tamaño:	Peso:		

Descripción física - Medio electrónico o digital		
Tipo de soporte:	Formato: XHTML (.xhtml, .xht, .xml, .html, .htm)	Tipo de contenido:



FICHA REGISTRO DE ISBN
INTERNATIONAL STANDARD BOOK NUMBER

Agencia Nacional de ISBN de México

Instituto Nacional del Derecho de Autor

Puebla No. 143, Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06700, México, D. F

www.indautor.gob.mx

No Radicación 406256

Fecha de asignación: 2019-12-03

Medio electrónico o digital: E-Book	Protección técnica:	Permiso de uso:
Tipo de restricción de uso:	Tipos de acceso:	Tamaño: 18.1 MbMb

Editorial o Autor-Editor: Universidad Autónoma de Nuevo León		
Número de identificación tributaria o de ciudadanía : UAN691126	Teléfono: 83294021	
Representante legal: Jaime Javier Gutiérrez Argüelles		
Responsable ISBN: Diana Yesenia Carrizales Lerma	e-mail: diana.carrizalesl@uanl.mx	Teléfono: 83294111

Control de Agencia

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

AUTORES

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PAZ MORALES

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES PhD.

DR. MILTON CARLOS GUEVARA VALTIER

DRA. OLIMPIA OFELIA CORTEZ RIVERA

DRA. JUANA MERCEDES GUTIERREZ VALVERDE

2019



APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

COORDINADORES

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES PAZ MORALES

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES PhD.

DR. MILTON CARLOS GUEVARA VALTIER

DRA. OLIMPIA OFELIA CORTEZ RIVERA

DRA. JUANA MERCEDES GUTIERREZ VALVERDE

2019





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Mtro. Rogelio G. Garza Rivera
Rector

Dr. Santos Guzmán López
Secretario General

Dr. Celso José Garza Acuña
Secretario de Extensión y Cultura

Lic. Antonio Ramos Revillas
Director de Editorial Universitaria

ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez
Directora de la Facultad de Enfermería

© Universidad Autónoma de Nuevo León
Padre Mier No.909 poniente, esquina con Vallarta
Monterrey Nuevo Leon Mexico CP 64000
www.uanl.mx/publicaciones

Primera edición, 2019

ISBN: 978-607-27-1246-1

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA / [autores y editores] © Dra. Maria De Los Angeles Paz-Morales, Raquel Alicia Benavides-Torres PhD., Dr. Milton Carlos Guevara-Valtier, Dra. Olimpa Ofelia Cortez-Rivera, Dra. Juana Mercedes Gutierrez-Valverde.
Publicación electrónica e-book Páginas; 276

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción de esta obra, sea cual fuera el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento previo por escrito de los autores.

Este libro fue sometido a evaluación y dictaminación por especialistas en la materia bajo un sistema “doble ciego” quienes emitieron un resultado favorable para su publicación. Así mismo el Comité de Científico de la Facultad de Enfermería UANL realizo el procedimiento de valoración de la calidad metodológica y científica de la obra total.

Los autores y la editorial de este libro han asumido la responsabilidad de comprobar los estándares de aprobación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil asegurar que toda la información proporcionada es totalmente adecuada para la obra actual. Se recomienda al lector examinar cuidadosamente lo expresado en el presente libro. La editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Aportaciones a la investigación de enfermería

Dra. María de los Angeles Paz Morales

Doctorado en Educación. Profesor Titular de Tiempo Completo y Jefe de Clase Clínica Comunitaria de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor con Reconocimiento Perfil PRODEP y Certificación como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería A.C. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT. Integrante del Cuerpo Académico Respuestas Humanas ante la Salud y la Enfermedad. Expresidenta y Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau Internacional

Raquel Alicia Benavides Torres PhD.

Doctora en filosofía en Enfermería. Profesor Titular de Tiempo Completo y Secretario de Programas de Doctorado de la Facultad de Enfermería, UANL. Responsable de Unidad de Enfermería en el Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud de la UANL. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Líder de la línea de investigación Sexualidad Responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA. Cuenta con reconocimiento como maestro con perfil PRODEP y Certificación como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería. Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau Internacional

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

Doctor en Educación, Sistema Nacional de Investigadores, CONACYT. Profesor Titular de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Cuenta con reconocimiento como maestro con perfil PRODEP y Certificación como Docente por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería. Miembro del Cuerpo Académico Respuestas Humanas a la Salud y Enfermedad. Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau Internacional

Dra. Olimpia Ofelia Cortez Rivera

Doctorado en Educación. Adscrita a la Secretaría de Salud de Sonora en la Dirección de Salud Mental y Adicciones, es Jefe de Servicios de Enfermería en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte. Es Integrante del Grupo Desarrollador de Guías de la Práctica Clínica e Invitada en el Cuerpo Académico Estilos de Vida, Salud y Educación

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor Titular de Tiempo Completo, Universidad Autónoma de Nuevo Leon, Facultad de Enfermería. Profesor con Perfil PRODEP y Certificación como Docente por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería Miembro y Presidenta del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau Internacional (STTI). Directora del Consejo de Directores STTI

Prólogo

Se espera que el contexto de este libro beneficie a la creciente población universitaria de las diferentes ciencias de la salud y otras afines que muestran un interés por el campo de la investigación. Esta obra de manera específica es resultado de la experiencia de la práctica clínica-comunitaria que han ampliado investigadores, docentes y estudiantes desde diferentes regiones del país.

El número creciente de investigaciones ha permitido mirar con responsabilidad ética el carácter disciplinario de enfermería y de manera conjunta multidisciplinaria, lo que ha generado expandir las perspectivas hacia otros contextos como el uso de la herbolaria y el abordaje hacia la comunidad indígena.

La estructura de este libro aborda tres enfoques de la investigación de la práctica profesional, vistos como procesos cuantitativos y se encuentran agrupados en: Cuidado de Enfermería, Salud del embarazo, parto y puerperio y Conducta sexual. De este modo el texto en su conjunto está orientado a asignaturas sobre investigación y el cuidado de enfermería y puede emplearse en cursos o sesiones según el criterio del profesor o investigador.

Por lo que este libro manifiesta la posición hacia la metodología de la investigación desde la perspectiva de la experiencia de la práctica de enfermería y sus aportes al conocimiento generado en las diferentes ciencias y disciplinas.

Lista de Contenido

Prólogo VI

Parte 1. Cuidado de Enfermería

Capítulo 1 La Autónoma como método diagnóstico del virus del papiloma humano 1

Dra. Gloria Maricela Guerra Rodríguez

MD. Octavio Augusto Olivares

MGA. Héctor Manuel Gil Vázquez

Capítulo 2 Identificación de factores asociados a la reincidencia de psoriasis en una comunidad indígena 15

Filomena Damián Joaquín

Maylin Almonte Becerril

Capítulo 3 Enfermería, terapia Infunsiva y Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2012 24

Laura Yareli Romero Villeda

Elsie Ariadna Rocha Lara

Juan Pineda Olvera

Capítulo 4 Automanejo de la Diabetes Tipo 1 en Adolescentes de una Institución Privada de Salud 41

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Diana Analí Bonilla Cantú

Elvira Margarita Escobar García

Sheila Saraí Hermsillo Gámez

Mayra Lizbeth Ramírez Pinales

Capítulo 5 Conocimiento del personal de enfermería sobre el Síndrome de muerte súbita del lactante. 71

M.E Blanca Lidia Ortiz Atilano
Dra. Annel González Vázquez
Estudiantes De Licenciatura En Enfermería
Rocío Garza González
Alejandra Judith Jiménez Garza
María Guadalupe Martínez Muñiz
Moisés Maximiliano Martínez Salazar
Sergio Osvaldo Villarreal Chávez

Capítulo 6 Susceptibilidad de riesgo en convivientes de personas afectadas por tuberculosis pulmonar 93

Dra. Educ. María de los Angeles Paz Morales
Dr. Educ. Milton Carlos Guevara Valtier

Parte 2. Embarazo, Parto y Posparto

Capítulo 1 Estudio Comparativo de Procedimientos Tradicionales usados durante embarazos de Riesgo en una Comunidad Indígena 116

PESS. Isaac Salvador Vázquez
PESS. Josefa Pérez Juan
Dra. Denison Sánchez Miguel
Dra. Maylin Almonte Becerril

Capítulo 2 Plantas Utilizadas por comadronas en el Parto y Posparto 134

Liliana Mercedes Sapan
Gloria Estela Cristóbal López
Ana Lucia de Jesús Calderón

Capítulo 3 Motivos del abandono escolar en adolescentes embarazadas 141

Rosalva del Carmen Barbosa Martínez
José Ángel Murillo Treviño
Melissa Elizabeth Treviño Ortega
Lizeth Nohemí Carreón Torres
Velia Margarita Cárdenas Villarreal Diego Ramón
Medellín Moreno

Parte 3. Conducta Sexual

Capítulo 1 Concept Analysis: Social Resilience in Adolescence 157

Lubia Del Carmen Castillo Arcos
Raquel Alicia Benavides Torres
Rosamar Torres

Capítulo 2 Conocimiento sobre el VPH, Relación de Pareja y Grado de Satisfacción Sexual 192

Dra. Silvia Guadalupe Soltero Rivera
EG. Hugo Benigno Félix Iglesias
EG. Gloria Elena Cedillo Rodríguez
EG. Yulissa Anahí Medina Obregón
EG Jesús Alberto Carranza Ramírez
Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
DCE. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Capítulo 3 Actitud hacia la sexualidad en los estudiantes universitarios 210

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Graciela Valeria Ávila Ramírez
Sandra Jassive Vega Ascencio
Dania Anahy Nieto Reyes
Lezly Ruby Pérez Charles
Erik Alejandro Alvarez Almaguer
Lucila Manuel Sánchez
Alberto Edén Delgado Hernandez

Capítulo 4 The Concept Analysis of HIV/AIDS Prevention in Mexico: 228

An Evolutionary View in Adolescent Population

Raquel A. Benavides-Torres, PhD
Dra. Norma Elva Sáenz Soto
Dr. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez
Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Dra. Olimpia Cortez Rivera

Parte 4. Climaterio y PostMenopausia 256

Capítulo 1. Experiencias y Significados de las Mujeres Mexicanas Durante la Transición del Climaterio a la Postmenopausia. Estudio Fenomenológico

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Dra. Juana Fernanda González Salinas

Parte 1
Cuidado de Enfermería

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 1

Título: La Autónoma como método diagnóstico del virus del papiloma humano

Dra. Gloria Maricela Guerra Rodríguez MD. Octavio Augusto Olivares Órnelas MGA. Héctor Manuel Gil Vázquez

Afiliación

Universidad Autónoma de Tamaulipas. H. Matamoros Tamaulipas, México.

Agradecimientos

Al Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) a través de la convocatoria “Apoyo a la reincorporación de ex becarios PRODEP” por el financiamiento externo para poder realizar esta investigación.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resumen

El virus del papiloma humano (VPH), específicamente los tipos 16 y 18 son los causantes del 70% del cáncer cervicouterino (CaCu) y de las lesiones precancerosas del cuello del útero. En países en desarrollo se presentan tasas elevadas de mortalidad por CaCu, ya que el acceso a pruebas de detección es escaso, por ello en muchas ocasiones se detecta la enfermedad en fases avanzadas ya cuando los síntomas son claros y las perspectivas de tratamiento no siempre son tan buenas. Se recomienda que todas las mujeres mayores 30 años se realicen pruebas de detección de VPH (OMS, 2019). La introducción de la auto-toma de muestras cervicales en campañas de primer nivel promete la captación de mayor cantidad de mujeres a través de educación de la salud y una dirección adecuada (Mariño, Serra, Gutiérrez, 2015). Por consiguiente, el objetivo del presente estudio de investigación es identificar la aceptabilidad de la como método diagnóstico para el virus del papiloma humano. Metodología: estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia y una muestra final de 56 mujeres; se utilizó estadística descriptiva para el análisis de la variable. Resultados: El perfil de las mujeres participantes en el estudio correspondió a una edad promedio de 27 años ($Mdn= 26$, $DE= 6.39$), predominó el estado civil solteras con 53.6% y se reporta un promedio de edad de inicio de su vida sexual a los 17 años ($Mdn=17.50$, $DE=2.95$), el 76.8% de las participantes menciono haber tenido más de

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

1 compañero sexual en toda su vida con un promedio de compañero sexuales de 3 ($Mdn=3.0$, $DE=2.42$), un 67.9% mencionó haberse realizado el Papanicolaou en el año en curso y un 44.6 % ha tenido un diagnóstico de displasia cervical. En cuanto a la aceptabilidad de la autónoma, el 100% de las participantes mencionaron que si elegirían la autónoma como método diagnóstico para el VPH, si consideran confiable el método y un 91.1% prefieren tomarlo ellas solas. Conclusiones: La autónoma es un método muy confiable y seguro, al igual que la muestra tomada a través del papanicolaou para la detección del VPH.

Palabras clave: autónoma, virus del papiloma humano, cáncer cervicouterino

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que actualmente hay más de 100 tipos del virus del papiloma humano (VPH) y estos son bastante comunes en todo el mundo, específicamente hay 13 tipos que son considerados oncogénicos o también llamados de alto riesgo, siendo el VPH tipo 16 y 18 causantes del 70% del Cáncer cervicouterino (CaCu) y de las lesiones precancerosas del cuello del útero. Mundialmente se ha iniciado la implementación de programas para la detección oportuna de lesiones precancerosas, con un impacto de prevención hasta el 80% de los casos de CaCu. Se afirma que la elevada tasa de mortalidad mundial por CaCu que presenta un 52% se vea reducida con la implementación de programas a través de la detección oportuna del VPH y las lesiones precancerosas (OMS, 2019).

Durante muchos años, la detección del CaCu se da mediante la prueba papanicolaou, esta se realiza para lograr una detección oportuna de lesiones precancerosas o cancerosas en mujeres que no presentan síntomas.

Si en la prueba al ser analizada se detectan lesiones precancerosas se puede dar inicio a un tratamiento accesible para evitar un el desarrollo de un cáncer. Este tipo de procedimiento también permite la detección del cáncer en sus fases iniciales. Sin embargo, en países en desarrollo se siguen reportando tasas elevadas de mortalidad por CaCu, ya que el acceso a pruebas de detección es escaso, por ello en muchas ocasiones se detecta la enfermedad en fases avanzadas ya cuando los síntomas son claros y las perspectivas de tratamiento no siempre son tan buenas. Se recomienda que

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

todas las mujeres mayores 30 años se realicen pruebas de detección de VPH (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2017). Actualmente se han buscado diversas alternativas para la detección de VPH y el diagnóstico oportuno del CaCU, si bien el papanicolaou es altamente efectivo se encuentran ciertas desventajas como lo serian, el tabú, la renuencia a realizarse la citología cervical por vergüenza, el miedo a dolor incomodidad y por otro lado las distancias a recorrer para llegar a un centro donde se realice el tamizaje e incluso los horarios de atención disponibles.

El tamizaje es un método de prevención, detección y tratamiento de las lesiones precancerosas impidiendo la presencia de un cáncer, es una estrategia costo-efectiva de primer nivel (OPS, 2019) y una solución encontrada actualmente para ampliar la cobertura y realizar una detección oportuna del VPH es la recolección de la muestra a través de la autónoma, donde la paciente es instruida por personal capacitado y se realiza este procedimiento sin preocupación sobre lo anteriormente mencionado.

La autónoma cervical de cribado apareció con la intención de que más mujeres se realizaran el tamizaje, se inició el uso de este método en campañas de citología cervical poblacional de las mujeres que por diversos motivos no acuden al ginecólogo. Se demostró que la autotomía es muy confiable y segura, al igual que la muestra tomada

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Por un ginecólogo a través del papanicolaou para la detección del VPH.

El conocimiento de las respectivas sensibilidades de la citología convencional y la detección del VPH mediante técnicas de biología molecular deben cambiar definitivamente las campañas de prevención actuales.

Se busca llevar un mejor control del CaCU con la promoción de la salud a nivel primario, mediante la aplicación de la vacuna contra el VPH (tipo 16 y 18) y en nivel secundario implementar las campañas de detección oportuna por medio de la autónoma, para así reducir los costos sanitarios y disminuir la tasa de prevalencia y mortalidad a causa de esta enfermedad (Mariño, Serra, Gutiérrez, 2015).

La introducción de la autónoma de muestras cervicales en campañas de primer nivel promete la captación de mayor cantidad de mujeres, por medio de educación de la salud y una dirección adecuada se podrá llevar este medio a comunidades de bajos recursos, de difícil ubicación geográfica, de culturas arraigadas o grupos de mujeres con tabúes acerca de la exploración vaginal. También se generará un menor gasto al reducir el costo de material y servidores sanitarios que realicen la toma de la muestra. Con la auto-tomase espera cambiar la actitud renuente hacia una prueba diagnóstica para detección del VPH y la aceptación de este método propone que por medio de la instrucción adecuada se adopte este tipo de prueba que es una alternativa a la citología vaginal convencional y se busca romper las diferentes barreas que presenta el

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA
Papanicolaou. Por consiguiente, el objetivo del presente
Estudio es identificar la aceptabilidad de la autónoma
como método diagnóstico para el VPH.

Metodología

El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, cuasi experimental realizado en una población de mujeres con vida sexual activa, donde a través de un muestreo por conveniencia se obtuvo una muestra final de 56 participantes femeninos residentes de la ciudad de Matamoros, Tamaulipas.

La difusión se realizó por medio de las redes sociales donde se captaron mujeres interesadas en realizarse un examen de detección de VPH con el método autónoma, utilizando el dispositivo IUNE HPV test, este dispositivo tiene el tamaño y la forma específica de un tampón, a través del cual se toma una muestra representativa de las células del cuello uterino. Este dispositivo es del tipo autónoma, es decir, la paciente toma la muestra por sí misma (Lázaro, S.F.). La captación de las participantes fue a través de un video informativo donde se mostraba el dispositivo a utilizar y el procedimiento de recolección. Cada participante fue recibida en instalaciones privadas donde se explicó el objetivo del proyecto para proceder a firmar el consentimiento informado y responder la cédula de datos personales. Una vez estaban listas la participante ingresaba al consultorio en donde se les se les capacitaba para realizar la autotoma y se les daba privacidad para que

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Realizaran el procedimiento ellas mismas, una vez hubieran terminado la recolección de la muestra, posteriormente el dispositivo fue etiquetado y foliado por el investigador así como los instrumentos y se les entregaba a las participantes su número de folio. Al salir del consultorio se les aplicaba el instrumento de Aceptabilidad de la Autónoma (Hernández-Márquez, et al. 2014) estructurado de 22 preguntas dicotómicas, para el presente estudio se consideraron únicamente 6 reactivos de la dimensión de aceptación de la autónoma como prueba diagnóstica para detección de CaCU. Las muestras fueron preparadas en 4 bloques para envío y análisis al laboratorio GENOMOL en Acapulco, Guerrero.

Resultados

Las participantes presentaron un perfil correspondiente a una edad promedio de 27 años (Mdn= 26, DE= 6.39), predominó el estado civil solteras con 53.6% y se reporta un promedio de edad de inicio de su vida sexual a los 17 años (Mdn=17.50, DE=2.95), el 76.8% de las participantes menciono haber tenido más de 1 compañero sexual en toda su vida con un promedio de compañero sexuales de 3 (Mdn=3.0, DE=2.42), un 67.9% mencionó haberse realizado el Papanicolaou en el año en curso y un 44.6 % ha tenido un diagnóstico de displasia cervical.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 1

Características sociodemográficas

<i>Características</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Soltera	30	53.6
Casada	22	39.3
Viuda	1	1.8
Divorciada	1	1.8
Unión libre	2	3.6
<hr/>		
Método de planificación familiar		
No aplica	24	42.9
Preservativo	9	16.1
Pastillas anticonceptivas	6	10.7
DIU	5	8.9
Inyecciones	8	14.3
OTB	3	5.4
Implante	1	1.8

Nota: n= 56 mujeres. f= frecuencia. Cédula de datos personales.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

En cuanto a la aceptabilidad de la autotoma, el 100% de las participantes mencionaron que si elegirían la autotoma como método diagnóstico para el VPH, si recomendarían la autotoma como método diagnóstico sus familiares y conocidas, si consideran confiable el método y un 91.1% prefieren tomarlo ellas solas

Tabla 2

Aceptabilidad de la autónoma

Reactivo	<i>f</i>	%
Elegiría la autónoma para la detección de VPH		
Sí	56	100
Considera confiable la autónoma		
Sí	56	100
Repetiría la autónoma vaginal en casa		
Sí	54	96.4
No	2	3.6
Recomendaría la autónoma a otras mujeres		
Si	56	100
Prefiere al médico o a la enfermera		
Médico	38	67.9
Enfermera	18	32.1
Prefiere realizar la toma ella misma		
Si	51	91.1
No	5	8.9

Nota: n= 56 mujeres portadoras de VPH. Aceptabilidad de la autónoma

Discusión

En cuanto al perfil sociodemográfico, los resultado reportan mujeres que se encuentra en un grupo de adultos jóvenes con un promedio de 27 años, a diferencia de otros estudios donde la población participante se encontraba en el grupo de jóvenes o de adultos (Martínez & Cambra, 2018; Páez et al, 2016), por lo que se considera relevante seguir ampliando los estudios en diversos grupos de edad.

En lo correspondiente a la aceptabilidad de la autónoma como un método diagnóstico, los resultados reflejan que las participantes mostraron una alta Aceptación a la realización de dicho examen, las participantes también reconocieron al examen como un método confiable, recomendable y preferente, estos resultados se asemejan con el de Moran y colaboradores (2017) quienes reportan que más de la mitad de las participantes en su proyecto tienen una mayor preferencia sobre dicho examen diagnóstico debido al poco tiempo invertido en este, sin embargo, el 32% Reporto una inseguridad para realizar la autónoma correctamente. En el presente trabajo de Investigación una minoría (8.5%) de las mujeres reportaron que prefieren que la muestra sea tomada por un médico, aun así, la mayoría de las participantes (91%) afirmaron que prefieren realizarse la toma ella misma.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Se encontraron estudios donde se analizó la implementación de la autónoma en un programa de salud pública, en él los profesionales de la salud demostraron estar altamente satisfechos con el ofrecimiento de este método, ya que las pacientes mostraron una buena aceptabilidad al método y les fue posible captar una mayor cantidad de participantes (Curotto et al. 2017; Curotto et al. 2018). En estos estudios se concuerda con que las participantes presentaron una alta aceptabilidad a este método diagnóstico.

Conclusión

La autónoma es un método muy confiable y seguro, al igual que la muestra tomada a través del papanicolaou para la detección del VPH.

Referencias

Curotto, M., Barletta, P., Paolino, M. & Arrossi, S. (2017). La perspectiva de los agentes sanitarios sobre la incorporación programática de la autónoma del test de VPH. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(4).

Curotto, M., Zalacaín-Colombo, J., Palomino, M. & Arossi, S. (2018). Adopción e implementación del ofrecimiento de la autónoma VPH por agentes sanitarios en Jujuy, Argentina. *Salud Publica México*, 60(6), 674-682.

Hernández-Márquez, C. I., Salinas-Urbina, A. A., Cruz-Valdez, A. & Hernández-Girón, C. (2014) Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. *Revista Salud Pública*, 16(5), 697-708.

Lázaro, M. R. (S. F.) Nuevo programa de screening con autónoma y HPV; una mejora de los programas de cribado del cáncer de cuello uterino en España. Recuperado de [file:///D:/Propuestas%20de%20futuro%20para%20la%20mejora%20del%20Programa%20Screening%20de%20C CU%20en%20España.pdf](file:///D:/Propuestas%20de%20futuro%20para%20la%20mejora%20del%20Programa%20Screening%20de%20C%20CU%20en%20España.pdf)

Mariño, H., Serra, E. & Gutiérrez, A. (2015). La autónoma es tan efectiva como las muestras obtenidas por el ginecólogo para la detección del HPV. *Medicina Balear*, 30(1), 16-20.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Morán, F., Cárcamo, C., Valderrama, M. & García, P. J. (2017). Preferencias y satisfacción hacia un programa de tamizaje con pruebas auto administradas de detección del virus del papiloma humano. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(2), 228-232.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Papiloma virus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

Organización Panamericana de la Salud, & Organización mundial de la Salud. (2017). Programa Mundial Conjunto de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino apoyará a Bolivia Recuperado de https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2056:programa-mundial-conjunto-de-las-naciones-unidas-sobre-la-prevencion-y-el-control-del-cancer-cervicouterino-apoyara-a-bolivia&Itemid=481.

Organización Panamericana de la Salud. & Organización Mundial de la Salud. (2019). Plan de Acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=plan-accion-cancer-cervicouterino-2018-2030&Itemid=270&lang=es

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 2

Título Corto: Estudio comparativo de factores asociados a la reincidencia de psoriasis en dos poblaciones

Título: Identificación de factores asociados a la reincidencia de psoriasis en una comunidad indígena

Filomena Damián Joaquín
Maylin Almonte Becerril

Afiliación

Universidad Intercultural del Estado de Puebla

Agradecimiento:

A la Universidad Intercultural del Estado de Puebla

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

Por otro lado, aunque la incidencia de muerte relacionada a la psoriasis es mínima, sus manifestaciones físicas y psicológicas la hacen incapacitante. Este padecimiento suele aparecer a cualquier edad, pero existe un pico de incidencia entre la segunda y tercera década de la vida y otro más moderado entre la quinta y sexta (García A, y otros, Actualización en el tratamiento de la psoriasis , 2013). Además, existe un fuerte componente genético puesto que alrededor del 30% de los pacientes con psoriasis tienen un familiar de primer grado con la enfermedad (Velásquez Flores, 2017).

Estudios previos, mencionan que en poblaciones caucásicas y asiáticas los pacientes con psoriasis sufren de otras condiciones crónicas inflamatorias como artritis reumatoide y enfermedad inflamatoria intestinal con mayor frecuencia que la población general (Lutz & Cruz, 2013). Se dice que entre el 20 y 30% de los pacientes con psoriasis desarrollan una artritis psoriasica, la cual puede preceder, ser concomitante o posterior a las manifestaciones cutáneas de la psoriasis (Martinez, y otros, 2013).

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica no contagiosa y sistémica de naturaleza inmunológica con predisposición genética y desencadenantes multifactoriales (Psoriasis, 2009). El paradigma actual sobre la psoriasis apunta que todo inicia cuando el sistema inmunitario envía señales erróneas que aceleran

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Hasta 4 veces el ciclo de crecimiento de los queratinocitos (células que predomina en la epidermis y que es la encargada de sintetizar queratina), generando pápulas escamosas con aumento de la proliferación epidérmica en regiones cutáneas focales (Barco Yance, 2014).

Aunque la enfermedad no es hereditaria, existe predisposición genética para padecerla y son necesarios además, otros factores desencadenantes como traumatismos (fenómeno de Koebner), infecciones, alteraciones hormonales, problemas metabólicos, uso prolongado de fármacos (betabloqueantes, litio, antimaláricos, AINES), problemas psicológicos (estrés), y Abuso de sustancias como el alcohol (Martin Martin, 2015; Serna, Vitales, C. Lopez, & Molina).

Existen muchos tipos de psoriasis pero la presentación más frecuente es la psoriasis en placas (Vergara, y otros, 2017) cuya manifestación clínica más abundante es la aparición de lesiones cutáneas bien definidas y de bordes irregulares, enrojecidas y recubiertas de escamas de grosor variable (Garcia A, y otros, Actualización en el tratamiento de la psoriasis, 2013). Esta enfermedad se caracteriza por el gran número de caídas y remisiones que persisten a lo largo de la vida (Garcia A, y otros, Actualización en el tratamiento de la psoriasis, 2013); por lo cual, se requieren frecuentes consultas y ajustes en el tratamiento, ocasionando en su mayoría insatisfacción por la dificultad para una resolución total en los pacientes (Chanussot & Arenas, 2015).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

De acuerdo con algunos estudios realizados por la Asociación de Pacientes con Psoriasis y Familiares (APPF), se ha detectado que la psoriasis afecta a las personas incluso durante sus actividades recreativas. Además, una de cada 10 personas afectadas con PS ha tenido que abandonar su trabajo, y un 70% de ellas afirma sentir vergüenza y/o miedo al rechazo al relacionarse con sus parejas y la sociedad (Martin Martin, 2015). La PS es una enfermedad no contagiosa (Psoriasis, 2009) que no tiene una etiología establecida; sin embargo, existen factores que favorecen la aparición de esta enfermedad ya que Este padecimiento es crónico. Desafortunadamente, es de difícil diagnóstico debido a que aunque este sea meramente clínico, ante una duda o sospecha se debe realizar un diagnóstico diferencial que incluye distintas enfermedades como la tiña, liquen, plano y lupus eritematoso, por mencionar algunos; lo que agrava la situación y hasta ahora se desconocen los factores asociados con su aparición y reaparición (Garcia A, y otros, Actualización en el tratamiento de la psoriasis, 2013).

Por tanto, el deficiente conocimiento que se tiene acerca de este tema repercute de forma negativa entre las personas ya que no se le da ni el tratamiento adecuado ni la importancia requerida; es por ello que esta patología complica aún más la salud, y todo debido a la falta de información sobre el cómo evitar el desarrollo de la enfermedad (Martin Martin, 2015).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Objetivo

Realizar un estudio comparativo de los factores asociados a la incidencia de placas psoriásicas entre los habitantes del municipio de Xochitlán de Vicente Suarez, Puebla; y pacientes de la Asociación mexicana contra la psoriasis (AMCPSO).

Metodología

Estudio analítico, correlacional y transversal donde a través de un instrumento de recolección de datos, se eligieron dos poblaciones: una rural y otra urbana, en las cuales se realizó una entrevista para identificar el tipo de Psoriasis, evolución y severidad; los factores sociodemográficos, familiares, nutricionales e individuales asociados a la incidencia y reincidencia de placas psoriásicas.

Resultados

En ambas poblaciones de estudio el tiempo de evolución era de más de 5 años, con alta severidad en ambas poblaciones. La eficacia del diagnóstico fue menor en la zona rural; sin embargo, en ambos casos el tratamiento ha resultado ineficiente. El impacto en su vida es elevado en las dos poblaciones, e incluso, en zonas urbanas su padecimiento ha afectado su desenvolvimiento en el trabajo.

Los factores nutricionales y el estrés laboral muestran un impacto en la aparición de las placas.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Discusión

El porcentaje de personas con psoriasis en México es 2%; sin embargo, en la comunidad de Xochitlán de Vicente Suarez, se ha identificado un elevado número de pacientes, lo que muestra un impacto significativo para entender los factores asociados a la incidencia y reincidencia de la psoriasis. Aunque en todos los casos la aparición inicial no muestra un patrón en común, nuestros resultados mostraron que la alimentación, el estrés, el clima y la forma de vida tienen un impacto en la aparición de las placas psoriásicas.

Conclusión

La alimentación, el estrés y el clima influyen en la re-aparición de placas psoriásicas tanto en pacientes del municipio de Xochitlán, como de la asociación.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Referencias

Barco Yance, K. Y. (2014). Factores de riesgo e índice de prevalencia de la psoriasis en pacientes de la consulta externa del hospital universitario de Guayaquil 2014-2015. Guayaquil – Ecuador.

Barco Yance, K. Y. (2014). Factores de riesgo de Índice de prevalencia de la psoriasis en pacientes de la consulta externa del hospital universitario de Guayaquil 2014-2015. Guayaquil – Ecuador.

Chanussot, C., & Arenas, R. (2015). Psoriasis. Estudio descriptivo y comorbilidades en 114 pacientes. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 13(1), 20-23.

Esquivel Garcia, R., Estevez Delgado, G., Rodríguez Orozco, A., Ochoa Zarzosa, A., & García Pérez, M. (2017). La psoriasis: de la investigación básica y clínica al Desarrollo de nuevos tratamientos. *Gaceta Médica de México*.

Franco, M., Gonzales, C., Londoño, Á., Velásquez, C., Cárdenas, P., & Colmenares, L. (Enero-Febrero de 2019). Administración práctica de la terapia convencional. *Dermatol Rev Mex*, 63(1), 68-73.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

García A, F., Martínez Valdivieso, L., Menéndez Ramos, F., Barreda Hernández, D., Mejía Recuero, M., & Barreira Hernández, D. (2013). Actualización en el tratamiento de la psoriasis. (SESCAM, Ed.) Boletín Farmacoterapeutico de casilla-la mancha, XIV (1).

García A, F., Martínez Valdivieso, L., Menéndez Ramos, F., Barreda Hernández, D., Mejía Recuero, M., & Barreira Hernández, D. (2013). ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS. (SESCAM, Ed.) BOLETÍN FARMACOTERAPEUTICO DE CASTILLA-LA MANCHA, XIV (1).

Lockwood, S. (Enero de 2017). Tópicos sobre psoriasis, incluidos tratamientos emergentes y actualizaciones de. Internacional Psoriasis Council, 13(1). sistémica con un tratamiento limitado. Rev Med Hondur, 81(2-4).

Martin Martin, A. (2015). Psoriasis y consecuencias en la vida de personas entre 15 y 65 años tratada en el hospital general de la palma. Universidad de la laguna.

Martínez, M., Levrero, P., Carusso, R., Morales, C., Arretche, V., Nicola, A.,. . . Restano, M. (2013).

Psoriasis Vulgar moderada y severa: opciones terapéuticas (tratamientos convencionales). Arch Med Interna, 35(3), 93-100.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Ortega Ojeda, A. D., & Becerril Esteban, J. (2014).
“CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON PSORIASIS QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL 220, TOLUCA, MÉXICO, 2013”. UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, FACULTAD DE
MEDICINA. Medicina-Química.

Psoriasis, C. L. (2009). Guías de Tratamiento. Sociedad
Latinoamericana de Psoriasis.

Serna, J., Vitales, M., C. López, M., & Molina, A. (s.f.).
BASES FISIOLÓGICAS. En Dermatología.

Velásquez Flores, J. S. (2017). Psoriasis: presentación de
un caso y revisión bibliográfica. Rev. Med Hondur, 85(3 y
4).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 3

Título: Enfermería, terapia infusiva y norma oficial mexicana 022-SSA3-2012

Romero Villeda Laura Yareli
Rocha Lara Elsie Ariadna
Pineda Olvera Juan

Afiliación

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Agradecimientos

Al Hospital General “Dr. José María Rodríguez”, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), por el apoyo otorgado para la realización de la presente investigación.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resumen

Objetivo

Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre la instalación de la terapia de infusión intravenosa del personal de enfermería del Hospital General “Dr. José María Rodríguez”, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México, con la Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2012.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Conformado por una muestra no probabilística a conveniencia de 50 profesionales de enfermería, del Hospital General “Dr. José María Rodríguez” de los servicios críticos (urgencias y unidad de cuidados intensivos adultos y neonatales) y semicríticos (cirugía general, medicina interna, ginecoobstetricia y pediatría).

Se aplicó un cuestionario conformado por 35 preguntas para identificar el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería acerca de la terapia de infusión intravenosa y su relación con la NOM 022, el cual se evaluó con una escala que va desde nivel bajo, medio y alto; dividido en tres apartados.

La validación se realizó mediante consulta a expertos, Mientras que la confiabilidad fue de 0.76 a través de “r de Pearson” y 0.68 por alpha de Cronbach.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resultados

Se observó que un 82% son mujeres; 74% pertenece a servicios semicríticos y 26% a servicios críticos. El 32% del personal refirió que no ha tomado ningún curso alusivo a la TIIV. Se encontró que 92% obtuvo un nivel bajo de conocimientos respecto a la TIIV con relación a la NOM 022, y únicamente 8% tuvo un conocimiento medio. En cuanto al nivel profesional educativo en relación al nivel de conocimientos del personal de enfermería, acerca de la TIIV, respecto a la NOM 022, se presentó un conocimiento bajo con un 30% en técnicos en enfermería, seguido de 26% a nivel licenciatura y, 18% tanto en el personal auxiliar como especialista; en conocimiento medio, el personal de enfermería a nivel técnico obtuvo el 6% y sólo 2% con licenciatura.

Palabras clave: *cateterismo periférico, infusión intravenosa, enfermería*

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

La terapia de infusión intravenosa, es un procedimiento que consiste en la administración de sustancias líquidas directamente en una vena mediante la instalación de una aguja o catéter, que se inserta en la luz del vaso sanguíneo, esto permite el acceso inmediato al torrente circulatorio para suministrar líquidos y/o medicamentos con fines diagnósticos, profilácticos y terapéuticos, más utilizado desde la mitad del siglo XX.

Para llevar a cabo la instalación de terapia de infusión, el personal de enfermería debe seguir de manera sistemática el procedimiento, desde la preparación del material hasta el retiro, además de hacerlo bajo normativas institucionalizadas; en nuestro país contamos con la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, la cual instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. En este contexto, uno de los materiales principales son los catéteres de acceso vascular, los cuales son dispositivos instalados con mayor frecuencia en una persona hospitalizada, sin embargo, requieren de vigilancia constante, para prevenir alguna complicación, y, aunque la incidencia de infecciones locales o sistémicas asociadas a su utilización, suele ser baja, ocasionan gran morbilidad por la frecuencia con la que se emplean e inclusive en algunos casos, por el uso de técnicas inapropiadas para su instalación, como es el caso de la multipunción, provocando efectos colaterales en la persona.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Los accesos vasculares son muy frecuentes en el ámbito hospitalario, además, costosos y potencialmente mortales si no se aplican y utilizan de manera correcta; actualmente con los grandes avances tecnológicos se ha dado lugar a que cada vez un mayor número de procedimientos de atención directa al paciente alcancen un nivel de especialización y complejidad tal que, al ser mal ejecutados o violadas ciertas precauciones antes, durante y al final del proceso, se transformen en un delito de carácter administrativo, civil y en ocasiones, incluso penal (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, na).

Ahora bien, para la administración de la terapia de infusión intravenosa se desarrollaron criterios mínimos para la instalación, mantenimiento y el retiro de los accesos venosos periféricos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2012; también en las *“Recomendaciones específicas para enfermería sobre el proceso de terapia intravenosa”* emitido por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en colaboración con la Comisión Permanente de Enfermería y en el Sistema INDICAS por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente con el indicador de Enfermería: *“Vigilancia y control de la venoclisis instalada”*, dichos criterios e indicador deben ser de carácter obligatorio para todo el personal de enfermería, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad en la atención de los pacientes y evitar efectos adversos.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Cabe mencionar, que en caso de no llevar a cabo los criterios para la instalación, se puede ocasionar múltiples complicaciones de las ya provocadas por la naturaleza del procedimiento; puesto que la terapia de infusión intravenosa (TIIV) es un procedimiento invasivo para el organismo, además de ser una actividad específica del profesional de enfermería, ya que es quien instala, mantiene, cuida y evalúa de manera constante si ésta se está administrando de forma idónea y quien retira las vías de acceso venoso periférico y en ocasiones, el central (Castañeda FA., Pérez Castro y Vázquez, JA., Soto AM, 2015).

En México entre el 80 y 95% de los pacientes hospitalizados reciben tratamiento por vía intravenosa y en los Estados Unidos de Norteamérica se colocan anualmente más de 5 millones de catéteres venosos centrales y más de 200 millones de catéteres venosos periféricos (Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2012). Ahora, en cuanto a los efectos adversos que se pueden ocasionar por el uso incorrecto o mal vigilancia/monitoreo del catéter periférico, oscila entre 1% y 10% de casos en lo que se desarrollan infecciones locales o sistémicas, causadas por alteración o ruptura de la integridad de la piel que permite el paso de microorganismos colonizadores (Hoffman KK, Weber DJ, Samsa GP, Rutala WA. 1992; 6.Pettit D, Kraus V. 1995).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Las complicaciones o eventos adversos que se reportan con mayor frecuencia son: la flebitis química, entre 13 y 55 %; la infiltración, entre 11 y 58 %; la obstrucción, entre 19.5 y 23 %; y la salida accidental entre 6 y 15 %. La flebitis bacteriana ha recibido mayor atención, dado que puede progresar a celulitis y sepsis; Afortunadamente su frecuencia es baja (Capdevila JA. 2013; Hadaway L. 2012). La incidencia de infecciones relacionada a catéteres o líneas vasculares, en gran parte se deben a la más grave bacteriemia denominada BRC, que es uno de los eventos adversos severos, asociados a la atención integral de la persona hospitalizada; la manera de prevenir este problema, es la capacitación y entrenamiento formal del personal de enfermería en la instalación de los catéteres venosos (CV), además, se debe asegurar la instalación de cualquier CV utilizando la barrera de protección para impedir la contaminación del campo estéril, como por ejemplo: el uso de mascarilla, un gorro, delantal estéril, guantes estériles y un campo estéril lo más amplio posible, pero sobre todo el lavado de manos con el procedimiento institucionalizado por la OMS; por otro lado, la piel del paciente debe ser preparada con un antiséptico, por ende se puso en marcha en todas las unidades hospitalarias el proyecto de Bacteriemia Zero. El reto es disminuir la incidencia de complicaciones por instalación de catéter venoso, además de la capacitación del personal de enfermería para llevar a cabo TIIV de manera sistemática y bajo las recomendaciones de la NOM-022-SSA3-2012.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

El objetivo del presente estudio fue identificar el nivel de conocimientos sobre la terapia de infusión intravenosa del personal de enfermería del Hospital General “Dr. José María Rodríguez”, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), respecto a los criterios que marca la Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2012.

Metodología

Estudio descriptivo, correlacional, transversal y comparativo, con una población 344 profesionales del área de enfermería, de los cuales 94 pertenecen al turno matutino que laboran en el Hospital General “Dr. José María Rodríguez”. El muestreo utilizado fue no probabilístico a conveniencia, con una población de 50 enfermeras de los servicios críticos (urgencias, cuidados intensivos adultos y neonatales) y semicríticos (cirugía general, medicina interna, gineco obstetricia y pediatría).

El cuestionario se construyó con 35 preguntas cerradas, en el que sus respuestas fueron de opción múltiple, cada pregunta fue evaluada como correcta e incorrecta, considerándose como calificación global el conocimiento, en una escala de: alto (10 – 9), medio (8 – 6), bajo (<6). La validez de contenido se realizó por jueceo de tres expertos, en dos rondas y a través de “*r* de Pearson” de 0.76 y por Alfa de Cronbach fue de 0.68, para su fiabilidad.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

La recolección de la información se hizo con previa autorización de la institución y de la jefatura de enfermería del mismo hospital y con el consentimiento informado de los sujetos de estudio. Con fundamento en el artículo 17 fracción I, y artículo 21 de la Ley General de Salud, considerando la confidencialidad y privacidad en el manejo de la información. Se utilizó el programa Statical Package Social Science (SPSS) 22.0 versión 2018, el análisis con estadística descriptiva y no paramétrica a través de la prueba de Chi cuadrada y t de Student para la asociación de indicadores.

Resultados

En la población estudiada, predominó el sexo femenino con el 82%, el promedio de edad fue de 25 y 35 años (46%), el porcentaje del personal de enfermería que labora en los servicios críticos y semicríticos, son el 26 y 74%, respectivamente. Respecto a la antigüedad laboral, prevaleció que el 60% tiene una antigüedad que va de 1 a 10 años; en relación al cargo profesional contractual del personal de enfermería, refirieron que el 82% corresponde al personal de enfermería general y el 18% es considerado como especialista. La proporción de quienes han asistido a curso sobre TIIV, un 32% no ha tomado ningún curso de educación continua (tabla No. 1). Respecto al nivel de conocimientos evaluado en escala, se tuvo que para el conocimiento obtenido acerca de la TIIV con relación a la NOM 022-SSA-2012, los datos fueron,

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Bajo con un 92% (Fr. 46), y 8% medio (Fr. 4): ahora bien, en cuanto a los conocimientos que tiene el personal acerca de la TIIV el 86% del personal se clasificó en un nivel “bajo” y el 14% medio; mientras que el conocimiento en relación a la NOM 022-SSA-2012, el personal obtuvo un 66% bajo, el 30% medio, y el 4% conocimiento alto (tabla No.2).

Tabla 1.

Características generales del personal de enfermería

Características		Fr	%
Sexo	Femenino	41	82
	Masculino	9	18
Edad (años)	25 a 35	23	46
	36 a 45	12	24
	46 a 55	11	22
	Mayo de 65	4	8
Servicios	Críticos	13	26
	Semicríticos	37	74
Antigüedad laboral (años)	1 a 10	30	60
	11 a 20	9	18
	21 a 30	10	20
	Mayor de 31	1	2
Cargo	Enf. General	41	82
	Enf. Especialista	9	18
Curso sobre TIIV	No	16	32
	Si	34	68

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 2.
Nivel de conocimiento

Escala	Terapia de Infusión Intravenosa respecto a la NOM-022-SSA3-2012		Terapia de infusión intravenosa (TIIV)		NOM-022-SSA3-2012	
	<i>Fr</i>	<i>%</i>	<i>Fr</i>	<i>%</i>	<i>Fr</i>	<i>%</i>
Bajo	46	92	43	86	33	66
Medio	4	8	7	14	15	30
Alto	_____	_____	_____	_____	2	4

Comparando del nivel de conocimientos acerca de TIIV respecto a la NOM 022, el nivel de conocimientos, fue bajo 26% en las áreas críticas y con el 74% en las áreas Semicríticas, dado que en los servicios como urgencias y la UCI tuvieron un nivel bajo con un 20% y 6% respectivamente, mientras que en el servicio de cirugía general el 10%, pediatría 12%, medicina interna y Gineco obstetricia 8%, y con conocimiento medio pediatría y ginecología con el 2% y medicina interna con el 4% (tabla No. 3).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 3.

Comparación del nivel conocimientos del personal de enfermería acerca de la terapia de infusión intravenosa, respecto a la NOM-022-SSA3-2012, en las áreas críticas y semicríticas.

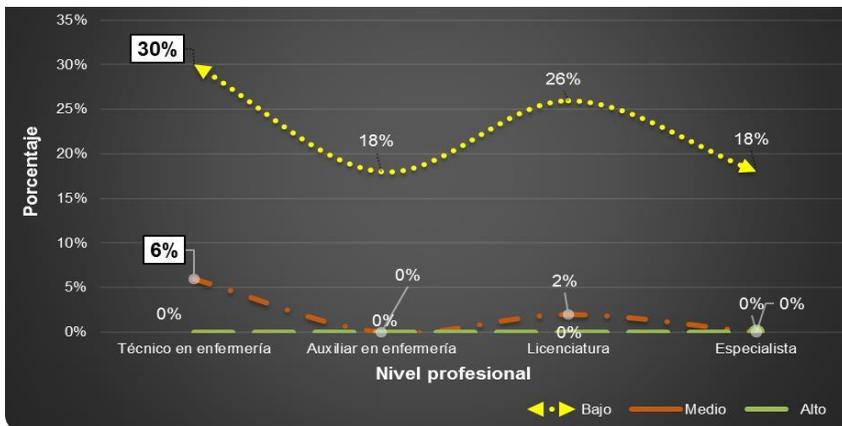
Nivel de conocimientos		Bajo		Medio	
Áreas	Servicios	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Críticas	Urgencias	10	20	0	0
	UCI	3	6	0	0
Semicríticas	Cirugía general	5	10	0	0
	Pediatría	12	24	1	2
	Medicina Interna	8	16	2	4
	Gineco obstetricia	8	16	1	2
Total		46	92	4	8

El nivel profesional educativo en relación al nivel de conocimientos del personal de enfermería, acerca de la terapia de infusión intravenosa, respecto a la NOM-022-SSA3-2012, se observó que el técnico en enfermería presentó un conocimiento bajo con un 30%, seguido de 26% nivel licenciatura y, 18% tanto en el personal auxiliar como

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

el personal especialista; ahora, en cuanto a conocimiento medio, el personal de enfermería a nivel técnico obtuvo el 6% y 2% con licenciatura (gráfica No. 1).

Gráfica 1.



Nivel profesional en relación al nivel de conocimiento del personal de enfermería, acerca de la TIIV respecto a la NOM-022-SSA3-2012

Discusión

El procedimiento de la terapia de infusión intravenosa es de suma importancia para el profesional de enfermería, por ello debe contar con los suficientes conocimientos en cuanto al protocolo a realizar para aplicar la instalación de la TIIV, así como lo regulado por la NOM 022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos, esto ayudará a evitar complicaciones en la persona que requiere del uso de la TIIV, además de prevenir infecciones ante la instalación de este procedimiento invasivo, por ende el personal debe actualizarse continuamente.

Con base al número de personal que labora en los servicios críticos y semicríticos, el resultado fue diferente en comparación con los datos arrojados en el estudio realizado por Hidalgo MB, López EM, García GMA, Ramos MKA, Acosta AM, Almaraz MEL (2017). Con respecto a la antigüedad laboral como personal de enfermería operativo, se obtuvieron con mayor porcentaje aquellos que tienen una antigüedad laboral de uno a diez años en relación a los datos arrojados por Aracayo VV (2015).

Conclusión

En el presente estudio se encontraron resultados significativos en relación al nivel de conocimientos del personal de enfermería, se observó que muestran un nivel de conocimientos bajo en relación a la terapia de

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Infusión intravenosa, así como de la NOM 002-SSA-2012, Así como también, se identificó que el nivel profesional y el área laboral donde el personal ejecuta dicho procedimiento, no tienen relación con el nivel de conocimientos. Hoy en día es de suma importancia que el personal de enfermería tanto de nuevo ingreso a una institución de salud, como el de mayor antigüedad, cuente con educación continua en procedimientos invasivos como lo es la TIIV, dado que día a día se innova con respecto al material, protocolo y normas que regulan El procedimiento; además ayudará a prevenir complicaciones en el paciente, durante y posterior al instalarle un catéter periférico

Referencias bibliográficas

Almazán CMR, Jiménez SJ. Estandarización de la terapia intravascular a través de clínicas de catéteres, 2012. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. [en línea]. 2013 [citado agosto 09, 2019]; 21 (3): 163-169. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim133f.pdf>

Aracayo VV. (2015). Competencia de enfermería en la instalación, mantenimiento y retiro del catéter venoso periférico en pacientes internados en la caja petrolera de salud La Paz 2013. [Tesis]. Universidad Mayor de San Andrés. Recuperado de: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/15518/TE-974.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Capdevila JA. (2013). El catéter periférico: el gran olvidado de la infección nosocomial. Rev. Esp Quimioter, 26(1):1-5. Recuperado de: <https://seq.es/wpcontent/uploads/2009/12/capdevila.pf>

Castañeda FA., Pérez Castro y Vázquez, J.A., Soto AM. (2015). Efficacy of nursing practice in Intravenous Infusion Therapy. Revista CONAMED, 20(1): 527-534. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/cons151e.pdf>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (na). Recomendaciones para el personal de enfermería en la terapia endovenosa. México, D.F. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DO>

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

CSAL7584.pdf

Garnacho Montero J, Ortiz Leyva C. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la sepsis por catéter en nutrición parenteral. *Nutr Clin Med*. 1(3): 153-62.

Citado en: Seis dedos Elcuaz, R., Conde García, M. ^ª C., Castellanos Monedero, J. J., García-Manzanares Vázquez-de Agredos, A., Valenzuela Gámez, J. C., & Fraga Fuentes, M. ^ª D. (2012). Infecciones relacionadas con el catéter venoso central en pacientes con nutrición parenteral total. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 775-780. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5729>

Hoffman KK, Weber DJ, Samsa GP, Rutala WA. (1992). Transparent polyurethane film as an intravenous catheter dressing: a met analysis of the infection risk. *JAMA*. Apr 15; 267(15):2072-6. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1532429>
instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012

Santiago VME. (2012). Relación entre conocimiento y práctica sobre cateterismo venoso periférico en los enfermeros de hospitalización de medicina general del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2011. *Per Obst Enf*; 8 (1): 10-21. Recuperado de: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/download/670/523>

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 4

Título: Automanejo de la Diabetes Tipo 1 en Adolescentes de una Institución Privada de Salud.

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Diana Analí Bonilla Cantú

Elvira Margarita Escobar García

Sheila Saraí Hermsillo Gámez

Mayra Lizbeth Ramírez Pinales

Afiliación:

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Agradecimiento:

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resumen

Introducción

La diabetes tipo 1 (DT1) en adolescentes, afecta profundamente la función de la familia, las relaciones de amigos y lo económico, a consecuencia del tratamiento complejo que requieren para un control adecuado. Conocer como es el automanejo de estos adolescentes puede ayudar a las enfermeras a identificar necesidades de apoyo adicional de autocontrol.

Objetivo

Describir el automanejo de los adolescentes que padecen DT1 que proceden de una institución de salud privada.

Material y Métodos;

Se desarrolló un estudio descriptivo con 40 adolescentes con DT1, se aplicó el instrumento Automanejo de la DT1 en adolescentes (SMOD-A siglas en ingles), se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos

Resultados.

Se estudiaron 15 mujeres (37.5%) y 25 hombres (62.5%), las edades oscilaron entre los 12-19 (M=15; DE, 2.23) años de edad. Se obtuvo que el automanejo de DT1 fue moderado, las subescalas que obtuvieron más bajos puntajes fue actividades de cuidado y resolución de problemas.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Conclusión.

Existe un automanejo moderado de la DT1 de los adolescentes, promover habilidades de acciones de cuidado de la DT1 y resolución de problemas por parte de enfermería puede ayudar a mejorar el automanejo de DT1 en los adolescentes.

Palabras clave: *diabetes, adolescente, automanejo de la diabetes*

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

La Diabetes Tipo 1 (DMT1) es un problema de salud pública a nivel mundial, (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015) estima que 78,000 niños desarrollan DMT1 cada año, se señala que para el 2030 será la séptima causa de muerte a nivel mundial. La distribución mundial de la DMT1 varía considerablemente de una región a otra. Por ejemplo, se estimó en el 2006 que Europa tenía el mayor número de prevalencia de casos, seguido por el sudeste de Asia, incluida la India. En cambio, la región occidental del Pacífico, incluyendo China tenía el número más bajo de prevalencia de casos (Stanescu, Lord & Lipman, 2012). La Asociación Americana de Diabetes (2017) señala que el 5% de niños menores de 15 años padece DMT1. En México se reporta que 542,000 niños viven con DMT1 (Secretaría de Salud [SS], 2015), así mismo uno de cada tres niños de 0 a 14 años muere por complicaciones de diabetes lo que la ubica en el 12° lugar de morbilidad en niños menores de 15 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

Por lo tanto, cuidar a los niños con diabetes tipo 1 es un tema importante para los proveedores de atención médica.

La DMT1, afecta profundamente la función de la familia, las relaciones de pareja y lo económico, a consecuencia del tratamiento complejo que requieren para un control

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Adecuado, ocasiona que la enfermedad se viva como algo catastrófico y esto afecta la adherencia terapéutica, seguir las recomendaciones para realizar actividad física, seguir una dieta y auto-aplicarse la insulina (Asociación Americana de Diabetes, 2017). Vivir con un individuo que padece diabetes es algo complejo, especialmente si éste es un niño o adolescente; pues el impacto del diagnóstico genera ansiedad en los cuidadores primarios y que se revierte sobre el niño o adolescente haciendo que su ansiedad sea todavía más intensa y frecuente. Además, esta enfermedad conlleva gastos económicos considerables (Chen et al., 2017).

La OMS (2010) estima que entre 4% y 5% de los presupuestos de salud se gastan en las enfermedades relacionadas con la DMT1, por lo tanto, los gastos médicos son de dos a cinco veces más altas que los de una persona sin esta enfermedad. Así mismo, los costos intangibles o psicosociales tienen un gran impacto en la vida del niño y del adolescente con DMT1 y en sus familias; esto incluye estrés, dolor y ansiedad, por lo que la expectativa y calidad de vida pueden resultar muy deterioradas (International Diabetes Federation [IDF], 2014).

En México este padecimiento ha llevado a nivel nacional a generar un gasto de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones. La Secretaría de Salud informó en un comunicado que el tratamiento de la diabetes representa 34% del presupuesto de servicios

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

sociales del país (SS, 2014). De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (2014) y la OMS (2015), Cuando el paciente sólo requiere algunos medicamentos gasta \$1,217 mensuales, pero su gasto es mayor si la persona necesita de cuidados y medicamentos pues desembolsa \$3,954 al mes.

Las personas con DMT1 deben cumplir con los regímenes complejos que implican la monitorización de la glicemia, la administración de insulina, el control nutricional y la participación en actividades físicas. Estos regímenes requieren altos niveles de automanejo. El automanejo es un componente fundamental del cuidado de la diabetes el cual se ha asociado con un mejor control metabólico en los jóvenes con DMT1. Schilling, Gray y Knafl (2002) señalan que el automanejo es multidimensional, es un proceso activo, diario y flexible en el cual los jóvenes y sus padres comparten la responsabilidad y la toma de decisiones para lograr el control de la enfermedad, la salud y el bienestar a través de una amplia gama de actividades relacionadas con la enfermedad. En la juventud, la diabetes se maneja mejor en el contexto de la familia.

No obstante, a medida que los jóvenes maduran física, cognitiva, emocional y psicosocialmente, su papel en el autocontrol de la diabetes aumenta al transferirse la responsabilidad de los padres a los jóvenes.

Estudios realizados en adolescentes de países como Estados Unidos, han encontrado que los jóvenes con DMT1 con larga duración es probable que tengan

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

mayores niveles hemoglobina glucosilada (Hb A1C), episodios de hipoglucemia más graves y menor automanejo de la dieta, que jóvenes con diabetes decorta duración (Guo et al., 2014; Rechenberg, Whittemore, Grey & Jaser, 2016; Whittemore et al., 2014). En México no se conoce como llevan a cabo el automanejo los adolescentes con DMT1, solo se sabe que el control de la glicemia no es adecuado, y que tienen una gran numero de complicaciones (IDF, 2015), por lo que sería importante conocer cómo perciben las diferentes dimensiones del automanejo los adolescentes que padecen DMT1. Conocer como es el automanejo de estos adolescentes que padecen diabetes puede ayudar personal de salud y específicamente a las enfermeras a identificar a los adolescentes que pueden necesitar apoyo adicional de autocontrol. Por lo tanto, el propósito de este estudio es describir el automanejo de los adolescentes que padecen DMT1 de una institución privada de salud.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo del tipo de diseño descriptivo transversal.

Se obtuvieron datos en un cierto lapso, se utilizó este diseño de estudio porque se espera identificar la variable del fenómeno a estudiar (Burns, Grove & Gray, 2016).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Población, muestra y muestreo

La población que se estudió son 100 adolescentes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 que acuden a consulta a una institución privada de la ciudad de

Monterrey, NL. La muestra se calculó a través de la fórmula para la población finita= $(z^2pq) / d^2$, donde N = Total de la población. $Z\alpha = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%), p = proporción esperada (en este caso 50% = .50) q = 1 – p (en este caso 1-0.50 = 0.50) Al realizar el procedimiento se obtuvo una muestra de 40 adolescentes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se tomarán de los adolescentes que acudieron a las reuniones programadas de la institución de salud.

Criterios de inclusión

Adolescentes de 12 a 19 años con diagnóstico de Diabetes Tipo 1, sin complicaciones relacionadas con la enfermedad.

Instrumento de medición

Para realizar esta investigación, se utilizó el instrumento Automanejo de la DMT1 en adolescentes (SMOD-A) (Schilling et.al., 2009) para valorar el automanejo, el cual no ha sido validado en México y fue traducido para este estudio. Este instrumento consta de 52 ítems divididos en 5 subescalas que miden aspectos únicos del automanejo. La subescala de *colaboración con los padres* mide la frecuencia con que los padres están

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Involucrados en el manejo de la diabetes de sus hijos adolescentes. La subescala de actividades de *cuidado de la diabetes* indica la frecuencia con la que el adolescente realiza actividades centrales de control de la diabetes. La subescala de *resolución de problemas* de Diabetes mide la frecuencia con la que el adolescente ajusta su régimen de diabetes. La subescala de *comunicación de la diabetes* mide con qué frecuencia el adolescente se comunica con sus padres, proveedores de atención médica y amigos sobre la diabetes. La subescala de *objetivos* mide el grado en que el adolescente ha respaldado los objetivos relacionados con la diabetes. La escala de respuesta de las preguntas es de liker va de 1=nunca, 2= a veces, 3= la mayoría de las veces hasta 4 =siempre. El puntaje a obtener por subescala es colaboración con los padres (Rango = 13-52), actividades de cuidado de la diabetes (rango = 15-60), resolución de problemas de diabetes (Rango de respuesta = 7-28), comunicación con diabetes (rango de respuesta = 10-40) y objetivos (rango de respuesta = 7-28) y la puntuación total (rango =52-208). A mayor puntuación mayor automanejo tanto para las subescalas como para la escala total. El SMOD-A ha reportado buena validez de contenido (alfa de Cronbach=.93) con expertos en experiencias (adolescentes con DMT1 y sus padres) y expertos profesionales. Las confiabilidades de consistencia interna han sido aceptables que van desde 0.71 hasta 0.85 en las subescalas.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Procedimiento de recolección de datos

Primero se solicitó la aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería. Contando con la autorización anterior, se acudió a la institución de salud y al hospital de tercer nivel de atención para solicitar su autorización para llevar a cabo el estudio. Se acudió a la institución de salud privada donde se reúnen los adolescentes que acuden a consulta en el área de endocrinología de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Monterrey, NL, nos presentaremos formalmente con nuestros nombres completos y les aclararemos ser estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y se les informó que en un periodo de una semana del mes de abril se les invitará a los adolescentes que acuden a las pláticas de la asociación y a los pacientes que acuden a consulta en el área de endocrinología de un hospital de tercer nivel a participar en el estudio, para lo cual se solicitó un área para aplicar el cuestionario y que el adolescente pueda contestar el Instrumento de automanejo de la DT1 en adolescentes.

Se les informó el objetivo del presente estudio a los adolescentes y a sus padres. Se les informó de manera clara acerca de participación, que no correrán riesgo alguno al participar en la toma de datos, no obtendrán beneficio alguno por contestar las preguntas, la entrevista será totalmente confidencial, no se hará mal uso de la información recabada ya que será para fines meramente académicos su participación será

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Totalmente voluntaria, si el participante lo desea puede abandonar el estudio cuando crea conveniente sin afectar el servicio que están recibiendo. Si aceptan participar se le solicitara al padre y adolescente firmar el consentimiento informado y el asentimiento respectivamente.

Una vez firmado los consentimientos acudieron al área Asignada para cuidar la privacidad al momento de contestar el cuestionario al adolescente, se le explico en qué consiste el cuestionario SMOD-A y la escala de respuesta del cuestionario. Al momento de aplicar el cuestionario se estuvo a un lado del participante para resolver cualquier duda, problema o aclaración. El tiempo aproximado en que contestaron el cuestionario fue de 15 minutos. Al finalizar el llenado del cuestionario fueron resguardadas en donde estén seguros. Los cuestionarios serán resguardados en un promedio de dos años, después serán destruidos

General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014).

Estrategia de análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20 para la captura de los datos y su análisis. Se utilizó estadística descriptiva, para describir los datos de la variable de interés. Se implementó las medidas de tendencia central como la desviación estándar y la varianza, la frecuencia y el porcentaje.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resultados

La muestra estuvo representada por 40 adolescentes de una institución privada. Se estudiaron 15 mujeres (37.5%) y 25 hombres (62.5%), las edades de los participantes oscilaron entre los 12 a los 19 (M=15; DE, 2.23) años de edad.

El instrumento Automanejo de la DMT1 en adolescentes SMOD-A, obtuvo un Alfa de Cronbach total de .86, po subescala colaboración con los padres fue de .89, actividades de cuidado de la diabetes .56, resolución de problemas .84, comunicación de la diabetes .79, objetivo de la diabetes .85. resultados aceptables según Bruns, Grove & Gray (2017).

El objetivo del estudio fue identificar el automanejo en adolescentes con DMT1 por subescalas y total según la escala SMOD-A. Primero se presentan los resultados descriptivos por subescala y por ítems, considerando la escala de respuesta total (Tabla 1).

En la Tabla 1, se observa en relación con la subescala de *colaboración con los padres*, el ítem que tuvo mayor porcentaje con siempre fue ¿comentas con tus padres cuando el azúcar esta fuera del rango normal? con un 52.5%. De la subescala *actividades del cuidado* de la diabetes, el ítem que tuvo mayor porcentaje con siempre fue, ¿te realizas pruebas de sangre para revisar si el nivel de azúcar en la sangre es alto? con un 62.5% y así

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

mismo, ¿verificas tu nivel de azúcar antes de comer? obtuvo el mismo porcentaje. La subescala *de resolución de problemas* la pregunta que tuvo mayor porcentaje con siempre fue, ¿sabes cuál es el nivel óptimo que debes de tener de hemoglobina glucosada? especifica con un 42.5%. La subescala de *comunicación de la diabetes* la pregunta que tuvo mayor porcentaje con siempre fue, ¿tratas de cambiar la rutina de cuidado de la diabetes si la enfermera / médico te lo piden que lo hagas? con un 65.0%. La subescala de *objetivos de la diabetes* tuvo mayor porcentaje con siempre en la pregunta, ¿cuidar mi diabetes para no tener problemas en un futuro? con un 65.0%.

Tabla 1

Frecuencias y porcentaje sobre automanejo de la DT1 (SMOD-A) en adolescentes

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Preguntas por subescala	N	AV	LMT	S
Colaboración con los padres	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
	%	%	%	%
Tus padres revisan los resultados que reporta el glucómetro para ver cómo está tu nivel de azúcar en la sangre	2 5.0	10 25	13 32.5	15 37.5
Tus padres dicen cuánta insulina administrar	4 10.0	12 30	10 25.0	14 35.0
Tus padres y tu miran las lecturas de azúcar en la sangre para hacer ajustes de la insulina	2 5.0	9 25.5	16 40.0	13 32.5
Preguntas a tus padres qué hacer cuando el azúcar está fuera del rango normal	2 5.0	11 27.5	11 27.5	16 40
Tus padres verifican si te administras la insulina diariamente	1 2.5	11 27.5	13 32.5	15 37.5

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tus padres y tu valoran la cantidad de carbohidratos que debes consumir diariamente	4 10.0	9 25.5	12 30.0	15 37.5
Tus padres te ayudan a decidir la dosis de insulina que te debes administrar	4 10.0	11 27.5	9 25.5	16 40.0
Preguntas a tus padres cuántos carbohidratos hay en alimentos que desconoces	7 17.5	11 27.5	17 42.5	5 12.5
Tus padres hablan contigo sobre qué comer / no comer	4 10.0	13 32.5	13 32.5	10 25.0
Comentas con tus padres cuando el azúcar está fuera del rango normal	1 2.5	6 15.0	12 30.0	21 52.5
Consultas con tus padres cuando no estás seguro de qué hacer para controlar la diabetes	1 2.5	9 25.5	12 30.0	18 45.0

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Decides por ti mismo que hacer si presentas altos niveles de azúcar	4 10.0	13 32.5	15 37.5	8 20.0
Ajustas por ti mismo la dosis de insulina, según los niveles de azúcar	11 27.5	12 30.0	11 27.5	6 15.0

Subescala Actividades de cuidado de la diabetes

Mantienes un registro de los niveles de azúcar en sangre	2 5.0	0 0	17 42.5	21 52.5
Llevas algo contigo que te identifique como persona con diabetes	8 20.0	13 32.5	8 20.0	11 27.5
Te realizas prueba de sangre para revisar si el nivel de azúcar en la sangre es alto	1 2.5	7 17.5	7 17.5	25 62.5
Si el nivel de azúcar es alto, verificas de nuevo en 1 a 2 horas	0 0	9 25.5	16 40.0	15 37.5
Llevas contigo glucosa o algunos azúcares de acción rápida	3 7.5	4 10.0	20 50.0	13 32.5

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Sigues el plan de comidas recomendado o cuentas los carbohidratos que consumes al día	1 2.5	6 15.0	20 50.0	13 32.5
Verificas el nivel de azúcar en la sangre sin que se te recuerde	2 5.0	6 15.0	19 47.5	13 32.5
Si el nivel de azúcar es bajo, revisas más tarde, si aún sigue bajo	0 0	5 12.5	13 32.5	22 55.0
Verificas tu nivel de azúcar antes de comer	1 2.5	1 2.5	13 32.5	25 62.5
No te gusta cuando alguien te recuerda que debes de revisar el azúcar en la sangre	5 12.5	23 57.5	10 25.0	2 5.0
Sales sin suministros para la diabetes	25 62.5	14 35.5	1 2.5	0 0
Tus padres y tu discuten sobre cuándo medir el nivel de azúcar en la sangre	5 12.5	17 42.5	7 17.5	11 27.5

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Necesitas recordatorios para administrar la insulina	11 27.5	16 40.0	12 30.0	1 2.5
Comes sin revisar el azúcar en la sangre	25 62.5	13 32.5	1 2.5	1 2.5
Omites inyecciones o bolos de insulina	28 70.0	10 25.0	1 2.5	1 2.5

Subescala Resolución de problemas

Cuando haces ejercicio, ajustas dosis de insulina	17 42.5	11 27.5	5 12.5	7 17.5
Tú decides cuánta insulina administrarte diariamente	11 27.5	10 25.0	12 30.0	7 17.5
Recuerdas el resultado de la última hemoglobina glucosilada o glicemia sanguínea.	3 7.5	10 25.0	15 37.5	12 30
Ajustas la insulina según los niveles de azúcar en la sangre	7 17.5	10 25.0	13 32.5	10 25

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Te administras insulina, si la glucemia es alta y no es hora de comer	3 7.5	17 42.5	18 45.0	2 5.0
Sabes cuál es el nivel óptimo que debes de tener de hemoglobina glucosilada específica	2 5.0	10 25.0	11 27.5	17 42.5
Consideras el nivel de azúcar y lo que comes, para calcular la insulina que debes administrarte.	3 7.5	5 12.5	21 52.5	11 27.5

Subescala Comunicación de la diabetes

Cuando acudes a la cita médica, te dedican un tiempo a solas para hablar con el médico o enfermera.	0 0	1 2.5	14 35.5	25 62.5
Cuando la diabetes molesta, hablas con la enfermera / médico al respecto	1 2.5	3 7.5	19 47.5	17 42.5
Antes de la visita a la clínica, piensas en lo que quieres decirle a tu enfermera / médico	2 5.0	8 20.0	18 45.0	12 30.0

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Te pones en contacto con la enfermera / médico cuando no puedes obtener en el rango azúcar recomendado	1 2.5	5 12.5	17 42.5	17 42.5
Si hay algo que te molesta sobre la diabetes, hablas con tus padres	1 2.5	7 17.5	13 32.5	19 47.5
Te mantienes informado sobre las novedades en diabetes	0 0	10 25.0	21 52.5	9 25.5
Si tus padres tienen un problema con la forma en que manejas la diabetes, hablan	0 0	11 27.5	13 32.5	16 40.0
Revisas los registros de glicemias con la enfermera / médico	1 2.5	2 5.0	15 37.5	22 55.0
Comentas con tus amigos que tienes diabetes	1 2.5	20 50.0	9 25.5	10 25.0
Tratas de cambiar la rutina de cuidado de la diabetes si la enfermera / médico te lo piden que lo hagas	1 2.5	2 5.0	11 27.5	26 65.0

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Subescala Objetivos de la diabetes

Mantenerse alejado de tu hogar durante la noche	5 12.5	12 30.0	11 27.5	12 30.0
Cuidar de mi diabetes para que pueda hacer cosas con amigos	1 2.5	2 5.0	15 37.5	22 55.0
Comprender por qué los valores de azúcar en la sangre son demasiado altos o demasiado bajos	1 2.5	2 5.0	19 47.5	18 45.0
Sentirse bien	1 2.5	2 5.0	15 37.5	22 55.0
Estas a cargo del cuidado de la diabetes	3 7.5	12 30.0	8 20.0	17 42.5
Cuidar mi diabetes más por mi cuenta	0 0	11 27.5	8 20.0	17 42.5
Cuidar mi diabetes para no tener problemas en el futuro	0 0	3 7.5	11 27.5	26 65.0

Nota: F= frecuencia, %= porcentaje, N= nunca, AV= a veces, LMT= la mayoría del tiempo, S= siempre

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

En la tabla 2, muestra los puntajes obtenidos de la escala total SMOD-A y por subescalas según estadísticas Descriptivas (media, mediana y desviación estándar). Se observó que considerando el puntaje de cada subescala, la que obtuvo más bajo puntaje de automanejo fueron las relacionadas con actividades de cuidado y resolución de problemas. El puntaje total de la escala SMOD-A, indica un automanejo moderado de la DM1 por parte de los adolescentes.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 2

Estadística descriptiva de la escala SMOD-A por subescala y total en adolescentes

Subescalas SMOD-A	R	Me	Mín.	Máx	DE
Colaboración con padres	13 -52	37.52	19.00	49.00	8.12
Actividades de cuidado de DM1	15 - 60	39.90	26.00	49.00	4.49
Resolución de problemas	7 - 28	18.52	11.00	28.00	4.85
Comunicación de la DM	10 -40	32.20	17.00	40.00	4.54
Objetivos de la DM1	7 - 28	22.80	10.00	28.00	4.24
Total	52 -208	150.95	96.00	188.00	16.03

R= Rango puntaje Me= Media, Mín.= Mínima, Máx= Máximo, DE= Desviación estándar. DM1=Diabetes tipo

Discusión

El presente estudio permitió conocer el automanejo de los adolescentes con Diabetes Tipo 1, el cual se realizó con una muestra de 40 adolescentes de 12 a 19 años de edad. La DT1 en la población de adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial, aunado al automanejo que es multidimensional, en el cual los jóvenes y sus padres comparten la responsabilidad y toma de decisiones para lograr el control de la enfermedad, la salud y el bienestar a través de una amplia gama de actividades. En respuesta al objetivo el cual es describir el automanejo de los adolescentes con DT1, donde los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los adolescentes tiene un nivel moderado de automanejo de la DT1.

Los hallazgos que arroja la investigación mencionan que en las sub escalas actividades de cuidado de la diabetes, resolución de problemas y objetivos de la diabetes se encontraron niveles moderadamente bajos de automanejo en la DT1 estos resultados son semejantes a lo encontrado por Chao et al. (2014) así mismo en el Presente estudio se mostró que en la sub escala colaboración con los padres tenía niveles de automanejo modernamente altos con los padres a comparación del estudio de Chaot et al. (2014) que menciona que tiene niveles variables de automanejo, en la sub escala comunicación de la diabetes hubo un alto nivel de automanejo, no obstante en el estudio de Chao et al.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

(2014) reflejo que la sub escala comunicación de la diabetes era infrecuente.

En el estudio de Costa et al., (2016) se encontró un bajo nivel de automanejo en la dimensión mantenimiento de la salud, por el contrario, en los resultados obtenidos en esta investigación se encontraron niveles moderados en la Sub escala objetivos de la diabetes. Así mismo Costa et al. (2016) en la dimensión administración de la insulina se pudo observar que el nivel de automanejo era razonable más sin embargo en los resultados obtenidos de la investigación Automanejo de la Diabetes Tipo 1 se pudo encontrar en la subescala actividades de cuidado de la diabetes mantiene un nivel moderado como limitación del estudio es que fue una muestra pequeña de adolescentes y la mayoría pertenecían a un nivel socioeconómico medio y alto, Se recomienda realizar estudios en una población con nivel socioeconómico bajo, Para comparar el nivel de automanejo de acuerdo al nivel socioeconómico.

Conclusión

Respecto al tema planteado se puede concluir en que los resultados de este estudio permiten conocer que la población adolescente mantiene un moderado automanejo de la diabetes tipo 1, con el respaldo que obtienen de sus padres o las personas que manejan con Ellos la responsabilidad de la toma de decisiones en cuanto a su enfermedad. También se observó el nivel de conocimiento que maneja cada adolescente, la frecuencia con la que el adolescente realiza actividades de cuidado

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

De la diabetes, la frecuencia con la cual se comunican el adolescente y sus padres. Una recomendación sería poder investigar si los adolescentes cuentan con la

Disposición y los recursos necesarios para manejar por completo su enfermedad y conocer si existen factores que interrumpan el manejo de la diabetes ya que con esto se puede incrementar el número de adolescentes que presenten mayor automanejo de la diabetes tipo1.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Referencias

Asociación Americana de Diabetes (2017). Estándares de atención médica en diabetes: Diabetes Care, 40 (Suplemento 1), S1 - S135.

Burns N, Grove S. K, Gray J. (2016). Investigación en enfermería desarrollo de la práctica enfermería basada en la evidencia. Elsevier.

Chao A., Grey M., Minges kE., Murphy KK., & Whittemore R (2014). Autogestión en temprana Adolescencia y Diferencias por edad en Diagnóstico y duración de Diabetes tipo 1 Diabetes Educ. 2014; 40(2):167–177.

Chen, C. Y., Lo, F. S., Chen, B. H., Lu, M. H., Hsin, Y. M., & Wang, R. (2017). Pathways of emotional autonomy, self-care behaviors, and depressive symptoms on health adaptation in adolescents with type 1 diabetes. Nursing Outlook, 65, 68– 76.

Costa, Flora, M., Henriques, Gameiro, M. G., (2016), Autocuidado de los Adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1: Conocimiento sobre la Enfermedad.

Revista de Enfermagem Referencia Journal of Nursing Referencia 4(8), 17 – 26.

Guo, J., Whittemore, R., Sangchoon, J., Grey, M., Zhi-Guang, Z., Guo-Ping, H., & Zi-Qiang, L. (2014), Autocontrol de la diabetes, síntomas depresivos, control metabólico y

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Satisfacción con la calidad de vida a lo largo del tiempo en jóvenes chinos con diabetes tipo 1, *Journal of Clinical Nursing*, 24 (9), 1258-1268.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica [INEGI] (2016) informe muertes por complicaciones por diabetes en niños menores de 15 años. Recuperado de:
<https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report-spanish.pdf>

Federación Internacional de Diabetes AC, (2014). Estadísticas en el mundo. México; recuperado de:
<http://fmdiabetes.org/diabetes-atlas-de-la-fid-6ta-edicion/> International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th ed. Bruselas: International Diabetes Federation, 2015:142.

Organización Mundial de la Salud (2010). Informe mundial sobre la diabetes: Resumen de orientación, Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMh_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre la diabetes: Resumen de orientación, Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1- 4. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMh_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

O_NMH_NVI_16.3_spa.pdf

Rechenberg, K., Whittemore, R., Grey, M., & Jaser, S. (2016). Contribution of income to self-management and health outcomes in pediatric type 1 diabetes. *Pediátrica Diabetes*, 17(2), 120-126.

Schilling, L.S., Grey, M., & Knafl, KA. (2002). The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents, an evolutionary concept analysis. *The Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 87-89.

Schilling LS, Knafl KA, Gray M, et al. (2009). A new self-report measure of self-management of type 1 diabetes for adolescents. *Journal of Nursing Research*.; 58(4):228- 236.

Secretaria de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Mexico D.F. Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Secretaria de Salud (2015), Estrategia Nacional para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes, primera edición, Ciudad de México, México
Secretaria de Salud. Recuperado de
<https://www.gob.mx/presidencia/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-prevencion-y-el-control-del-sobrepeso-la-obesidad-y-la-diabetes>

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Stanescu DE, Lord K, Lipman TH. (2012) The Epidemiology of Type 1 Diabetes in Children. *Endocrinology and*

Metabolism Clinics of North America;41(4):679-94.

Whittemore R., Liberti L., Jeon S., 1 Chao A., Jaser SS., & Grey M (2014) el automanejo como mediador del funcionamiento familiar y los síntomas depresivos con resultados de salud en jóvenes con diabetes tipo 1 *West Journal of Nursing Res.* 36(9):1254-71. doi: 10.1177/0193945913516546.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 5

Título: Conocimiento del personal de enfermería sobre el síndrome de muerte súbita del lactante.

M.E Blanca Lidia Ortiz Atilano
Dra. Annel González Vázquez
Estudiantes De Licenciatura En Enfermería
Rocío Garza González
Alejandra Judith Jiménez Garza María
Guadalupe Martínez Muñiz Moisés
Maximiliano Martínez Salazar Sergio
Osvaldo Villarreal Chávez

Afiliación:

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resumen

Introducción

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) Definido como “la muerte inesperada de un niño menor de 1 año de edad, que permanece sin explicación”. A nivel mundial no se ha encontrado una cifra de mortalidad debida al SMSL, sin embargo, se reporta que es la tercera causa de muerte.

Objetivo

Identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre el síndrome de muerte súbita del lactante.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo, la muestra estuvo integrada por 50 enfermeros de un hospital de tercer nivel de atención de Nuevo León. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia. Instrumento utilizado fue el Cuestionario “Conocimiento sobre SMSL” presenta una puntuación mínima de 0 y máxima de 14.

Resultados

El 64 % del personal de enfermería tienen entre 18 a 28 años, el 80 % de los participantes eran mujeres. Respecto al conocimiento de enfermería sobre el SMSL, se reportó una media de $\bar{X} = 6.12$, (DE = 2.02). El conocimiento por edad se reporta mayor en los enfermeros de 39 a 48 años, ($\bar{X} = 8.33$), en comparación con los participantes de Menor edad ($\bar{X} = 5.65$). El conocimiento se reportó mayor en las mujeres. ($\bar{X} = 6.25$, DE = 2.06) que en los hombres

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

(\bar{X} = 5.60, DE = 1.89).

Conclusión

El nivel de conocimiento el personal de enfermería se reporta que es bajo, se recomienda realizar talleres de educación continua sobre el síndrome de muerte súbita del lactante en el personal de enfermería.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) también es llamada como muerte de cuna o muerte blanca, es definida como “la muerte inesperada de un niño menor de 1 año de edad, que permanece sin explicación después de una investigación completa del caso”, por su parte las tasas de mortalidad varían considerablemente de un país a otro y se sigue sin encontrar una respuesta ante esta discrepancia (American Academy of Pediatrics [AAP], 2011). A nivel mundial no se ha encontrado una cifra de mortalidad debida al SMSL, sin embargo, Brockmann y Holmgren (2013) reportan que en Norteamérica el SMSL es la tercera causa de muerte en lactantes entre los 2 y 4 meses de edad. Gorrita y Román (2013) refieren que en los países Latinoamericanos las cifras de mortalidad oscilan entre 0.2 y 0.8 por cada 1000 Nacidos vivos. En México existe evidencia que indica que de 1998 al 2002 surgieron 245 casos de muerte por año, lo que representa 9 lactantes por cada 1000 nacidos vivos (Martínez, 2005), para el 2009 México ocupó el octavo lugar de acuerdo con la tasa de mortalidad infantil debidas al SMSL reportando una frecuencia de 15 casos por cada 1000 nacidos vivos (Gorrita & Román, 2013). Sin embargo, es importante destacar que no se cuenta con evidencia reciente sobre las muertes en lactantes por este síndrome debido a la escasez de investigaciones epidemiológicas que nos puedan brindar cifras actualizadas.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Aunque la causa concreta del SMSL sigue siendo desconocida, existen muchos factores de riesgo identificados, la AAP informa que el SMSL se puede atribuir a asfixia, atrapamiento, infección, sobre ingesta, enfermedades metabólicas y traumas. Así mismo, define pautas estándar para el posicionamiento infantil y el entorno del sueño para reducir la tasa de SMSL. La AAP refiere que los bebés acostumbrados a dormir boca arriba que se los coloca a dormir boca abajo tienen 18 veces más probabilidades de morir de SMSL en comparación con bebés que siempre duermen boca arriba.

Es importante estudiar a los profesionales de enfermería debido a que es una profesión práctica y la investigación es básica para desarrollar y mejorar el conocimiento que estos profesionales pueden utilizar para estandarizar la práctica clínica (Burns & Grove, 2012). Se ha identificado que la enfermería pediátrica como profesional de la salud se debe actualizar continuamente para llevar a cabo habilidades basadas en evidencia para brindar una atención segura y efectiva.

Burguess, Bell, Cirelli, Clymer y Goodstein (2017) declararon que la adopción o rechazo de la innovación en la práctica de rutina comienza con el conocimiento. Las enfermeras juegan un papel crítico en la traducción de nuevas pruebas en el entorno de la práctica, sin embargo, la enfermería basada en la evidencia ofrece una significativa brecha entre el camino de la investigación y la reducción del SMSL. AAP (2011) recomienda que todos los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud reciban educación sobre el

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Sueño infantil seguro.

De acuerdo a la evidencia del conocimiento de enfermería sobre el SMSL no se ha encontrado, claridad ya que autores refieren que un 53% de los profesionales de enfermería están de acuerdo con implementar medidas para reducir el SMSL, sin embargo, existen un 17% sobre el desconocimiento de medidas de prevención SMSL (Naugler & DiCarlo, 2018). Loría, Rivera y Márquez (2013) reportan que los profesionales de enfermería, el 96.61%, presentan un nivel bajo de conocimiento sobre cómo prevenir el SMSL. Otros autores refieren que es importante la implementación de estrategias educativas para aumentar el nivel de conocimiento, dado a que el nivel que presentan los profesionales de enfermería es bajo (Burguess, et. al., 2017; Cirelli, Clymer, Burguess, Aguilar, Bell, & Goodstein, 2018).

Por lo que el propósito de la presente investigación es identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre el síndrome de muerte súbita del lactante según características sociodemográficas y profesionales. Se espera que los resultados muestren evidencia del nivel de conocimiento en dicha temática, lo que pueda ser sustento para a futuro plantear educación continua a los profesionales de enfermería y reducir el SMSL.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Metodología

Diseño del estudio

El presente estudio fue de diseño descriptivo (Burns & Grove, 2012) dado que el estudio pretende describir el conocimiento de enfermería sobre el síndrome de muerte súbita del lactante.

Población, muestreo y muestra

Población del estudio estuvo conformada por personal de enfermería del departamento de Pediatría y Gineco-Obstetricia de un hospital de tercer nivel de atención del Estado de Nuevo León.

El muestreo fue no probabilístico a conveniencia (Burns & Grove, 2012).

La muestra estuvo integrada por 50 enfermeros que decidan participar en el estudio.

Criterios de inclusión

Personal de enfermería que se encuentre laborando en las áreas de Pediatría y Gineco-Obstetricia del hospital donde se realizará el estudio.

Criterios de exclusión

Personal de enfermería que se encuentre en formación académica (estudiantes y pasantes de enfermería).

Instrumento

Para medir las variables del estudio se utilizó una cédula de datos personales, la cual está integrada por 5 ítems, donde se indaga sobre la edad, el sexo, formación

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Académica, antigüedad laboral y área laboral. Para medir la variable de conocimiento sobre el SMSL se utilizó el “Conocimiento sobre Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)” diseñado por Loría, Rivera & Márquez (2013), el cual tiene el objetivo de evaluar el conocimiento sobre las medidas de prevención del SMSL, dicho cuestionario está integrado por 14 ítems, para su interpretación se le dió valor de uno a la respuesta correcta y valor de 0 para las respuestas incorrectas, teniendo una puntuación mínima de 0 y una máxima de 14.

El cuestionario ha sido evaluado en personal de enfermería de México y ha reportado una consistencia interna de 0.90 (Loría, Rivera & Márquez, 2013).

Procedimiento de recolección de datos

La investigación fue aprobada por el comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se procedió a solicitar un permiso al hospital donde se realizó el estudio, una vez aprobado dicha autorización, se solicitó permiso con éste a las encargadas de enfermería de las áreas de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Observación del Recién Nacido, Pediatría Postquirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos del Neonato para la aplicación de los cuestionarios, se cuestionó al personal para identificar que cumpliera con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en dicha investigación, en caso de negarse a participar no se identificó a dicha persona de esta manera se garantizara su confidencialidad, a los que sí desearon

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

participar se les dio una breve explicación sobre lo que trata el tema de investigación mencionando una presentación personal, el tema de investigación que se realiza, así como su objetivo y propósito, se les habló de lo que consta el instrumento completo, comenzando con una explicación resumida sobre lo que trata el consentimiento informado, y de la importancia que tiene responder todas las cuestiones claramente, sin abreviaturas, dobles respuestas o dejando espacios en blanco, además se dejó en claro que no está permitido algún tipo de ayuda para responder (computadora, celular, otra persona, libros, cuadernos o apuntes). Se le aclaró cualquier duda antes de empezar (que no sea influyente en la contestación de sus respuestas del cuestionario), así mismo se dejó en claro que cualquier otra duda que surgiese durante el llenado, igualmente se pudiesen responder siempre y cuando no interfiera en sus respuestas.

Se le proporcionó el consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo de la investigación, los beneficios que tiene al participar, así como mencionar que no existe riesgo al participar, finalmente el personal de enfermería tuvo la oportunidad de retractarse o firmar. Si aún decide continuar, se estableció una cita de acuerdo a su disponibilidad en donde se le entregó el cuestionario de manera confidencial (en un sobre sellado sin identificación previa), un lápiz y borrador, el cuestionario fue llenado contestado de manera anónima en un área destinada por la encargada del área, la cual cumplió con requisitos de buena iluminación, silencioso, que cuente

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Con una mesa o escritorio y una silla, el tiempo estimado del llenado del cuestionario fue de 10 minutos máximo, una vez que finalizaron se regresó al investigador responsable, quién estuvo comprometido de verificar rápidamente que se hayan respondido todas las preguntas sin observar qué se respondió para mantener la confidencialidad.

Aún posterior al llenado no se respondió ninguna duda al personal sobre el tema. Se le agradeció amablemente su participación en la investigación. Este mismo procedimiento se repitió hasta obtener una muestra de 50 participantes.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en materia del reglamento de la Ley General de Salud (Secretaría de Salud y Asistencia [SSA], 1987), respetando el acuerdo del Capítulo I en el Artículo 13, en donde se menciona que toda investigación sujeta a la participación del ser humano deberá prevalecer los criterios de respeto y protección de sus derechos.

Análisis de los datos

Para dar respuesta al objetivo general y a los objetivos específicos, se realizó a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Se obtuvo la consistencia interna del cuestionario "Conocimiento sobre Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)" a través del Alfa de Cronbach, así mismo se utilizó estadística descriptiva, para las variables categóricas se utilizó frecuencias y proporciones, para las

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Variables numéricas se utilizó medidas de tendencia central y variabilidad (media, mediana, moda, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo).

Resultados

En el presente apartado se describen los resultados de la investigación, primeramente, se presentan las frecuencias y proporciones de los datos descriptivos, y posteriormente se presentan resultados como respuesta a cada objetivo específico.

Tabla 1. *Consistencia interna del instrumento “Conocimiento sobre el SMSL”*

Instrumento	α	Numero de ítems
Conocimiento sobre el SMSL	.77	14

Nota: α = Alfa de Cronbach

En la tabla 1 se reporta la consistencia interna instrumento “Conocimiento sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante” mostró una consistencia interna aceptable $\alpha = .76$ (Burns & Grove, 2012).

Tabla 2. Datos sociodemográficos de los participantes (Edad, sexo, formación académica, antigüedad laboral y área laboral).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Variables.	<i>f</i>	%
Edad		
18 a 28 años	32	64
29 a 38 años	13	26
39 a 48 años	3	6
49 a 53 años	2	4
Sexo.		
Femenino	40	80
Masculino	10	20
Formación académica		
Bachillerato técnico	13	26
Licenciatura	30	60
Maestría	3	6
Enfermería General.	4	8
Antigüedad laboral		
0 a 5 años	30	60
6 a 10 años	10	20
11 a 15 años	4	8
16 a 20 años	4	8
Más de 20 años	2	4
Área laboral		
Pediatría	30	60
UCIN	5	10
Observación del RN	1	2
Pediatría quirúrgica	2	4
Gineco-obstetricia.	12	24

f= Frecuencia, %= Porcentaje

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

En la tabla 2 se observa que el 64 % del personal de enfermería tienen entre 18 a 28 años, el 80 % del personal de enfermería son del sexo femenino. En cuanto a la formación académica el 60 % refieren tener estudios de licenciatura, el 26 % tienen bachillerato técnico, 8 % son enfermeros generales y solo el 6 % tienen estudio de posgrado.

El 60 % tienen una antigüedad laboral de 0 a 5 años, el 20 % de 6 a 10 años y cabe destacar que solo el 4 % tiene más de 20 años de experiencia. De acuerdo al área laboral el 60 % es de Pediatría, un 24 % de gineco-obstetricia, 10 % del área de UCIN, un 4 % del área de pediatría quirúrgica y solo un 2 % del área de obstetricia.

En la tabla 3 se observan las medidas de tendencia central del conocimiento de enfermería sobre el SMSL, se reportó una media de \bar{X} 6.12, ($DE = 2.02$)

Para dar respuesta al primer objetivo específico de la investigación, se presenta la tabla 4 y 5.

Edad	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
18 a 28 años	32	5.65	6.00	2.11	1.00	10.00
29 a 38 años	13	6.53	6.00	1.45	4.00	9.00
39 a 48 años	3	8.33	8.00	1.52	7.00	10.00
49 a 53 años	2	7.50	7.50	2.12	6.00	9.00
Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor mínimo	Valor máximo
Conocimiento sobre el SMSL	50	6.12	6.00	2.02	1.00	10.00

Nota: *n* = Muestra, \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 4. *Conocimiento del personal de enfermería sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante por edad de los participantes*

En la tabla 4 se observan las medidas de tendencia central del conocimiento sobre SMSL por edad, se reporta que en los profesionales de enfermería de 39 a 48 años, presentan una \bar{X} de 8.33, una mediana de 8.00, ($DE = 1.52$), los participantes 49 a 53 años reportaron una \bar{X} de 7.50, una mediana de 7.50 ($DE = 2.12$), los participantes de 29 a 38 años presentan \bar{X} de 6.53, una mediana de 6.00 ($DE = 1.45$) y los participantes de 18 a 28 años, presentan una $\bar{X} = 5.65$, una mediana de 6.00, ($DE = 2.11$).

Tabla 5. *Conocimiento del personal de enfermería sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante por sexo de los participantes*

Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
Femenino	40	6.25	6.50	2.06	1.00	10.00
Masculino	10	5.60	5.00	1.89	2.00	8.00

Nota: *n* = Muestra, \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar.

En la tabla 5 se observan las medidas de tendencia central del conocimiento sobre SMSL por sexo, se reporta que en los profesionales de enfermería de sexo femenino presentan una \bar{X} de 6.25, una mediana de 6.50, ($DE =$

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

2.06), y los participantes de sexo masculino reportaron una \bar{X} de 5.60, una mediana de 5.00, ($DE = 1.89$).

Tabla 6. *Conocimiento del personal de enfermería sobre el SMSL, por formación académica.*

Formación académica	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
Bachillerato técnico	13	5.38	5.00	2.53	1.00	10.00
Licenciatura	30	6.26	7.00	1.77	2.00	9.00
Maestría	3	6.33	6.00	1.52	5.00	8.00
Enfermería general	4	7.25	7.00	2.21	5.00	10.00

Nota: *n* = Muestra, \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar.

La tabla 6 muestra las medidas de tendencia central del conocimiento sobre SMSL por formación académica, se reporta que el personal de enfermería general representa una \bar{X} de 7.25 y una mediana de 7.00 ($DE = 2.21$), de maestría presentan una \bar{X} 6.33 y una mediana de 6.00, ($DE = 1.57$), los participantes con licenciatura reportaron una \bar{X} de 6.26 y una mediana de 7.00, ($DE = 1.77$), y enfermería con bachillerato presentan una \bar{X} de 5.38 con una mediana de 5.00, ($DE = 2.53$).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 7. *Conocimiento del personal de enfermería sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante por antigüedad laboral.*

Antigüedad laboral.	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
0 a 5 años	30	5.60	5.50	1.95	2.00	10.00
5 a 10 años	10	6.50	7.00	2.22	1.00	9.00
11 a 15 años	4	6.25	6.00	1.25	5.00	8.00
16 a 20 años	4	8.25	8.00	1.25	7.00	10.00
más de 20 años	2	7.50	7.50	2.12	6.00	9.00

Nota: *n*= Muestra, \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar.

La tabla 7 muestra las medidas de tendencia central del conocimiento sobre SMSL por antigüedad laboral se reporta que en los profesionales de enfermería de 16 a 20 años presentan \bar{X} de 8.25, una mediana de 8.00 (*DE* = 1.25), los participantes de más de 20 años presentan \bar{X} de 7.50, una mediana de 7.50 (*DE* = 2.12), los Participantes de 5 a 10 años reportaron una \bar{X} de 6.50, una mediana de 7.00, (*DE* = 2.22), de 11 a 15 años, presentan una \bar{X} 6.25, una mediana de 6.00, (*DE* = 1.25), y los participantes de 0 a 5 años presentan una \bar{X} de 5.60, una mediana de 5.50, (*DE* = 1.95).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Discusión

En el presente capítulo se discuten los resultados de la investigación. La muestra estuvo constituida por personal de enfermería de edades entre 18 a 28 años, lo cual es diferente a lo reportado por el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE), quien reporta que la edad promedio de los trabajadores de enfermería es de 41 a 51 años. Los datos encontrados en la presente investigación, esto puede deberse a que el Hospital donde se realizó el estudio es Universitario, por lo que la mayoría de su población son Personal recién egresados, lo que refleja edades más jóvenes.

De acuerdo con el sexo de los participantes fue más prevalente el sexo femenino, lo cual concuerda con lo reportado con el SIARHE, quien estima que la mayor población del personal de enfermería está constituida por sexo femenino.

Por formación académica del personal de enfermería que constituye la muestra del presente estudio, reportó mayor prevalencia en participantes de Enfermería General, lo cual difiere a lo reportado por el SIARHE quien indica que la mayor población de personal de enfermería cuenta con título Técnico.

Con respecto al conocimiento sobre el SMSL del personal de enfermería se considera que es bajo ($\bar{X}= 6.12$), estos datos concuerdan con lo reportado por Bartlow, Cartwright y Shefferly (2016) quienes refieren que un 57.6% de las enfermeras no sabían las recomendaciones

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

de la AAP para prevenir el SMSL, y que a pesar del conocimiento que tenían, no lo aplicaban en la práctica. El conocimiento de enfermería de acuerdo a la edad se presentó mayor en el personal de enfermería de 39 a 48 años; asimismo el conocimiento fue mayor en el personal con antigüedad laboral superior a los 16 años. Estos datos pudieran deberse a que los profesionales de salud con mayor edad y antigüedad presentan más experiencia y seguridad para realizar los procedimientos en los pacientes pediátricos.

De acuerdo al conocimiento de enfermería sobre el SMSL por sexo, cabe destacar que el sexo femenino muestra un mayor conocimiento, esto puede deberse a que la carrera de enfermería era prevista solamente para mujeres y aunque ya se hayan rompido esos tabúes hay más prevalencia en el sexo femenino en dicha institución.

Respecto al Conocimiento del SMSL por formación académica, se reporta que el personal con educación de enfermería general tiene mayor conocimiento (\bar{X} de 7.25), en comparación con los enfermeros que presentan distinta formación (técnico, licenciado y posgrado); estos datos difieren a lo reportado en el estudio realizado por Burgess, Bell, Clymer y Goodstein (2017), donde se observa que los que cuentan con nivel académico de licenciatura mostraron una tendencia mayor hacia el conocimiento sobre las recomendaciones de la AAP, y la posición correcta para dormir del lactante, debido a que

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

La mayoría de los egresados o estudiantes de últimos semestres de licenciatura ingresan a trabajar para cubrir sus gastos.

Conclusiones

En cuanto a los datos sociodemográficos de los participantes, el más frecuente fue población femenina de 18 a 28 años con formación académica de bachillerato técnico, antigüedad laboral de 0 a 5 años, del área de pediatría.

Acorde las medidas de tendencia central del conocimiento de enfermería sobre el SMSL, se reportó una media de $\bar{X}6.12$, ($DE = 2.02$). Con un valor mínimo 1.00 de y un valor máximo de 10.00.

De acuerdo con el conocimiento del personal de enfermería sobre el SMSL, por edad de los participantes, se reporta que el mayor conocimiento fue en la población de 39 a 48 años.

En cuanto al conocimiento del personal de enfermería sobre el SMSL, por sexo del personal de enfermería, se observa que el mayor conocimiento fue en el personal de sexo femenino.

Con respecto al conocimiento del personal de enfermería sobre el SMSL por formación académica se cuenta con mayor prevalencia la licenciatura en enfermería, sin embargo, se muestra mayor conocimiento por parte del personal de enfermería general.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Se presentó con más frecuencia que el personal de enfermería cuenta entre 16 a 20 años de antigüedad laboral, en cuanto a la edad se reporta que hay un mayor número en los profesionales de enfermería que tienen entre 39 a 48 años de edad.

Limitaciones

Como limitación de la presente investigación, se puede identificar el hospital en el que fue realizado ya que fue universitario, el tipo de diseño que fue descriptivo, el muestreo no probabilístico a conveniencia y número de muestra que constó solo de 50 participantes.

Recomendaciones

Se recomienda seguir utilizando el instrumento “Conocimiento sobre SMSL” (Loría, Rivera, Márquez, 2013).

Se recomienda realizar una investigación sobre el conocimiento de enfermería sobre el SMSL en una mayor población de enfermería.

Se recomienda realizar talleres de educación continua sobre el síndrome de muerte súbita del lactante en el personal de enfermería.

Referencias

Bartlow K., Cartwright S., & Shefferly E., (2016). Nurses' Knowledge and Adherence To Sudden Infant Death Syndrome Prevention Guidelines. *Pediatric Nursing*. 42 (1), pp 7-13.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

- Brockmann P., Holmgren N., (2017). Muerte Súbita del Lactante. *Neumología Pediátrica*; 1, pp 129-132. Disponible en <http://www.neumologia-pediatria.cl>
- Burgess A., Bell T., Cirelli J., Clymer B., J. & Goodstein M. h. (2017). Nursing Students' knowledge and Attitudes Towards Infant Sleep Safety. *Teaching and Learning in Nursing*. 12, pp 289-294.
- Burns, N., Grove, KS., (2012). Investigación en enfermería. España, S.L. Elsevier.
- Cirelli, Clymer, Burgess, Aguilar, Bell, & Goodstein (2018). *Evaluation of Nursing School Educators' Knowledge and Attitudes Regarding Infant Sleep Safety*.
- National League for Nursing. Nursing Education Perspectives. 39 (4) E7-E13.
- Cowan, S. (2014). Recomendaciones para el sueño seguro del bebé. Material informativo para los equipos de salud. UNICEF. Nueva Zelanda
- Gorrita R., Román J., (2013). Sudden Infant Death Syndrome: Debating a Polemic Topic. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*. 19 (3). Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2013/cmh133n.pdf>

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Latorre, M. (2014). Síndrome Infantil de Muerte Súbita: ¿Un problema de salud pública en Bogotá D.C.? (tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá DC, Colombia.

Loría J., Rivera N., Márquez G., (2013). Una estrategia educativa permite prevenir el síndrome de muerte súbita en el lactante. *Salud y Ciencia*. 19 (8), Pp 699-702

Martinez A., (2005). Vacunación Hoy. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*. 2005; 12 (71), 121-132.

Obtenido de:

http://www.pediatrasyucatan.org.mx/docs/presentacion/es/muerte_subita_en_el_lactante.pdf

Munkel L., Durón R., Bolaños P., (2018). Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. *Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines*. 35 (1)

Naugler MR, DiCarlo, K., (2017). Barriers to and Interventions that Increase Nurses' and Parents' Compliance With Safe Sleep Recommendations for Preterm Infants. *Nursing for Womens Healt*. 22 (1), Pp 26-39

Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

México. Recuperado de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 6

Título: Susceptibilidad de riesgo en convivientes de personas afectadas por tuberculosis pulmonar

Dra. Educ. María de los Angeles Paz Morales
Dr. Educ. Milton Carlos Guevara Valtier

Afiliación

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Agradecimiento:

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Introducción: La Tuberculosis (Tb) es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo aerobio gram-positivo. Existen diversos factores que incrementan la susceptibilidad de una persona para que pueda ser afectada por TbP, entre los que destacan, la vulnerabilidad del usuario que utiliza drogas; se destaca la probabilidad de convivir con alguien que padece esta enfermedad; el tiempo de convivencia e intimidad con la que se relaciona la persona enferma; el grado de contagiosidad (fase y síntoma); el grado de contagiosidad del ambiente que se comparte y el hacinamiento.

Objetivo: Describir que susceptibilidad de riesgo presentan los convivientes de personas afectadas por Tuberculosis Pulmonar en relación a sus características personales.

Material y Métodos: Diseño tipo descriptivo a población mayor de 18 años con un muestreo de 30 convivientes de una población afectada por TbP, obtenidos a través del registro y control de casos de tuberculosis de una institución de salud.

Resultados: La susceptibilidad de riesgo a padecer Tuberculosis pulmonar presento una media de 30 puntos de una escala de 0 a 100. En relación a la

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Susceptibilidad de riesgo se encontró que el 63.3% se realizó exámenes para detectar la tuberculosis; mientras que el 83.3% no recibieron ningún tratamiento preventivo.

Conclusión: Se encontró que el 93.3% convive diariamente con la persona afectada por tuberculosis y el 50% de los participantes duerme en la misma habitación que el afectado por tuberculosis. Se aprecia también que el 76.7% no cree que pueda padecer dicha enfermedad.

Palabras clave: Susceptibilidad; convivientes; tuberculosis pulmonar.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (Tb) is a chronic infectious disease, granulomatous, caused by Mycobacterium tuberculosis, gram-positive aerobic bacillus. There are several factors that increase the susceptibility of a person to be affected by TbP, among which are the vulnerability of the user who uses drugs; the likelihood of living with someone who suffers from this disease stands out; the time of coexistence and intimacy with which the sick person relates; the degree of contagiousness (phase and symptom); the degree of contagiousness of the environment that is shared and overcrowding.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Objective: To describe the susceptibility of risk to the cohabitants of people affected by Pulmonary Tuberculosis in relation to their personal characteristics.

Material and Methods: Descriptive type design, population over 18 years old with a sample of 30 cohabitants of affected by TbP, obtained through the registry and control of tuberculosis case control of a health institution.

Results: The susceptibility of risk to suffer pulmonary tuberculosis presented an average of 30 points on a scale of 0 to 100. In relation to the susceptibility to risk it was found that 63.3% were tested for tuberculosis; while 83.3% did not receive any preventive treatment.

Conclusion: It was found that 93.3% live daily with the person affected by tuberculosis and 50% of the participants sleep in the same room as the one affected by tuberculosis. It is also appreciated that 76.7% do not believe that they may suffer from this disease.

Keywords: Susceptibility; cohabitants; pulmonary tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (Tb) es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo aerobio

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Gram-positivo. Se trata de una enfermedad de transmisión directa cuyo contagio se realiza al inhalar el bacilo a través de las vías aéreas. Por consiguiente, el pulmón suele ser la vía de acceso más habitual para el bacilo, pudiendo diseminarse a través de las vías linfáticas y hemáticas. La mayoría de las partículas con bacilos tuberculosos quedan atrapadas en el árbol respiratorio y sólo las de menor tamaño, alcanzan el alvéolo donde tiene lugar una fagocitosis inespecífica por macrófagos no activados; si en este primer encuentro el macrófago destruye el bacilo no se producirá infección tuberculosa, sin embargo, si no se elimina el bacilo, el sujeto quedará infectado y presentará una reacción positiva a la tuberculina. Hay más probabilidades de contagiarse con Tb si tiene un sistema inmunológico atenuado. Sin embargo este problema de salud pública es curable (Secretaría de Salud, 2019).

La tuberculosis pulmonar [TbP] constituye una de las principales causas de mortalidad en el mundo, ya que anualmente fallecen alrededor de tres millones de personas que desarrollan la enfermedad sin distinción de sexo, raza, clase social. Cabe destacar que para el 2008 en el mundo, cada segundo, una persona nueva, era afectada por Tb; es decir, 3 de cada 10 personas fueron infectadas, del 5 al 10 % de las personas

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Infectadas desarrollaron la enfermedad en algún momento (García, 2016).

Por otra parte existen 2,000 millones de personas que son portadoras, cada año hay más de 10 millones de casos nuevos y 2 millones de personas mueren de tuberculosis en el mundo. A nivel de América Latina existen 650,000 casos nuevos (Aguilar, 2009).

En México (2008) encontraron 18,172 casos nuevos en todas sus formas, del cual el 83% fue pulmonar, esto es 15,019 casos a razón hombre-mujer de 1:1.6 y 2,141 defunciones en el 2007. En Nuevo León en el mismo año se reportan 1,132 casos nuevos en todas sus formas, del cual el 85% fue pulmonar, lo que significa que se presentaron 1,034 casos nuevos, en una razón hombre-mujer de 1 a 1.9 y para el año 2007 se registraron 129 defunciones (García, 2009).

La Secretaría de Salud de Nuevo León reportó que los municipios en los que se presenta el mayor número de casos nuevos de esta enfermedad oscilan entre Monterrey y Guadalupe en los cuales se encontraron más de 101 casos nuevos reportados en el año 2008. Este último municipio reportó 158 casos de TbP en total, por lo que se considera que “Todos somos susceptibles a la tuberculosis” (García, 2009).

Cabe destacar que existen diversos factores que incrementan la susceptibilidad de una persona para que

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Pueda ser afectada por TbP, entre los que destacan, la vulnerabilidad del usuario que utiliza drogas, la susceptibilidad de riesgo es mayor tanto para contagiarse como para manifestar la TbP; se destaca la probabilidad de convivir con alguien que padece esta enfermedad; el tiempo de convivencia e intimidad con la que se relaciona la persona enferma; el grado de contagiosidad (fase y síntoma); el grado de contagiosidad del ambiente que se comparte y el hacinamiento (Roque, 2009).

La TbP es una enfermedad que se transmite de persona a persona, la fuente más importante y habitual de contagio son las personas con tuberculosis pulmonar, quienes al estornudar, toser, hablar o expectorar, dispersan bacilos tuberculosos que quedan suspendidos por varias horas y son inhalados por otras personas. Es importante considerar que un enfermo puede infectar a un promedio de 10 a 15 personas sanas y que por lo general es transmitido de noche en dormitorios ocupados por las personas enfermas y las personas más susceptibles de riesgo a esta enfermedad son sus contactos más inmediatos (Dumoy, 1999).

En el 2008 existía un riesgo de hasta un 50% de desarrollar Tb en personas de VIH+. En México el 20% de casos de Tb se encuentran asociados con Diabetes Mellitus (DM), 10% en pacientes en pediatría (menores

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

de 19 años), y el 8% son de relacionados con enfermedades como TB/SIDA. Según los datos reportados en el estado de Nuevo León el 27% de los casos se encuentran asociados a DM, 7.8% en pacientes de pediatría y el 3.7% de los casos están relacionados con TB/SIDA (Roque, 2009).

Cabe señalar que la tuberculosis pulmonar no es una enfermedad erradicada, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó firmemente la aplicación de estrategias como el Tratamiento Breve de Observación Directa (DOTS) y el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) que se encargan principalmente de la entrega de comprimidos necesarios para su tratamiento, el consumo de este tratamiento es de gran importancia ya que al no ingerirse correctamente puede provocar fármaco-resistencia y así para el afectado será mucho más difícil la recuperación ya que el tratamiento es muy largo y en muchas ocasiones se presentan varios factores como son el olvido, la falta del conocimiento, las creencias, la motivación y la confianza hacia el tratamiento (García, 2009).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS DE ESTUDIO

Describir que susceptibilidad de riesgo presentan los convivientes de personas afectadas por Tuberculosis Pulmonar en relación a sus características personales.

Conocer las características de susceptibilidad de riesgo respecto a signos y síntomas, consumo de drogas y tiempo de convivencia de los convivientes de personas afectadas por Tuberculosis Pulmonar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del Estudio

El diseño del presente estudio fue de tipo descriptivo (Polit, Hugler, 1999). Este tipo de diseño se recomienda cuando se desea describir las variables del estudio, entre las que se señalan la susceptibilidad de riesgo a padecer TbP.

Población, muestreo y muestra

El muestreo fue por convivencia, debido a que se eligieron solamente a personas mayores de 18 años de edad que desearán participar en el estudio y que estuvieran en convivencia con personas afectados por Tuberculosis Pulmonar. La muestra fue de 30 convivientes de una población afectada por TbP, obtenidos a través del registro y control de caso de tuberculosis de una institución de salud.

Criterios de Inclusión

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Personas de ambos géneros, mayores de 18 años de edad en convivencia con personas afectadas por Tuberculosis Pulmonar.

Procedimiento para la Recolección de Datos

Para la recolección de los datos se seleccionaran a los convivientes de la muestra a través de la información proporcionada por una institución de salud, a través de la tarjeta de registro y control de casos de tuberculosis, y se procedió a programar una cita para asegurar la entrevista cara a cara; se realizó la planeación de visita hasta en tres ocasiones con el conviviente para valorar la aceptación del participante en el presente estudio.

Al identificar al conviviente se le realizó una atenta invitación a participar en el estudio, se explicó claramente el propósito del mismo, así como de los riesgos, se hizo énfasis del beneficio de la participación y se garantizó el anonimato del participante y de los datos que se obtuvieron en la entrevista realizada y se solicitó la firma del consentimiento informado, para el estudio, posteriormente se inició el levantamiento de datos a partir de las diferentes fuentes de registro; tarjeta de registro y control de casos de tuberculosis, cedula de características personales de convivientes de personas afectadas por TbP y por último el instrumento de susceptibilidad de riesgo en convivientes con personas afectadas por TbP.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Al finalizar la entrevista se proporcionó orientación sobre los cuidados preventivos en el hogar. El tiempo aproximado de la entrevista fue de 15 a 20 minutos.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987).

Análisis de datos

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package For the Social Science) y se obtuvieron estadísticas descriptivas, a través de frecuencias y proporciones, así como medidas de tendencia central y de variabilidad.

RESULTADOS

Tabla 1

Registro de años de edad cumplidos y años escolarizados concluidos

Fuente: Cedula de Características Personales del conviviente n=30

De acuerdo con la Tabla 1, se muestra que el promedio de edad de la población de estudio fue de 40.6 años (DE=14.6), respecto a los años

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

De escolaridad concluidos se observa que la media fue de 6 años (DE=12) y respecto a la susceptibilidad de riesgo a padecer TbP. Se reportó una media de 30.0 puntos (DE=73.3).

Variable	Media	Mediana	Desviación Estándar	Valor mínimo	Valor Máximo
Años de edad Cumplidos	40.6	37.0	14.6	18	66
Años Escolarizados Concluidos	6.0	6.0	3.9	0	12
Susceptibilidad de Riesgo a Padecer TbP.	30.0	26.6	14.6	6.6	73.3

tegorías de Susceptibilidad de Riesgo a Padecer TbP.

Índice de Susceptibilidad de Riesgo a Padecer TbP.	<i>f</i>	%
1 a 25	11	36.7
25.1 a 50	17	56.7
50.1 a 75	2	6.7

Fuente: Susceptibilidad de Riesgo en convivientes de personas afectadas por TbP n=30

En la tabla 2, se observa que el 56.7% presento una susceptibilidad de riesgo de padecer tuberculosis de 25.1 a 50 puntos.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 3

Datos socio demográficos de las variables categóricas del estudio

Fuente: Cedula de características personales de convivientes n=30

En la tabla 3 de datos socio demográficos se encontró que la mayor población fue de sexo femenino con un 66.7%; además se observa que el 77% profesa la religión católica; así mismo se aprecia que el 63.3% no cuenta con seguridad social. La mayor parte de los participantes no realizan actividad física, representada con un 73.3%.

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	10	33.3
Femenino	20	66.7
Religión		
Católica	22	77.3
No católica	8	26.7
Ocupación		
Remunerada	11	36.7
No remunerada	19	63.3
Seguridad social		
Si	11	36.7
No	19	63.3
Actividad física		
Si	8	26.7
No	22	73.3

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 4

Susceptibilidad de riesgo de los participantes

Variables	<i>f</i>	%
Exámenes para detectar tuberculosis		
Si	19	63.3
No	11	36.7
Tratamiento preventivo		
Si	5	16.7
No	25	83.3

Fuente: Susceptibilidad de riesgo en los convivientes

n=30

En la tabla 4, en relación a la susceptibilidad de riesgo se observa que el 63.3% se realizó exámenes para detectar la tuberculosis; mientras que el 83.3% no recibieron ningún tratamiento preventivo.

Tabla 5

Susceptibilidad de riesgo consumo de drogas

Variables	<i>f</i>	%
Consumo de tabaco		
Si	12	40
No	18	60
Consumo de alcohol		
Si	9	30
No	21	70
Consumo de drogas		
Si	0	0
no	30	100

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Fuente: Susceptibilidad de riesgo en los convivientes n=30
 En la tabla 5 se describe la susceptibilidad de acuerdo a la presencia del consumo de drogas, en la que el 40% de los participantes consume tabaco, así mismo se observa que el 30% consume alcohol y el 100% no hace uso de drogas ilícitas.

Tabla 6

Riesgo de padecer TbP de los participantes

Variables	Sí		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Han notado últimamente que ha disminuido su peso corporal desde que le diagnosticaron Tuberculosis a la persona con la que usted convive?	4	13.3	26	86.7
2. ¿Convive diariamente con la persona afectada por la Tuberculosis Pulmonar?	28	93.3	2	6.7
3. ¿Duerme usted en la misma habitación con la persona afectada por Tuberculosis Pulmonar?	15	50	15	50
4. ¿Usted sospecha que puede padecer tuberculosis pulmonar?	7	23.3	23	76.7

Fuente: Susceptibilidad de Riesgo en convivientes de personas afectadas por TbP n=30

La tabla numero 6 describe el riesgo de padecer tuberculosis en los participantes en el estudio. En la cual

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Se puede observar que el 86.7% no han disminuido de peso corporal desde que el afectado contrajo la enfermedad. También se muestra que el 93.3% convive diariamente con la persona afectada por tuberculosis. El 50% de los participantes duerme en la misma habitación que el afectado por tuberculosis. Se observa también que 76.7% no cree que pueda padecer tuberculosis.

Tabla 7

Signos y síntomas que presentan los participantes.

Variable	Sí		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tos con flemas	8	26.7	22	73.3
Fiebre	1	3.3	29	96.7
Sudor nocturno	7	23.7	23	76.7
Baja de peso	4	13.3	26	86.7
Cansancio	12	40.0	18	60.0
Falta de apetito	4	13.3	26	86.7

Fuente: Susceptibilidad de Riesgo en convivientes de personas afectadas por TbP n=30

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Discusión

Los resultados del presente estudio “Susceptibilidad de riesgo de convivientes con personas afectadas por tuberculosis pulmonar” mostraron que el promedio de edad de la población de estudio fue de 40.6 años, respecto a los años de escolaridad concluidos se observa que la media fue de 6 años y en relación a la susceptibilidad de riesgo a padecer TbP, se reportó una media de 30.0 de 100.0 puntos.

El primer objetivo que se planteo fue describir que susceptibilidad de riesgo presentan los convivientes de personas afectadas por Tuberculosis Pulmonar en relación a sus características personales, en la que se encontró que el 56.7% presento una susceptibilidad de riesgo de padecer Tuberculosis de 25.1 a 50 puntos de una escala de 0 a 100, lo cual concuerda con lo que reporta el estudio de Dumoy (1999) en el cual los resultados obtenidos son que en el 60%de los infectados por Tuberculosis se ubican entre los contactos próximos o más susceptibles de riesgo a contraer la enfermedad de Tuberculosis debido a la exposición prolongada más que por contacto directo, además coincide por lo señalado por Arce-Mendoza et al., (2007) que señala que el 50% de los contactos enfermaron por TbP.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

En relación con la susceptibilidad de riesgo que presentan los convivientes de personas afectadas por TbP respecto a sus características personales, se encontró que la mayor población fue de sexo femenino con un 66.7%; además se observa que el 77% profesa la religión católica; así mismo se aprecia que el 63.3% no cuenta con seguridad social.

La mayor parte de los participantes no realizan actividad física, representada con un 73.3%, lo cual coincide por lo señalado por Salinas et al., (2007) que refiere que el 46% de los contactos próximos eran del sexo femenino.

El segundo objetivo plantea Conocer las características de susceptibilidad de riesgo respecto a exámenes realizados, tratamientos preventivos, signos, síntomas, consumo de drogas y tiempo de convivencia con personas afectadas por Tuberculosis Pulmonar, en la que se refleja que el 63.3% se realizó exámenes para detectar la tuberculosis; mientras que el 83.3% no recibieron ningún tratamiento preventivo; en cuanto la susceptibilidad de acuerdo a la presencia del consumo de drogas, se describe que el 40% de los participantes consume tabaco, así mismo se observa que el 30% consume alcohol y el 100% no hace uso de drogas ilícitas. Lo cual es similar a lo señalado por Sánchez et al., (1997), quienes señalan que la susceptibilidad se incrementa en personas mal nutridas, alcohólicas, pacientes con tratamiento inmunosupresor y con enfermedades inmunosupresoras.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

En relación con lo anterior, se observa que conforme el riesgo de padecer tuberculosis en los participantes en el estudio muestra que el 86.7% no han disminuido de peso corporal desde que el afectado contrajo la enfermedad. También se detectó que el 93.3% convive diariamente con la persona afectada por tuberculosis y el 50% de los participantes duerme en la misma habitación que el afectado por tuberculosis. Así mismo se encontró que el 76.7% no cree que pueda padecer tuberculosis.

En relación a los signos y síntomas que presentan los participantes se muestra que el 26.7% presentan tos con flemas, y un solo participante (3.3%) refirió que presentaba hipertermia. Se observa también que: el 23.3% presento sudor nocturno, el 12.3% de los participantes mostro baja de peso; el 40% de los entrevistados mencionó tener cansancio, y por último el 13.3% de los entrevistados refirieron que tenían falta de apetito. De acuerdo a lo señalado por Dumoy et al., (1999) el 95% de los contactos próximos tendrán síntomas de tos y expectoración y baja de peso, así también señala que el 80% de los portadores está consciente de los síntomas, sin embargo muchos no le dan la importancia.

Conclusiones

La susceptibilidad de riesgo a padecer Tuberculosis pulmonar presento una media de 30 puntos de una escala de 0 a 100.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

El 56.7% presento una susceptibilidad de riesgo de padecer tuberculosis de 25.1 a 50 puntos.

La media de edad fue de 40.6 años, y con respecto a la escolaridad se encontró un promedio de 6 años lo que equivale a la educación básica.

En relación a la susceptibilidad de riesgo se encontró que el 63.3% se realizó exámenes para detectar la tuberculosis; mientras que el 83.3% no recibieron ningún tratamiento preventivo.

En la susceptibilidad de acuerdo a la presencia del consumo de drogas se observa que el 40% de los participantes consume tabaco. Al igual, se observa que el 30% consume alcohol y el 100% no hace uso de drogas ilícitas.

Se encontró que el 93.3% convive diariamente con la persona afectada por tuberculosis y el 50% de los participantes duerme en la misma habitación que el afectado por tuberculosis. Se aprecia también que el 76.7% no cree que pueda padecer dicha enfermedad.

En relación a los signos y síntomas que presentaron los participantes se muestra que el 26.7% presentan tos con flemas, el 3.3% presentaba hipertermia, el 23.3% presento sudor nocturno, el 12.3% de los participantes mostro baja de peso; el 40% mencionó tener cansancio, y por último el 13.3% de los entrevistados refirieron que presentaba falta de apetito.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Recomendaciones

Es recomendable seguir realizando estudios en convivientes con personas afectadas por TbP., ya que se encontró escasa información referente a esta temática con la finalidad de seguir incrementando el conocimiento en esta problemática de TbP.

Así mismo se recomienda seguir implementando y desarrollando programas de prevención, para informar correctamente al afectado por TbP y a sus familiares sobre su padecimiento y los debidos cuidados que se deben realizar estando en el hogar, para lograr con esto disminuir la susceptibilidad de riesgo a padecer TbP.

Es recomendable tener una muestra de población más extensa para obtener resultados más significativos y mayores hallazgos.

Realizar estudios de enfoque cualitativo para conocer el significado de la susceptibilidad de riesgo en los pacientes con TbP.

Referencias

1. García, C., 2016. Situación actual de la Tuberculosis en México – N.L.
2. Rodríguez, L., 2009, Avance en materia de investigación de Tuberculosis y Red TAES FAEN de la UANL.
3. Roque, Juan., 2009, Tuberculosis/Adicciones.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

4. Leyva, H., Valdés, S., González, E. & García E., (2000), Riesgo de enfermar de tuberculosis de los convivientes adultos de enfermos bacilíferos.
5. Salinas, C., et. al, (2007), Incidencia longitudinal de la tuberculosis en una cohorte de contactos: factores asociados a la enfermedad.
6. Dumoy, J., (1999), El riesgo de enfermar de Tuberculosis.
7. Miclín, O. & Ferrer, M., (1995), Enfoque de riesgo en la Tuberculosis.
8. Gutiérrez, F., Gutiérrez, A. & Toledo F., (2004), Factores asociados a la incidencia de Tuberculosis en personas de 15 a 49 años residentes en los distritos V, VI y municipio de Tipitapa del 1 de enero del 2003 al 30 de junio de 2004.
9. Gazetta, C. E., (2004), Control de contactos de pacientes con tuberculosis en Brasil: revisión de la bibliografía (1984-2004).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Parte 2

Embarazo, Parto y Posparto

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 1

Título: Estudio comparativo de procedimientos tradicionales usados durante embarazos de riesgo en una comunidad indígena

PESS. Isaac Salvador Vázquez

PESS. Josefa Pérez Juan

Dra. Denison Sánchez Miguel

Dra. Maylin Almonte Becerril

Afiliación

Universidad Intercultural del Estado de Puebla

Agradecimiento:

A la Universidad Intercultural del Estado de Puebla

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

A pesar de que el embarazo es considerado un proceso natural de la reproducción humana, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y/o el parto. Tan solo en 2015, se estimaron unas 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos.

Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (Organización Mundial de la Salud, 2018). La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno (Norma Oficial Mexicana, 2016).

Durante el embarazo siempre existe la probabilidad de que se presenten complicaciones las cuales se pueden llegar a identificar por medio de signos y síntomas de alarma que permiten identificar cualquier anomalía

(Armas, 2015). La OMS define a los signos y síntomas de alarma en el embarazo como aquellos que nos muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro. Tales como fiebre, edema, sangrado vaginal, hipertensión, cefalea, movimientos fetales disminuidos, disuria, trastornos visuales o auditivos, náuseas y vómitos excesivos, entre otros (Armas, 20) A pesar de existir información sobre signos y síntomas de alarma, se han reportado que cada año, Aproximadamente 350, 000 mujeres pierden la vida en el embarazo o el parto;

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Mientras que hasta 2 millones de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida y hay 2.6 millones de mortinatos (Jim Campbell, 2011). Esas muertes ocurren porque las mujeres en su mayoría, pobres y marginadas carecen de acceso a establecimientos de salud eficientes o a los servicios de profesionales sanitarios cualificados (Jim Campbell, 2011),

siendo aún mayor en zonas rurales, debido a la ausencia de atención médica oportuna y/o al desconocimiento de los procedimientos actuales ofrecidos para el cuidado de la madre gestante (Jim Campbell, 2011).

En 2016, la enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio mostraron el mayor porcentaje de incidencia (26.6%), seguida de hemorragia obstétrica (22.6%), embolia obstétrica (5.7%), y otras complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (4.7%). A su vez, en Puebla, se han reportado que las principales causas de defunción en mujeres gestantes fueron: la presencia de hemorragia obstétrica (31.1%), la enfermedad hipertensiva del embarazo (28.9%) y con el mismo porcentaje que las hipertensiva, están las causas indirectas (28.9%); lo que representa el 88.9% de las defunciones (Departamento de Promoción a la Salud De los Servicios de Salud & Departamento de Salud Reproductiva De los Servicios de Salud del Estado de Puebla, 2016).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Metodología

La presente investigación se realizó mediante la aplicación de técnicas metodológicas como la observación, aplicación de entrevistas, revisión bibliográfica y análisis descriptivo e interpretativo de la información. Para llevar a cabo este proyecto, se realizó un estudio de tipo analítico, comparativo y transversal, dado que fue dirigido para identificar las diferentes técnicas o procedimientos que se emplean para corregir o tratar los embarazos de alto riesgo (preeclampsia y/o circular de cordón) con enfoque cualitativo y cuantitativo empleando un instrumento para recabar información, y así analizar la frecuencia y las características más importantes de cada problema. El área de estudio de esta investigación fue en el municipio de Amixtlán, Puebla donde existe una población de 5,004 habitantes (2370 hombres y 2634 mujeres) con una ratio de fecundidad de 2.97 hijos por mujer. El 89.75% de la población es, el 73.58% de los habitantes habla alguna lengua indígena y el 7.28% habla solo la lengua indígena. La población cuenta con 1 médico que pertenece a IMSS-PROPERA, 1 médico privado y en la localidad de Cuautotola se cuenta con 1 médico perteneciente a Secretaría de Salud. Asimismo, se tomó el personal médico del municipio de Ahuacatlán que consta de 6 médicos que pertenecen a Secretaría de Salud laborando en el Hospital Integral de Ahuacatlán. Para efecto de la investigación se contó con el apoyo de 9 parteras certificadas, y 9 médicos alópatas.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Del universo de estudio se seleccionó a todas las parteras que habitan en Amixtlán y solo 9 médicos de Amixtlán y Ahuacatlán. En el instrumento se incluyeron las variables: Identificación de embarazos de riesgo; diagnóstico, manejo y seguimiento de preeclampsia; diagnóstico, manejo y seguimiento de circular de cordón e información general de atención médica.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un periodo de 3 meses comprendido de enero a marzo del 2019 con la interpretación de la lengua totonaca en el caso de las parteras, ya que todas ellas mantienen su lengua materna. Durante el interrogatorio se incluyeron grabaciones y videos de los procedimientos descritos como evidencia. Una vez que se concluyeron los interrogatorios se procedió a analizar las entrevistas, se realizó una base de datos, donde con ayuda del programa estadístico SPSS versión 25 se realizaron las gráficas correspondientes, se analizaron los datos y se procedió a elaborar la comparación de los procedimientos que se emplean en cada caso y por cada grupo. También se identificaron las limitaciones y las sugerencias de la convergencia de ambos procedimientos.

Resultados

En cuanto a la población de estudio, se entrevistaron 9 parteras certificadas. En el caso de los médicos, se

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Entrevistaron a los 3 que laboran en el municipio de Amixtlán, que reportaron ser médicos generales. Asimismo, se entrevistaron a 6 médicos más que laboran en la institución de salud más cercana (Hospital Integral de Ahuacatlán) de los cuales 2 eran médicos generales, 2 cirujanos, 1 anestesiólogo y 1 ortopedista (Tabla 1). Los resultados mostraron que 4 de los médicos llevaban más de 10 años ejerciendo su labor, 4 de 5 a 10 años y solo uno menos de 5 años. Asimismo, se determinó el número de partos atendidos por ambos grupos, encontrando que la totalidad de las parteras llevan más de 10 partos atendidos, mientras que los médicos 7 han atendido más de 10 partos y solo dos han atendido entre 5 y 10 partos. Posteriormente, se identificó la incidencia de embarazos que han terminado en cesáreas y que han sido atendidos por ambos grupos. En el caso de las parteras, las 9 mencionaron que solo han atendido una incidencia de menos del 25% de cesáreas del total de las pacientes que han atendido. En contraste, 6 de los

Médicos, de ellos indicaron que más del 25% de sus casos han terminado en cesárea y solo 3 de ellos indicaron que menos del 25% de todas sus pacientes han terminado en cesárea (Tabla 3).

Complicaciones más frecuentes en Amixtlán y Ahuacatlán, Puebla

Se evaluó la presencia de los problemas de mayor frecuencia identificados durante el embarazo, donde se

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Encontró que, en ambos grupos, la preeclampsia fue la principal complicación que han presentado las pacientes embarazadas (4 atendidas por parteras y 8 por los médicos) (Gráfica 2).

En contraste, el circular de cordón obtuvo el segundo lugar en frecuencia de problemas identificados durante el embarazo, donde 3 parteras consideraron esta situación como la principal complicación que han atendido durante el embarazo, mientras que en el caso de los médicos no lo consideran como una complicación, por lo que no fueron cuantificados

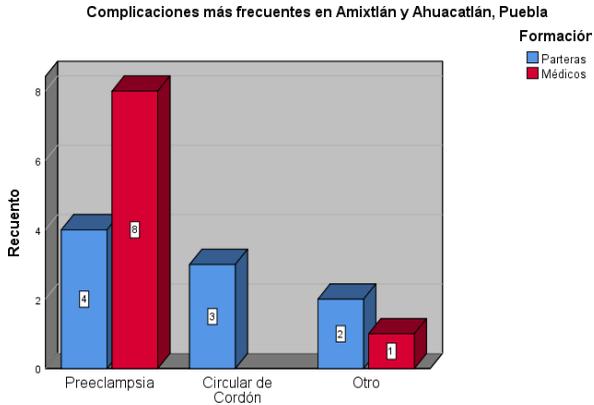
(Gráfica 1). Como tercer lugar en complicaciones presentes durante el embarazo se encontró que un médico respondió atender frecuentemente desgarros (otro) y 2 parteras respondieron atender principalmente hemorragias obstétricas (otro) (Gráfica 1

Gráfica 1.

Complicaciones más frecuentes identificados por médicos y parteras de Amixtlán y Ahuacatlán, Puebla.

La Gráfica muestra el recuento de incidencia de preeclampsia, circular de cordón y otro tipo de complicaciones por parteras y médicos. La barra azul representa a parteras, la barra roja a médicos.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA



Procedimientos efectuados por médicos y parteras para el diagnóstico de preeclampsia

Los resultados mostraron que, para el diagnóstico de preeclampsia, en el caso de los médicos utilizaban herramientas tales como: baumanómetro y estetoscopio, para determinar la presencia de tensión arterial elevada ($\geq 140/90$ mm Hg). Asimismo, se apoyan de otros métodos, que incluyen: Información de la paciente, se proporciona mediante interrogatorio en donde se analizan los signos y síntomas presentes tales como cefalea persistente, acufenos, fosfenos, edema o vómito. Examen de orina para la determinación de proteinuria (> 300 mg/dL en orina de 24 hrs ó > 30 mg/dL= 1+/2+ en tira reactiva). Biometría Hemática para la identificación de creatinina sérica ($> 1,1$ mg/dL) la disminución de plaquetas (< 100

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

000/mm³) y pruebas de función hepática con elevación de la enzima aminotransferasa de aspartato (AST) y la aminotransferasa de alanina (ALT) (> 70 IU/L) (Gonzalez Navarro, Martinez Salazar, García Nájera, & Sandoval Ayala, 2015).

Parteras

En el caso de las parteras, para llevar a cabo el reconocimiento de la preeclampsia, el único método que utilizan es el reconocimiento de signos y síntomas que se realiza mediante la observación y la información que la paciente proporciona, tales como: la presencia de dolor de cabeza constante, zumbidos en el oído, ver lucecitas/visión borrosa e hinchazón en los pies. Al igual que en el caso de los médicos, las parteras realizan un interrogatorio directo a las pacientes para la identificación de signos y síntomas de la preeclampsia

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

(Tabla 1). Además, las parteras usan su lengua materna “Tutunakú” para comunicarse de manera más directa con las pacientes.

En la siguiente tabla se colocó un glosario de términos utilizados por las parteras para referirse a la identificación de signos y síntomas presentes en mujeres con presencia de preeclampsia, de igual manera la traducción en la lengua *Tutunakú* y la descripción (Tabla 1).

Tabla 1.

Términos usados por parteras para el diagnóstico de preeclampsia

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Término	Traducción al <i>Tutunakú</i>
Dolor de cabeza	<i>Katsan akgxakga</i>
Zumbido en los oídos	<i>Wintu makawan kxpulakni takgen</i>
Ver lucecitas/visión borrosa	<i>Pokg lakawanan</i>
Hinchazón de pies	<i>Kunitxtuwan/lakkuntawilani t</i>
Vómito	<i>Patlanat</i>
Dolor de estomagó	<i>Pakatsat</i>
Presión alta	<i>Tluwakge skujma kgalhni</i>

Seguimiento de preeclampsia

Los resultados mostraron que, en el caso de las parteras, 7 de ellas refieren a las pacientes con un especialista: que en este caso es el médico del centro de salud de la comunidad de Amixtlán. Asimismo 6 de los médicos

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Respondieron referir a las pacientes a un especialista (ginecólogo) ubicado en el Hospital General de Zacatlán, Puebla, que se encuentra a aproximadamente 2 horas de distancia: mientras que, 3 médicos indicaron que ellos brindan tratamiento farmacológico para estabilizar signos y síntomas y 2 parteras proporcionan tratamiento natural (descrito en el siguiente apartado).

Uso de equipo especializado y/o procedimientos realizados

Los resultados mostraron que, en el caso de los médicos, al identificar circular de cordón, algunas veces suele ser necesario envía a cesárea, sobre todo, si en el momento del parto se complica el procedimiento para eliminar el circular de cordón. En el caso de las parteras tienen procedimientos preventivos para evitar llegar a término un embarazo con circular de cordón.

Diagnóstico

Más utilizado para detectar embarazos con complicación, principalmente circular de cordón. Además, permite evaluar fácilmente el sentido del flujo a partir del modo pulsado y color.

Parteras

En el caso de las parteras, para la identificación del circular de cordón inician con un interrogatorio a la paciente que consiste en saber si los movimientos fetales se encuentran presentes, disminuidos o ausentes. Posteriormente, en el caso de que se encuentren disminuidos o ausentes la partera le pide a la paciente

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

acostarse al borde de la cama, con el cuerpo relajado y realiza los siguientes procedimientos:

Figura 1. Identificación de circular de cordón.



La figura A muestra la posición de la paciente y la partera, la figura B muestra el inicio de la palpación en los contornos del abdomen y C la identificación de la posición, el cuello y las circulares.

Trimestre de identificación

En cuanto al trimestre de identificación se obtuvo que 3 parteras lo hacen desde el segundo trimestre y 6 indicaron que se puede identificar desde el tercer trimestre. En el caso de los médicos, 6 lo identifican desde el segundo trimestre y 3 desde el tercer trimestre.

Resolución de circular de cordón por parteras

Para la resolución del circular de cordón, las parteras como se ha mencionado anteriormente, utilizan un procedimiento al que le denominan “manteo” (Figura 2).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Figura 2.

Procedimiento “Manteo”.



En la figura A) se muestra la posición de la paciente y la partera para la resolución del circular de cordón, B) muestra como la partera acomoda la toalla/reboso y le pide a la paciente estar relajada para dar inicio al manteo y C) ejecución de la maniobra Denominada “manteo”, la partera comienza realizando movimientos vibratorios y movimientos hacia enfrente y atrás para lograr producir movimientos al producto y así eliminar los circulares existentes.

Por otro lado, en el caso de los médicos, no existen tácticas útiles durante el embarazo para desenredar el cordón. Únicamente se usa la maniobra en el momento del parto, siendo eficiente en la mayoría de los casos, esto genera y mantiene un riesgo en el producto.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 2.

Limitaciones de circular de cordón en parteras y médicos

	Parteras	Médicos	Limitaciones
Comunicación	Usan la lengua materna (Tutunakú)	Usan solo el castellano	En médicos no hablar Tutunakú dificulta la comunicación.
Diagnóstico	Información de la paciente y palpación y confirmación por estudios médicos Manteo	Información de la paciente, palpación y estudios con Doppler Hasta el momento del parto	Las parteras algunas veces no detectan el número de circulares, así como tamaño y grosor. En médicos exponen a la paciente a
Tratamiento			causar otras complicaciones y no resuelven la preocupación a la paciente.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Continuación tabla 2

Seguimiento	Visitan constantemente a la paciente	Es necesario agendar	Médicos es más complicado
	para revisión	una cita o el caso de urgencia para la revisión	la revisión constante.
	Distancia corta	Gran distancia	En médicos también la distancia hace difícil El acceso.
Servicios de salud	Disposición de brindar cuidados a domicilio	Poco personal medico	En médicos insuficiencia de Personal.

Conclusión

Aunque las parteras adquieren sus conocimientos a través de la práctica ancestral, tradicional y empírica, sus procedimientos de diagnóstico y tratamiento muestran una efectividad casi al grado de la medicina alópata (preclamsia) y en algunos casos mayores (circular de cordón).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Sin embargo, el no tener una base científica de los signos de alarma, así como de los efectos adversos o de la temporalidad del efecto en el uso del tratamiento natural, puede generar confusión en el momento del diagnóstico, y problemas severos en el caso de que el tratamiento no sea efectivo a largo plazo.

Referencias

Alarcón Nivia, M. Á., Sepúlveda Agudelo, J., & Alarcón Amaya, I. C. (2011). Las parteras, Patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 192-193.

Aspas, A. M. (2012). Diagnóstico y control evolutivo de las circulares de cordón en el primer Trimestre de gestación mediante ecografía 3D/4D y Doppler. Valencia: Servei de Publicaciones.

Blanca Pelcastre, N. V. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Rev. Esc Enferm USP*, 39(4), 376.

Cordero Muñoz, L., Luna Flórez, A., & Elena, V. R. (2010). Salud de la mujer indígena: Intervenciones para reducir la muerte materna. Banco Interamericano de desarrollo.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Cruz, N. L. (2017). Circular de cordón con diagnóstico ecográfico y apgar del recién nacido en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, julio-diciembre 2016. Perú

Gutiérrez Ramírez, J. A., Díaz Montiel, J. C., Santamaría Benhumea, A. M., Sil Jaimes, P. A., Mendieta Zerón, H., & Herrera Villalobos, J. E. (2016).

Asociación de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres mexiquenses. *Revista Nacional (Itauguá)*, 8(1), 33-42.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos & Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Medicina indígena tradicional y medicina convencional*. Costa Rica.

Leis Márquez, M. T., Rodríguez Bosch, M. R., & Alfonso, G. L. (2010). Diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia. *Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia* (78), 461-525.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 2

Título: Plantas utilizadas por comadronas en el parto y posparto

Iliana Mercedes Sapón Gloria
Estela Cristóbal López
Ana Lucía de Jesús Son Calderón

Agradecimientos

Enfermería de Guatemala agradece en grande manera al Corporativo Global Comité Académico Científico que organiza el Congreso Internacional de Enfermería 2019 “Hacia la práctica de Enfermería Avanzada” División Ciencias de la Salud con respaldo del Watson Caring Science Institute y con aval de educación continua por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; por la oportunidad de formación y el logro de competencias para el desempeño en ámbitos de la salud, desarrollo local, investigación y gerencia de los servicios en cualquiera de los niveles de atención. Y al Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social por la oportunidad de desarrollo que brinda al Gremio de Enfermería en el país. Presentamos nuestros respetos y gratitud a tan prestigiosas entidades, quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resumen

Objetivo:

Valuar la aplicación de plantas medicinales en el periodo de parto y posparto atendidos por comadronas.

Metodología

Estudio cuantitativo, el cual permitió el cálculo estadístico de la población que se beneficia del uso de plantas medicinales, verificando los conocimientos que la comadrona posee en relación a su aplicación durante la atención del parto y posparto. Para obtener los datos correspondientes, se empleó la encuesta como instrumento; formulada en el idioma materno de la comunidad (K'iché) y español, debido a la característica multilingüe del país.

Resultados

Demostraron que un alto porcentaje en el occidente del país, confían la atención de la embarazada a las comadronas creyendo en la utilización de plantas medicinales; sin embargo, desconocen su acción durante el primero, segundo y tercer periodo del parto. Dentro de Las plantas medicinales más reconocidas, mencionan la pimienta, el anís, el apazote, el clavo y el ixbuth. Un Menor porcentaje solo reconoce dentro de las preparaciones medicinales, el cocimiento y el hervor de las planta.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Dentro de las terapias únicamente identifican los baños que estimulan la fluidez de la leche materna gracias a la hidrofito terapia que ofrece el agua al cuerpo, masajes y la colocación de una faja elaborada en manta para la recuperación del estado normal de la matriz. Las plantas reconocidas para favorecer los periodos de dilatación, expulsión y el alumbramiento son: el Anís, Pimienta, Canela y Laurel; y para el momento del alumbramiento el Crisantemo y el Apio. Para la

Prevención de hemorragias, indican el apazote y para evitar la hipertensión nombran el ajo. Con los datos obtenidos se estima que existe un débil conocimiento sobre plantas medicinales que pueden ser utilizadas para este fin.

Conclusiones

Considerando que Guatemala ha desarrollado un sistema de Medicina Tradicional de los Pueblos Mayas Indígenas y la aceptación de las comadronas como líderes; el MSPAS implementa la Medicina Tradicional en los servicios de salud y la capacitación de las comadronas para el fortalecimiento de sus conocimientos logrando disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad del binomio materno-infantil.

Palabras Clave: Interculturalidad, terapia, comadrona, parto, posparto.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

En Latinoamérica un alto porcentaje de la población le confía a la práctica tradicional o ancestral de la medicina, en la utilización de plantas medicinales para la curación de algunos males que la medicina occidental o científica no admite como: el alboroto de lombrices, el mal de ojo, el chipe entre otros, pero que son parte de la cultura de los pueblos indígenas, la estructura de este sistema involucra terapeutas tradicionales dentro de los que se reconocen por sus diferentes especialidades, entre las más conocidas: los guías espirituales, chayero, terapeutas generales, los hueseros, las comadronas o parteras tradicionales, dedicadas a la atención de la mujer en el período prenatal, parto, post parto, recién nacido y otros problemas propios de la mujer. Especialmente en Guatemala las mujeres que resultan en cinta en el área rural por tradición y deseo de las mismas optan por que la atención del parto sea por una comadrona de la localidad, utilizando una Diversidad de plantas durante el trabajo de parto y posparto.

Su importancia se pone de manifiesto al comprobar que en la actualidad se constituye como una práctica vigente por una población mayoritaria, que por razones económicas o socioculturales buscan en ella alivio o a sus diferentes problemas de salud y enfermedad.

Objetivos General

Valuar la aplicación de plantas medicinales en el periodo de parto y posparto atendidos por comadronas.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Conclusiones

Las plantas utilizadas por las comadronas en la atención del parto y posparto, tienen un valor infalible debido al valor medicinal y el valor ancestral; Conocimiento que cada una de las comadronas van adquiriendo de generación en generación; Tomando en cuenta que ellas carecen de una preparación académica y que en son mayoría las comadronas son señoras de edad avanzada y carecen de algún nivel de alfabetización.

Las comadronas utilizan plantas medicinales para la atención del trabajo de parto, las cuales en su mayoría cuentan con propiedades analgésicas, antisépticas, vasodilatadoras, antiespasmódicas y astringentes.

Aunque un porcentaje reportó utilizar “esencia maravillosa”, la utilidad que este componente tiene y la confianza que le tienen para su uso.

Las comadronas son líderes de la comunidad comparten las mismas costumbres y tradiciones por ende la familia de las mujeres embarazadas apoyan el uso de plantas naturales que ayuden y faciliten el trabajo de parto y acompañan a la comadrona en la recolección de plantas para realizar los baños en temascal de las señoras en el post parto.

Las comadronas durante el control prenatal saben que es importante y necesario llevar a sus pacientes al puesto de salud para fortalecer la salud de la madre y el niño y las acompañan al servicio de salud.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Recomendaciones

Al definirse la importancia y el rol que la comadrona juega para la sociedad, principalmente en el sector salud, es recomendable que el personal de los servicios de salud trabajen conjuntamente con las comadronas siendo ellas personas líderes en su comunidad y la población les tiene confianza para que constantemente asistan a capacitaciones u otras actividades que contribuyan a enriquecer sus conocimientos, favoreciendo y procurando un trabajo de parto sin complicaciones, asegurando la atención de la embarazada durante el embarazo, parto y post parto de forma segura, en dichos contenidos se debe enfocar temas sobre, indicaciones, dosis, efectos secundarios y contraindicaciones de las diferentes plantas que ellas utilizan, para evitar reacciones adversas y los diferentes niveles de atención sobre la pertinencia de servicios culturalmente accesibles y aceptados ya que las buenas prácticas ayudan a la reducción de la mortalidad materna infantil.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Referencias Bibliográficas

Integración de Medicina Tradicional al Conjunto de Servicios Básicos de Salud del Primer Nivel de atención. Guatemala 2007. Pag. 7-10.

MSPAS. Manual Para la Intervención Corta en la Capacitación a Comadronas Tradicionales. Guatemala 2006. Pag. 10.

MSPAS. “Normas de Atención para primer y segundo nivel” Guatemala 2010, módulo Mujer

MSPAS. “Normas de Atención para primer y segundo nivel” Guatemala 2010, módulo Atención a la demanda.

MSPAS. USAC. Vademécum Nacional de Plantas Naturales. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Guatemala 2006.

Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes parte V. Seguridad y Salud social Artículo 24 inciso 2 pag. 21

Ximénez F. Popol Vuh. Guatemala: Editorial Artemis-Edinter, 2007.

Manual para la Intervención corta en la capacitación de comadronas tradicionales MSPAS 2006.
Cáceres, A. 1996. Plantas de uso medicinal en Guatemala. Guatemala, Editorial Universitaria. 40 p.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 3

Título: Motivos del abandono escolar en adolescentes embarazadas

Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez

José Ángel Murillo-Treviño

Melissa Elizabeth Treviño-Ortega

Lizeth Nohemí Carreón- Torres

Dra. Velia Margarita Cárdenas-Villarreal

Diego Ramón Medellín-Moreno

Afiliación:

Facultad de Enfermería, Centro de Investigación y
Desarrollo en Ciencias de la Salud

Agradecimiento:

A La Universidad Autónoma de Nuevo León

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resumen

Objetivo:

Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas; identificar la proporción de adolescentes embarazadas que reportan abandono escolar durante el embarazo y describir los principales factores que las adolescentes embarazadas mencionan como causas de abandono escolar. Material y Metodología: Diseño descriptivo, muestra de 40 adolescentes embarazadas menores de 19 años, que acudieron a control prenatal en una institución de tercer nivel de atención. Quienes eran menores de 18 años debían ir acompañadas de su padre o tutor. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron una cedula de identificación y el cuestionario sobre el rendimiento escolar y el embarazo adolescente. El presente estudio se llevó a cabo conforme a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para La Salud. Resultados: El 65% viven en unión libre, el 57.5% son ama de casa, 52.5% cuentan con secundaria completa. El 75% de las participantes fueron primigestas, 80% de las adolescentes están cursando su tercer trimestre de embarazo. En cuanto al inicio de vida sexual activa el 57.5% inició a los 14 o 15 años, destacando que el 7.5% inició su vida sexual entre los 12 o 13 años. El 75% de las adolescentes han abandonado la escuela por lo que cabe resaltar que el 52.5% abandonan la secundaria pública. El 45% de las Adolescentes refiere que el principal motivo de abandono

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Escolar es el embarazo, el 67.5% refiere que sí regresaría a estudiar.

El 35% indica que no estudia por no tener quien cuide a su hijo. Conclusiones: 57.5% reportan el abandono escolar durante el embarazo y son amas de casa; mientras que el 52.5% su ultimo nivel de estudios es secundaria. Cabe señalar que gran parte de las adolescentes abandonaban la escuela antes de salir embarazadas.

Palabras Clave: *Embarazo en Adolescencia, Adolescente, Abandono Escola*

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

La Organización Mundial de la Salud considera al embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública (OMS, 2018) debido a las repercusiones biopsicosociales que tiene en la salud de la madre y del hijo(a). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países (Flores, 2016).

En México, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2012) reportó que el 23% de las adolescentes entre 12 y 19 años ya había iniciado vida sexual activa (IVSA), de los cuales el 25.5% corresponde a hombres y 20.5% a mujeres. De estos, el 14.7% de los hombres y el 33.4% de las mujeres no utilizó Metodologías anticonceptivos. El 51.9% de las mujeres mencionó que alguna vez estuvo embarazada, es decir que con el IVSA se incrementa la posibilidad de un embarazo en un 62.6%. En un estudio de Sánchez (2013), se muestra que el 51% de Adolescentes embarazadas iniciaron su vida sexual entre los 15 y 16 años y el 7.9% a los 12 y 13 años. El 80.4% expresó haber recibido información sobre prevención del embarazo, el 51% expresó recibirla en la escuela y de éstas, 57% no utilizó ningún Metodología anticonceptivo. Los adolescentes sufren de diversos cambios hormonales que favorecen la exploración de su sexualidad y por ende realizan actos sexuales a muy temprana edad. Sin embargo, no siempre se tiene la responsabilidad que esto representa y desconocen el uso de Metodologías anticonceptivos, estando expuestos al contagio de infecciones de transmisión sexual y embarazo no Planeado.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Una implicación importante del embarazo en la adolescencia está relacionada con la deserción estudiantil, la cual engloba factores como falta de interés en continuar sus estudios, problemas de escolar y problemas familiares, relacionados con el embarazo y la maternidad (Valdez, Pérez, Rodríguez & Celaya, 2008).

En varios estudios se menciona que la deserción escolar se debe principalmente a problemas económicos que llevan a que el estudiante deje de asistir a la escuela, dado que no reciben apoyo de la familia por estar embarazada. Las principales causas de deserción escolar en los jóvenes que tienen entre 15 y 19 años son su ingreso al mercado laboral, problemas económicos y la falta de motivación. En las mujeres, está también el embarazo y la falta de apoyo familiar para continuar estudiando (Goicovic, 2002).

Las mujeres son las que cuentan con menor apoyo Familiar, ya que los padres no apoyan más en la educación de sus hijas y deciden casarlas para que las apoyen sus esposos. El factor familiar se catalogó como un factor determinante en la decisión de desertar, principalmente para las mujeres, lo cual concuerda con Valdez et al. (2008) y Goicovic (2002). Las adolescentes al salir del sistema educativo quedan con un nivel de conocimientos Bajo que impide el crecimiento laboral o acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas (Scaramella, 2000).

Es importante realizar este estudio en el área hospitalaria de materno-infantil para fortalecer los conocimientos sobre los motivos del abandono escolar y las

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Consecuencias del embarazo adolescente, para detectar las áreas de oportunidad y dirigir estrategias que permitan establecer comunicación efectiva en las adolescentes para prevenir y evitar el embarazo a temprana edad.

Objetivos

Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.

Identificar la proporción de adolescentes embarazadas que reportan abandono escolar durante el embarazo.

Describir los principales factores que las adolescentes embarazadas mencionan como causas de abandono escolar.

Metodología

En el presente estudio se utilizó un Metodología descriptivo. La población fue constituida por adolescentes embarazadas que acudieron a una institución de tercer nivel de atención. La muestra fue de 40 adolescentes embarazadas. Se utilizó un muestreo por conveniencia, se eligieron todas aquellas adolescentes que acudieron a consulta de control prenatal hasta completar la muestra.

Criterios de inclusión. Adolescentes embarazadas menores de 19 años que acudieran a control prenatal.

Aquellas adolescentes menores de 18 años debían ir acompañadas de su padre/tutor.

Instrumentos de medición. Para valorar las características sociodemográficas se elaboró una cedula de identificación conformada por 9 preguntas básicas de opción múltiple y abiertas, en donde se incluyeron datos

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

como edad, estado civil, ocupación, entre otros. Para valorar los factores de abandono escolar se utilizó el cuestionario sobre el rendimiento escolar y el embarazo adolescente (Martínez ,2015). Este cuestionario valoró factores escolares, familiares y de aspectos relacionados con el embarazo que pueden influir para abandonar los estudios, Se conforma de 15 preguntas con escala de respuesta de opción múltiple.

El Alpha de Cronbach del instrumento es de 0.83.

Procedimiento de recolección de la información. Se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, UANL y autorización de directivos de la institución de tercer nivel de atención. Se explicó el propósito del estudio a los encargados de la consulta prenatal, adnes y adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión. A quienes aceptaron participar, se les dio para leer y firmar el consentimiento informado a los padres; el consentimiento para embarazadas mayor de edad y el asentimiento informado a las adolescentes en caso de ser menores de edad. Posteriormente se les tabla de apoyo para que los contestaran en la sala de espera de consulta prenatal, otorgándoles un espacio con mayor privacidad. Finalmente se agradeció a cada una de las participantes por su tiempo y colaboración en el estudio.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

El presente estudio se llevó a cabo conforme a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). Para la captura y análisis de los datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0. Para dar respuesta a los objetivos se utilizó estadística descriptiva.

Resultados

En la Tabla 1 se observa que el 52.5% ($f=21$) son adolescentes de 18 a 19; 65% ($f=26$) viven en unión libre, el 57.5% ($f= 23$) son ama de casa, en cuanto a escolaridad el 52.5% ($f=21$) cuentan con secundaria completa.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 1

Características sociodemográficas

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
14- 15	2	5
16 – 17	17	42.5
18 -19	21	52.5
Estado Civil		
Soltera	14	35
Unión Libre	26	65
Ocupación		
Ama de Casa	14	35
Estudiante	14	30
Empleada	4	10
Otro	1	2.5
Ultimo grado de Estudios		
Primaria	5	12.5
Secundaria	21	52.5
Preparatoria		

Nota: n =40; f= frecuencia; % = porcentaje.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

La tabla 2 muestra que en el 75% (f=30) de los casos es su primer embarazo, el 80% (f=32) de las adolescentes están cursando su tercer trimestre de embarazo. En cuanto al IVSA, se obtuvo una media de 14.7 en los años de inicio de vida sexual activa, con una mínima de 12 y máxima de 18 años ($DE = .598$).

Características obstétricas de las adolescentes

El 75% (f=30) de los casos es su primer embarazo, el 80% (f=32) de las adolescentes están cursando su tercer trimestre de embarazo. En cuanto al IVSA, se obtuvo una media de 14.7 en los años de inicio de vida sexual activa, con una mínima de 12 y máxima de 18 años ($DE = .598$). En la tabla 3 se observa que el 75% de las adolescentes han abandonado la escuela, destacando que 52.5% abandonan la secundaria pública.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 3.

Características de las sociodemográficas

Característica	f	%
Edad		
14-15	2	5
16-17	17	42.5
18-19	21	52.5
Abandonaste la Escuela		
Si	30	75.0
No	10	25.0
Ultimo grado de estudios	5	12.5
Primaria	5	12.5
Secundaria	21	52.5
Preparatoria	14	35.0
Institución		
Publica	38	95.0
Privada	2	5.0

Nota: n = 40; f= frecuencia; % = porcentaje.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

El 45% de las adolescentes refirió que el embarazo fue el principal motivo de abandono escolar. Cabe destacar que El 67.5% refirió que sí regresaría a estudiar y el 30% no contesto o no sabía que responder. La mayoría de las participantes refirió que el principal motivo para regresar a estudiar sería para sacar adelante a sus hijos, terminar una carrera y terminar sus estudios.

El 42.5% de las adolescentes refirió falta de tiempo para estudiar, mientras que el 90% no se sintió discriminada al momento de ingresar a sus estudios, al 90% no les ofrecieron ayuda. El 35% refiere que no regresa a estudiar porque tiene que cuidar a su hijo y el 22.5% no se siente capaz de seguir estudiando estando embarazada o con un hijo.

Discusión

En el presente estudio se encontró que el 34% abandonaron los estudios durante el embarazo, mientras que el 66% continuaron escolarizadas.

Se encontró que 75% abandonaron sus estudios después de saber de su embarazo y el 25% continúan Estudiando. El 94% de las adolescentes estaban transcurriendo su primer embarazo y el 76% de los casos fue no planeado, el 75% están transcurriendo su primer embarazo.

El abandono escolar está presente en el 74.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo, se encontró que el 25% de las adolescentes abandonaron la escuela después de saber de su primer embarazo. Se encontró que el 19 % continuaron estudiando, 59.5 % eran amas de casa y de ellas el 25% continuaron estudiando.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Conclusión

Se encontró que el abandono escolar durante el embarazo 57.5% se llega a identificar la proporción de adolescentes embarazadas que reportan el abandono escolar durante el embarazo. Se muestra que el 65% de las embarazadas se encuentra en unión libre,

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Mientras que el 57.5% son ama de casa por lo que dejan sus estudios según su ocupación, mientras que el 52.5% su ultimo nivel de estudios es secundaria. Se pudo identificar que el porcentaje en cuanto a la población adolescente es 57.5% debido al abandono escolar. Se verifico que una gran parte de las adolescentes abandonaban la escuela antes de salir embarazadas.

Referencias

Flores-Valencia, M. (2016). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública, Pachuca, Hidalgo. Revista Salud Pública. 19 (3).

Goicovic, I. (2002). Educación, deserción escolar e integración al juvenil. Última Década, 16, 11-53.

Lanzillotti, M. (2016). El embarazo adolescente: su relación con el abandono escolar. Estudio transversal, observacional y correlacional. Memorias del XVIII Congreso internacional de ginecología infanto juvenil. Buenos Aires, Argentina.

Organización Mundial de la Salud (2018). El embarazo en la adolescencia, Suiza. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Sánchez, A. (2013). Embarazo en las adolescentes. Caso del Hospital Obstétrico de Pachuca, Hidalgo. Tesis no publicada. Universidad Autónoma del Estado de

Hidalgo. México.

Scaramella, L. (2000). Predicting risk for pregnancy by late adolescence: A social contextual perspective. *Rev Psychol*; 34: 1233-45.

Secretaria de Salud (1987), Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. México.

Valdez, E., Pérez, R., Rodríguez, M. & Celaya, I. (2008). ¿Deserción o autoexclusión? Un análisis de las causas de abandono escolar en estudiantes de educación Media superior en Sonora, México. *Revista Electrónica de Investigación educativa*: 10(1); 3-4.

Vallejo, J. (2013) Embarazo en adolescentes complicaciones, Costa Rica, *Revista médica*, pp, 66- 68. Villaldeos, Campero, Suarez, Atienzo, Estrada & Salazar (2015).

Embarazo de adolescente y rezago educativo análisis de una encuesta nacional en México. *Revista de Salud Pública*: 57(2); 135-143.

Parte 3

Conducta Sexual

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 1

Concept Analysis: Sexual Resilience in Adolescence

Lubia del Carmen Castillo- Arcos

Raquel Alicia Benavides-Torres

Rosamar Torres

1. Doctor of Nursing Science. Universidad Autónoma del Carmen, Faculty of Health Sciences. México. E - mail: lubiacastilloa@gmail.com

2. Ph.D. Universidad Autónoma de Nuevo León, Center for Research and Development in Health Sciences. Nursing Faculty and PhD Program Coordinator. México. E - mail: rabenavi@gmail.com

3. Ph.D. University of California, Los Angeles, School of Nursing, Assistant Professor. U.S.A. E - mail: rosamartorres@ucla.edu

Corresponding Author: Raquel Alicia Benavides-Torres, PhD.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introduction: Resilience is a development process of a person's existing internal and external resources to offset risk factors.

Objective

The aim of this study is to analyze the concept of resilience so it can be applied to the context of Mexican/Latin-American adolescent sexual behavior.

Methodology

We used the concept analysis method proposed by Walker and Avant.

Results

We identified the attributes, antecedents, consequences, and empirical referents of the concept.

Conclusion

Our results indicate that the concept analysis of resilience in the context of adolescent sexual behavior allows the health professional to establish a basis for Building sexual resilience in this age group, in addition to providing elements for developing a new operational definition of the concept.

Keywords: Resilience, Sexual Behavior, Nursing.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Problem Identification

Understanding how individuals overcome adversity and achieve positive adaptation is a topic of interest to researchers. After three decades of empirical and systematic study of this particular phenomenon, this concept is now known as resilience (Cicchetti, & Blender, 2006). The concept of resilience has received significant attention in various fields, especially in the field of health promotion.

Within the field of health promotion, the original concept of resilience was partly based on the premise that persons born into poverty and living in psychologically unhealthy environments are high risk for poor physical and mental health. Rather than succumbing to an adverse living situation, resilience promotes healthy and positive development, where the individual uses internal and external resources to counteract risky or unhealthy situations and/or stress (Harvey, 2007). By extension, this concept is now emerging in the area of adolescent sexual risk revention. Sexual resilience allows adolescents to exercise safe sexual behaviors by utilizing protective resources to avoid or manage risky sexual encounters. These protective resources reduce the impact of risk (De Santis, 2008) and aid in making effective decisions to address risky sexual situations.

Adolescence is a period of physical, mental and emotional transition that increases vulnerability to Sexually Transmitted Infections (STI's) (Abma, Martinez, Mosher, & Dawson, 2002; Fontenot, Fantasia, & Allen, 2007; Hall,

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Holmqvist, & Sherry, 2004). For example, studies report that changes in testosterone levels are linked to early sexual activity (Albertsson-Wikland, 2009). In addition, adolescents often utilize defensive coping mechanisms that leads to unhealthy decisions about their sexual behavior (Haase, 2004). An additional challenge for teens is that they are often trying to establish their personal identities while simultaneously seeking acceptance from peers and independence from parents (Michels, Kropp, Eyre, & Halpern-Felsher, 2005; Vinaccia, Quiceno, & Moreno, 2007).

During this vulnerable stage, teens are often exposed to a series of risky sexual encounters which they often view as part of their growth and development (Andino, 1999; McCabe, & Killackey, 2004; Roberts & Kennedy, 2006). Because of this viewpoint, adolescents often begin sexual activity, without objective, timely, or accurate information on how to navigate safe sexual behavior and often fail to use correct and consistent safe sex practices that can lead to acquiring STI's such as HIV/AIDS (HIV/acquired immunodeficiency syndrome) (Rakhi, Sumathi, & Talwar, 2014; Secretaria de Salud, 2002), Weinstock, Berman, & Cates, 2004). Therefore, a concept analysis is necessary to examine the significance, structure and function of sexual resilience in adolescents.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Hence, the purpose of this concept analysis is to construct a more general theoretical framework that can be implemented within the context of Mexican/Latin American adolescent sexual behavior and be utilized by nurses working with this population.

Approach to Concept Analysis

The methodology proposed by Walker & Avant (2005), was used to guide this concept analysis: 1. Select the concept; 2. Determine the purpose of the analysis; 3. Identify all uses of the concept; 4. Determine the defining attributes of the concept; 5. Construct a model case; 6. Construct an opposite case; 7. Identify the antecedents and consequences; and 8. Define the empirical referents. The detailed elements that comprise the analysis are listed below.

1. Concept Selection

The concept of adolescent sexual resilience within nursing science is limited. Defining the attributes of this concept allows for its application within nursing theory and practice, thus strengthening the nursing body of knowledge. Analyzing the concept also contributes to knowledge development of the phenomenon of interest allowing for its use in future research. In practice, nurses can operationalize this concept when interacting with adolescent clients to help promote resilience and successful adaptation to adverse situations, such as risky sexual behaviors.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

2. Purpose of analysis

The purpose of this analysis is to clarify meaning, distinguish between the normal use, common language and scientific use of the concept as it applies to Mexican/Latin-American adolescents; and to develop theoretical and operational definitions of the concept sexual behavior.

3. Uses of Concept

In this step of the analysis (Walker & Avant, 2005) it is important review they concept in both ordinary and scientific ways. Walker and Avant suggests consulting with other colleagues on the concept's use, reviewing both scientific and non-scientific literature and researching how the concept is defined in dictionaries in order to support and validate the attributes that were chosen to define it.

Data sources and literature search

The databases used to search the academic literature were: CINAHL, Medline, PsycArticles, PsycInfo, Eric, ProQuest, Dialnet, Ovid, Dynamed, and Google Scholar. The keywords used were resilience, adversity, sexual risk behavior and adolescent. The publications that were reviewed were in the fields of psychology, psychiatry, medicine, nursing, social work and education. The literature review addressed resilience, successful Adaptation to adversity (risk) and adolescent sexual behavior.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

The term resilience originated in the physical sciences and refers to the quality of hardness of organic materials when subjected to high pressures or temperatures. Even though these organic materials melt in these extreme environments, once the stimulus is removed, the organic material recovers to its original hardness (Becoña, 2006; Kotliarenco, Cáceres, & Foncilla, 1997). It is unclear what year the use of the term *resilience* began, however the authors indicated that its inception was in Physics. The term resilience is also used by various disciplines such as ecology, microbiology, engineering, business and economics (Earvolino-Ramírez, 2007). Merriam-Webster defines resilience as the “ability to become strong, healthy or successful again after something bad happens” (www.merriam-webster.com) which closely aligns with how the concept has been defined in the health and social sciences and in education. However, it was the disciplines of psychology and psychiatry that introduced the term to the health sciences in order to gain an understanding of the processes of resilience in children and adolescents. For example, the original psychiatry and psychology research on this concept involved the study of schizophrenia, problems during the perinatal period, interpersonal conflicts, poverty, trauma response or a combination of several factors. The research exploring trauma responses was in effort to understand the

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Etiology and development of psychopathology in at-risk children whose parents suffered from mental illness (Kotliarenco, et al., 1997; Luthar, Cichetti, & Bronwyn, 2000; Masten, et al., 1988). In this context the concept refers to the human capacity to face, overcome and be strengthened or transformed by great adversity.

Early health promotion studies on resilience began with examining people with a history of living in psychologically unhealthy environments that were high-risk for adverse physical and mental health.

Rather than focusing on the factors that were associated with these individuals' living situation, the conditions that allowed for healthy and positive development were reported (Kotliarenco et al., 1997).

The nursing profession has begun to recognize the potential contribution of resilience in various clinical Settings that include mental health, post-traumatic stress disorders, violent behavior, aging, drug addiction, sexual behavior, among others (Engel, 2007; Jaselon, 1997; Philips, 2008; Tusaie, Puscar, & Sereika, 2007).

This concept is also of interest to social work professionals that work with children and adolescents whose targeted interventions promote risk awareness at schools and within families. Social workers have adopted the risk and resilience framework in their policies and care systems geared towards this population (Anthony, Alter, & Jenson, 2009; Greene, Galambos, & Lee, 2003; Luthar, et al., 2000).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

In short, the term resilience seeks to explain how children, adolescents, adults and seniors are able to survive and overcome adversities despite the conditions of family life and /or social unfavorable, illnesses, injuries, natural disasters. In turn, the study of resilience can also extend to families and communities.

Resilience has been studied with an emphasis on illness and disease with very little emphasis at the preventive level. In this regard, Smokowski (1998) states that resilience-based prevention must be addressed in the development of intervention programs, being an element that aims to strengthen the protective factors within the individual and to reduce risk factors. This constitutes an important element for nurses and health professionals to help prevent risky sexual behaviors that contribute to STI- HIV/AIDS in Mexican/Latin-American adolescents.

4. Definition of attributes

Identifying attributes is the "heart of concept analysis" (Walker & Avant, 2005). After a review of the resilience, three main characteristics emerged which represent the most frequently mentioned elements. The word resilience originates from the Latin word "*resilio*" which means "jump back, bounce, be repulsed, to arise" (Arrogante, 2015; Kotliarenco et al., 1997). Since the mid-seventies, resilience has been defined as rebounding after living in a traumatic situation, returning to the original state, and/or restoring the original shape and emerging

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

stronger (Becoña, 2006). The attributes of resilience are defined in-part by how researchers define the concept.

Rebounding / Risky living

Resilience has also been defined as, "jump back, bounce, be repulsed, and arise "; rebounding from living a traumatic situation (Arrogante, 2015; Kotliarenco et al. 1997). People who are resilient have the ability to bounce back and move forward in adverse situations. In order to develop this trait, the individual must first be aware of the detrimental situation (Tusaie, et al., 2007). The term "rebound" was found as the most used definition of the resilience concept since research began 30 years ago and suggests a positive response to risk. It specifically refers to the process in which the affected individual wants to return to a routine after experiencing adversity (Earvolino-Ramírez, 2007). These individuals are prepared to return to their daily lives in a positive manner.

researchers believe the key to becoming resilient stems from problems experienced in childhood. Years later the child emerges as a strong healthy adult who is able to lead a gratifying life (Kotliarenco et al., 1997; Masten et al., 1988). Resilient teens who have experienced childhood adversity often possess the tools to cope with the difficulties and risky sexual situations that they may encounter.

Richardson (2002) refers to this attribute as reintegration. It is a means by which the adolescent, through planned

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

interruptions, reacts to life events and has the opportunity to choose consciously or unconsciously to become reintegrated. Resilient integration refers to coping strategies that cause growth, knowledge, and understanding and increases the strength of the individual's resilient qualities to overcome adversity and engage in safe sexual behavior

Setback / Self determination

Self-determination is necessary for a person to press-on after suffering a blow or setback. It also allows the individual to overcome feelings of despair regardless of the circumstances or barriers encountered during the lifespan. In the case of the adolescent, instead of feeling overwhelmed by feelings of hopelessness or extreme challenges, their self-determination is based on the belief and desire to persevere (Anthony et al., 2009; Luthar et al., 2000; Vinaccia et al., 2007).

Recovery / Flexibility

As previously noted the term resilience originates from physics and describes the quality of materials that are able to recover to their original state after being subjected to extreme environmental stress and therefore are considered flexible (Arrogante, 2015; Becoña, 2006). In regards to the individual, the ability to return to his or her original state after times of duress implies both flexibility and the ability to adjust (Anthony et al., 2009; Fergus & Zimmerman, 2005; Luthar et al., 2000).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Often the adolescent must be flexible when attempting to achieve their goals. Thus, the resilient adolescent has a greater chance of achieving success during their lifetime.

Fortitude / Strength

Fortitude allows the adolescent to become mentally strong when facing adversity thus allowing the adolescent to hone their problem solving skills (Markstrom, Marshall, & Tryon, 2000). These characteristics also allow the

Adolescent to deal with, detect and avoid adversity. The adolescent develops the ability to resist and avoid risky sexual situations since they are aware of the risk involved with certain actions (Fergus & Zimmerman, 2005).

Resurgence / Stability

Resurgence encompasses the ability to cope with situations that threaten the stability of the at-risk adolescent. When a person is at-risk or in a dangerous situation the person learns to detect, analyze and prevent future risk (Herman et al., 2011; Vinaccia et al., 2007). In the context of Mexican/Latin-American adolescents, the adolescent has the ability to resurge from a dangerous sexual encounter (Fantasia, 2008; Fergus & Zimmerman, 2005).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

5. Model Case

According to Walter and Avant (2005) the model case is an example using the concepts that illustrate all the attributes that define the concept.

Maribel is 17 years old is the eldest of three sisters. Juan, her father, is a laborer and Ana, her mother is a stay-at-home mom. It is a very close family. Maribel knows that if she encounters any difficult situations, her parents will always be there to support her. Maribel is in her 3rd year in high school and has three close friends: Lidia, Carmen and Rubí. Maribel often shares her thoughts and her dreams with her friends, and they plan to go college together. Maribel also has a boyfriend, Estaban. Maribel and Estaban get along well and often discuss their future goals. Recently, they discussed having sex. Ultimately, they decided not to have sex because they want to go to college and do not want to risk a pregnancy or getting an STI or HIV / AIDS.

One day, Maribel tells her friends about the talk that she and Estaban had about waiting to have sex. Mariana responds that Maribel and Estaban are not really in love and states, "when love you each other, you have to have sex, or else he will look somewhere else for it." Rubí also agrees with Mariana and adds, "you have to tell Estaban that you want to be with him and it's the right time to have sex. You love him and he loves you, but if he doesn't want to have sex, it means he doesn't love you and you should find another boyfriend." However, Lidia

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Encourages Maribel to not have sex and reminds her of her dream of going to college.

Afterwards, Maribel thinks about the discussion she had with her friends, and reflects on the values that her parents have instilled in her and her and Estaban's desire to have better lives than their parents by going to college and becoming professionals. They do love each other, but they are too young to have a child or contract an STI. She and Estaban want to have fun together without any complications and continue their studies.

Maribel tells her parents about the conversation that she and her friends had. Her parents advise her to stay away from Carmen and Rubí since they are not good friends.

Afterwards, Maribel's dad hugs her and says he's very proud that she was able to make the responsible decision to not have sex, even though it was a difficult choice.

Maribel knows she has the strength and fortitude to cope with the difficulties and risks that are presented, and that makes her feel strong to face the future.

Contrary Case

According to Walker and Avant (2010, p. 44) this type of case is a clear example of "not the concept" and does not contain any of the attributes of the concept under study. *Mayra is a 16 year old teenage girl and an only child. Her parents are constantly traveling, leaving Mayra alone and feels lonely most of the time. Mayra doesn't like to socialize with other people and she doesn't have any friends. She has started taking drugs to feel better, and she has started missing class. She recently met a young guy who also uses drugs named Luis. Despite her parents'*

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Disapproval, she decides to move-in with Luis. Mayra feels like he really understands her because they share a drug habit. She becomes pregnant, and her relationship with Luis changes. He becomes violent and constantly hits her.

Mayra becomes distraught about her life and seeks refuge in drugs. Mayra can't go to her parents because they have disowned her.

Mayra and Luis end up having two kids and their family is completely dysfunctional. There is daily verbal and physical abuse. Mayra doesn't have the Skills to get out of her environment, and she often takes her frustration out on her children. Then one of Luis' family members reports the abuse and neglect of the children to the authorities. Mayra's children are taken away from her and placed in foster care. Mayra was unable to get her children back and eventually her children were adopted by other families. Luis never tried to get his children back. Later, at the age of 25 she died sad and lonely in a hospital due to an AIDS-related syndrome that she acquired from Luis.

Antecedents and Consequences

In a concept analysis, the identification of the antecedents and consequences often provide clarification of the social context and usage of the concept. The antecedents are events that must occur before materialization of the concept.

Consequences relate to events that occur as a result of the existence of the concept (Walker, & Avant, 2005).

Antecedents

According to the reviewed empirical data, the main tenet

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

of resilience as a process is adversity. There are three protective factors that one must possess in order to deal with adversity. If one of the elements is absent, resilience cannot be achieved (Anthony et al., 2009; Becoña, 2006; Earvolino-Ramírez, 2007; Kotliarenco et al., 1997).

1. Adversity is the antecedent trigger. The term adversity specifically refers to detrimental situations that the individual must face. Adversity activates the development and use of internal protective resources, thus enabling the individual to effectively deal with unfavorable situations and learn from these interactions (Anthony et al., 2009; Becoña, 2006). Encountering such situations also allows the individual hone the skill of utilizing internal protective resources (Cicchetti, 2010; Masten, 2011).

The literature revealed several anecdotes of successful adaptations of people who had been exposed to risk factors or stressful life events. In addition, the literature found that these individuals had low susceptibility to future stressors (Engel, 2007; Fergusson & Lynskey, 1996; Masten & Obradović, 2006; Obradović, Burt, & Masten, 2006). The risk factors that were identified in regards to sexual risk in adolescents were: sexual uncertainty, peer pressure, defensive coping, low perception of risk, Impaired judgment, substance use, lack of knowledge and lack of parental supervision (Hall et al., 2004; Lenoir, Adler, Borzekowski, Tschann, & Ellen, 2006; Wu et al., 2005).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

The cognitive and social ability to interpret sexual adversity is essential for resilience to occur. This ability stems from the individual's belief that they have the capability to cope with change (Jaselon, 1997; Pillips, 2008; Rutter, 1999). The individual has the ability to interpret reality, analyze situations, make decision and has the resolve to address adverse sexual situations (Fantasia, 2008; Rakhi et al., 2014).

In order for resilience to occur, the adolescent must possess internal protective factors. These factors are contextual and individual and acting as buffers. Protective factors vary from one adolescent to another, and these protective factors also differ between individuals depending on the presence of a risky sexual encounter (Earvolino-Ramírez, 2007; Greene et al., 2003; Luthar, 1991; Luthar, Sawyer, & Brown, 2006).

Researchers also suggest that adolescents often use their internal and external protective factors to reach recovery (Anthony et al., 2009; Kotliarenco et al., 1997; Masten, 2001).

These factors act as a cushion to the consequences of participating in risky sexual encounters and interrupt the cause and effect chain, which alleviates some of the effects of participating in these risky behaviors.

Therefore, protective factors include a component of interaction, acting directly, so their effects persist before the presence of a future stressor.

These factors modify a person's response to future stressors in an adaptive fashion (Kotliarenco, et al., 1997).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

The results of the empiric review indicate that the most common protective factors of risky sexual behavior are:

a) Internal: self-control, self-efficacy, self-esteem, self-determination, religiosity, sense of humor, hope, internal locus of control, social skills, cognitive ability, problem solving and decision making skills (Anthony et al., 2009; Fantasia, 2008; Goodson, Buhi & Dunsmore, 2006; Hunter & Chandler, 1999; Haase, 2004; Lohman & Billings, 2008; Luthar et al., 2006; Moore, 2013; Taylor-Seehafer & Rew, 2000).

b) External: support from parents or guardian, friends, family, school, extracurricular activities, access to health services, socioeconomic status and community involvement (Benzies & Mychasiuk, 2009; Cicchetti, 2010; Haase, 2004; Moore, 2013).

Consequences

The main consequence of resilience is recovery. Recovery can be defined as “a relatively permanent change from a poor result to a desired result, in any domain affected by a risk factor”, allowing the adolescent to counteract risky sexual situations (Kalawski & Haz, 2003, p. 369). This is likely to involve physiological and psychological adaptation since an individual needs to develop the habit of evaluation and acquisition of effective coping strategies, and/or cognitive redefinition of experience (Fergus & Zimmerman, 2005; Rutter, 1999). Recovery is indispensable for positive adaptation and is the result of Confronting and successfully overcoming the risk and

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Challenge of stressful or painful situations, traumatic experiences or danger.

Another consequence of exposure to a negative or risky sexual encounter is positive adaptation. Positive adaptation is oriented towards recovery through processes or patterns to function effectively under adverse conditions (Doll, Jones, Osborn, Dooley & Turner, 2011; Fergus & Zimmerman, 2005; Tusaie et al., 2007).

The final consequence is to identify and avoid negative or risky sexual situations without harm. This allows the adolescent to manage their own sexual care, and helps to maintain safe sexual behaviors to prevent STIs such as HIV/AIDS and unwanted pregnancies (Fergus & Zimmerman, 2005; Moore, 2013).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Table 1 *Antecedents and Consequences of Sexual Resilience in Adolescents*

Antecedents	Consequences
<p>Adversity/ sexual risk factors (Anthony et al., 2009; Becoña, 2006; Cicchetti, 2010; Engel, 2007; Fergusson & Lynskey, 1996; Hall et al., 2004; Masten, 2011; Masten & Obradović, 2006; Lenoir et al., 2006; Obradović et al., 2006; Wu et al., 2005).</p>	<p>Recovery (Fergus & Zimmerman, 2005; Kalawski & Haz, 2003; Rutter, 1999).</p>
<p>Cognitive and social ability to interpret sexual adversity (Rakhi et al., 2014; Jaselon, 1997; Phillips, 2008; Fantasía, 2008; Rutter, 1999).</p>	<p>Positive adaptation (Doll et al., 2011; Fergus & Zimmerman, 2005; Tusaie et al., 2007).</p>
<p>Sexual risk protective factors (Earvolino-Ramírez, 2007; Greene et al., 2003; Luthar, 1991; Luthar et al., 2006).</p>	<p>Identify and avoid sexual risk (Fergus, & Zimmerman, 2005; Moore, 2013).</p>

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Final definition

In this concept analysis, sexual resilience in Mexican/Latin-American adolescents is defined as the ability to overcome risky sexual situations through the recognition of susceptibility and the use of protective factors by which the adolescent is transformed and strengthened. Thus allowing the Mexican/Latin-American adolescent to manage and alleviate the psychological, physiological, behavioral and social consequences arising from experiences of risky sexual behaviors or encounters.

Empirical referents

The empirical referents that define the attributes of the concept are determined after meticulous examination of the theme. The empirical referents are categories of real phenomena in existence that demonstrate the development of the concept. They are also useful in practice because they provide the clinician with a clear vision for individual clients (Walker & Avant, 2005). Researchers who study resilience have used various Instruments to measure the presence and level of resilience in individuals. Among them they are: Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003), Adolescent Resilience Scale (ARS) (Oshio, Kaneko, Nagamine, & Nakaya, 2003), Resilience Scale (RS) (Wagnild & Young, 1993) and Resilience Scale for Adults (RSA) (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

The following instruments are described below:

Connor- Davidson Resilience Scale.

The Connor-Davidson Resilience Scale (CD- RISC) consists of 25 items, with scores ranging from 0-4. Individual scores can range from 0 - 100. The highest score reflects increased levels of resilience. It classifies individuals by their levels of resilience. It has been used in patients with psychiatric disorders and translated to many languages (Connor & Davidson, 2003).

Adolescent Resilience Scale.

The Adolescent Resilience Scale (ARS) is a 21-item scale, with responses based on a five-point (1-5) Likert scale. This scale measures the psychological characteristics of resilient individuals. The scale was designed for Japanese youth and consists of three factors: novelty seeking, emotional regulation and positive future orientation. The instrument shows adequate reliability and validity. The results support the construction of the resilience of adolescents, but the results can be difficult to generalize to other populations (Oshio et al., 2003).

Resilience Scale.

The Resilience Scale (RS) consists of 25 items. Responses range from 1 to 7 points. The scale has two factors, personal competence and self-acceptance of life, which measure the concept of the individual's resilience. The authors (Wagnild & Young, 1993) argue that psychometric evaluation supports internal consistency, reliability and concurrent validity of the scale. This scale has been tested with adult samples, although numerous

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Studies have found that the scale works well with samples of all ages and ethnic groups. It has a Spanish version that has been validated in the United States with Mexican participants.

Resilience Scale for Adults.

The Resilience Scale for Adults (RSA) consists of 37 items and is designed to measure protective resources in adults with resilience attributes (personal communication). The RSA contains five factors: personal skills, social skills, family consistency, social support and personal structure. The RSA is a valid and reliable measure used in psychology and the health sciences in order to assess for the presence of factors important to restore and maintain mental health (Friborg, et al., 2003).

Selected empirical referent

Although each instrument has some limitations in terms of their psychometric properties, the results of the review suggest that the RS may be best utilized in Mexican and Latino populations in Latin America. The instrument has been translated to Spanish and validated. The Resilience Scale (RS) also meets the criteria for concept analysis proposed by Walker and Avant (2010). For example, the empirical referents are categories of real phenomena that exist within the concept (Wagnild & Young, 1993; Walker

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

& Avant, 2005). The scale was developed largely on lists of protective factors developed by resilience researchers over the past 20 years.

Based on the aforementioned, the RS would also be suitable to measure resilience in risky sexual behaviors and encounters (Castillo-Arcos, Benavides-Torres, & López-Rosales, 2012). The scale consists of 22 items, with responses ranging from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree. Total scores range from 22-110 with higher scores indicating higher levels of resilience. The scale consists of two subscales, personal competence (18 items) and acceptance of self and life (4 items). In addition, construct validity was done through a factor analysis extraction by major components. The first factor, personal competence, consists of 18 items and explains 41% of the total variance and the second factor, acceptance of self and life, has 4 items and accounts for 7 % of the total variance. It presents a reliability coefficient of 0.94.

Conclusions

This concept analysis redefines ambiguous terms, provides operational definitions with a clear theoretical base, facilitates the development of instruments and improves nursing language development (Walker & Avant, 2005). This concept analysis also identifies the scientific use of the term, allowing for application in theory, practice and nursing research. Within the social and health sciences, resilience has been investigated in people at all life stages in a variety of adverse situations.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resilience is a process that gives individuals the ability to Confront adversity, thus increasing personal growth. At present, nursing research has focused on the attributes of resilience and the potential to increase resilience processes in various clinical settings. The recognition of the inherent strengths that characterize resilience can aid in the development of research aiming to identify strategies that help Mexican/Latin-American adolescents cope with adversity, such as the Caused by HIV/AIDS-related sexual risk behaviors.

Therefore, resilience represents an interesting advancement for the development of intervention programs geared towards Mexican/Latin-American adolescents that address strengthening protective factors for safer sexual behaviors and avoiding sexual risk factors. This also allows for policy change addressing health issues affecting these adolescents, and fills a gap in nursing science by applying resilience to sexual risk behavior at the preventive level.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

References

Abma, J.C., Martinez, J.M., Mosher, W.D., & Dawson, B.S. (2004). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraception use, and childbearing, 2002. National Center for Health Statistics. *Vital Health Statistics*, 23(24), 1-87.

Albertsson-Wikland, K., Rosberg, S., Lannering, B., Dunkel L, Selstam, G., & Norjavaara, E. (2009). Twenty-Four-hours profiles of luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone, testosterone, and Estradiol levels: A semilongitudinal study throughout puberty in healthy boys. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 82(2), 541-549.

Andino, N. (1999). Salud y estilos de vida saludables de los jóvenes y adolescentes. (Working Papers Series CST/LAC No. 12). Available at:
<http://www.uruguay.cruzroja.org/juventud/documents/documentos/estilos.pdf>

Anthony, E.K., Alter, C.F., & Jenson, J.M. (2009). Development of a risk and resilience-based, out-of-school time program for children and youths. *Social Work*, 54(1), 45-55.

Arrogante, Ó. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*, 24(4), 232-235.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300009>.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-46.

Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, 14(1), 103-114.

Castillo-Arcos, L., Benavides-Torres, R. A. & López-Rosales, F. (2012). Intervención por Internet para reducir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA: Una Propuesta Innovadora. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 20(8), 266-270.

Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9(3), 145-154.

Cicchetti, D., & Blender, J. (2006). A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience, Implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Annals of the New York Academic of Science*, 1094, 248-258.

Connor, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

De Santis, J. (2008). Exploring the concepts of vulnerability and resilience in the context of HIV infection. *Research and Theory for Nursing Practice*, 22(4), 273-287.

Doll, B., Jones, K., Osborn, A., Dooley, K., & Turner, A. (2011). The promise and the caution of resilience models for schools. *Psychology in the Schools*, 48(7), 652-659.

Earvolino-Ramírez, M. Resilience: A concept analysis. (2007). *Nursing Forum*, 42(2), 73-82.

Engel, B. (2007). Eagle soaring: the power of the resilient self. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(2), 44-49.

Fantasia, H. (2008). Concept analysis: sexual decision-making in adolescent. *Nursing Forum*, 43(2), 80-90.

Fergus, S., & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.

Fergusson, D.M., & Lynskey, M.T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(3), 281-292.

Fontenot, H.B., Fantasia, H.C., & Allen, J.D. (2007). HPV in adolescents: Making the wake-up call. *ADVANCE for nurse Practitioners*, 15(10), 73-76.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 65-76.

Goodson, P., Buhi, E.R., & Dunsmore, S.C. (2006). Self-esteem and adolescent sexual behaviors, attitudes, and intentions: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 38, 310-319.

Greene, R.R., Galambos, C., & Lee, Y. (2003). Resilience theory: Theoretical and professional conceptualizations. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8(4), 75-91.

Haase, J.E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.

Hall, P.A., Holmqvist, M., & Sherry, S.B. (2004). Risky adolescent sexual behavior: A psychological perspective for primary care Clinicians. *Topics in Advanced Practice Nursing e Journal*, 4 (1). Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/467059>

Harvey, M. (2007). Towards an ecological understanding of resilience in trauma survivors implications for theory, research and practice. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 4(1/2), 9-32.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Herman, H., Stewart, D.E., Diaz-Granados, N., Berger, E., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? The Canadian Journal of Psychiatry, 56, 258–265.

Hunter, A., & Chandler, G. (1999). Adolescent Resilience. The Journal of Nursing Scholarships, 31(3), 243-247.

Jaselon, C. (1977). The trait and process of resilience. Journal of Advances Nursing, 25, 123-29.

Kalawski, J.P., & Haz, A.M. (2003). ¿Dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. Interamerican Journal of Psychology, 37(2), 365-372.

Kotliarenco, M.A., Cáceres, I., & Foncilla, M. (1997). Estado del arte en resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Available at: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>.

Lenoir, C.D., Adler, N.E., Borzekowski, D.L.G., Tschann, J.M., & Ellen, JC (2006). Condom use with “casual” and “main” partners: What’s in a name? Journal of Adolescent Health, 39, 443e1-443e7.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Luthar, S.S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.

Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Bronwyn, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Luthar, S.S., Sawyer, J., & Brown, P. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: past, present and future research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 105-15.

Markstrom, C.A., Marshall, S.K., & Tryon, R.J. (2000). Resiliency, social support, and coping in rural low-income Appalachian adolescents from two racial groups. *Journal of Adolescence*, 23(6), 693-703.

Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.

Masten, A.S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493-506.

Masten, A.S., & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academic of Sciences*, 1094, 13-27.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Masten, A.S., Garmezy, N., Tallegen, A., Pellegrini, D., Larkin, K., & Larsen, A. (1988). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities.

The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29(6), 745-764.

McCabe, M.P., & Killackey, E.J. (2004). Sexual decision making in young women. *Sexual and Relationship Therapy*, 19(1), 15-27.

Michels, T.M., Kropp, R.Y., Eyre, S.L., & Halpern-Felsher, B.L. (2005). Initiating sexual experiences: How do young adolescents make decisions regarding early sexual activity? *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 583-607.

Moore, J. (2013). Resilience and At-risk Children and Youth. North Carolina: National Center for Homeless Education. Available at:
<http://center.serve.org/nche/downloads/resilience.pdf>

51. Lohman, B., & Billings, A. (2008). Protective and risk factors associated with adolescent boys' early sexual debut and risk sexual behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 723-735.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Nursing. (4th ed., pp. 63). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Obradovi'c, J., Burt, K.B., & Masten, A. (2006). Pathways of Adaptation from Adolescence to Young Adulthood Antecedents and Correlates. *Annals of the New York Academic of Sciences*, 1094, 340-344.

Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93, 1217-1222.

Pillips, G. (2008). Resilience in practice interventions. *Child Care in Practice*, 14(1), 45-54.

Rakhi, J., Sumathi, R., & Talwar, R. (2014). Sexual resilience within intimate relations among unmarried

Adolescent girls seeking abortion in an abortion clinic of Delhi, India. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 35(1), 29-34.

Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinic Psychology*, 58(3), 307-321.

Roberts, S.T., & Kennedy, B.L. (2006). Why are young college women not using condoms? Their perceived risk, drugs use, and developmental vulnerability may provide important clues to sexual risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 32-40.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Rutter M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144.

Secretaría de Salud. (2002). Prevención del embarazo no planeado de los adolescentes. México: Secretaría de Salud. Available at:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>

Smokowski, P. (1998). Prevention and intervention strategies for promoting resilience in disadvantaged children. *Social Service Review*, 4(2), 337-364.

Taylor-Seehafer, M., & Rew, L. (2000). Risky Sexual Behavior among adolescent women. *Journal of Pediatric Nursing*, 5(1), 15-24.

Tusaie, K., Puscar, K., & Sereika, S. (2007). A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 54-60.

Vinaccia, S., Quiceno, J.M., & Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-46.

Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Walker, L., & Avant, K. (2005). Concept Analysis. Strategies for theory construction in Weinstock, H., Berman, S., & Cates, W. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: Incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 6-10.

Wu, Y., Burns, JJ, Stanton, BF, Li, X., Harris, C., Galbraith, J., & Wei, L. (2005). Influence of prior sexual risk experience on response to intervention targeting multiple risk behaviors among adolescent. *Journal of Adolescent Health*, 36, 56-63.

Capítulo 2

Título: “Conocimiento sobre el VPH, Relación de Pareja y Grado de Satisfacción Sexual”.

Dra. Silvia Guadalupe Soltero Rivera

EG. Hugo Benigno Félix Iglesias

EG. Jesús Alberto Carranza Ramírez

EG. Gloria Elena Cedillo Rodríguez

EG. Yulissa Anahí Medina Obregón

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

DCE. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Afiliación

Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto Mexicano del Seguro Social

Agradecimientos

Por la realización del “8º Congreso Internacional de Enfermería en Cancún por Global Congresos y Convenciones, contamos con la autorización por el Instituto Mexicano del Seguro Social, a la cual agradecemos su apoyo a la realización de este estudio, así Como a la Facultad de Enfermería de la Universidad autónoma de Nuevo León, y a la organización del congreso de la Dra. Raquel Benavides, Milton Carlos Guevara Valtier, Dra. María de los Angeles Paz Morales y Dra. Juana Mercedes Gutiérrez.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resumen

Introducción

El cáncer cervicouterino, ocupa el cuarto tipo de cáncer más común a nivel mundial. En México es la segunda causa de muerte en la mujer de 25 a 55 años, más del 70% están ligados al Virus del Papiloma Humano (VPH). El nivel de conocimiento sobre el fenómeno juega un papel muy importante, la población con VPH enfrenta factores particulares que afectan su calidad de vida; algunos tienen que ver con la relación de pareja y satisfacción sexual.

Objetivo

Determinar el nivel de conocimiento sobre el VPH, relación de pareja y grado de satisfacción sexual en mujeres con pareja estable.

Metodología

Muestreo no probabilístico por conveniencia, diseño descriptivo, transversal y prospectivo, muestra de 88 Mujeres de 19 a 65 años. Se utilizaron 3 instrumentos previamente validados: Escala del Conocimiento de la Enfermedad del VPH. Escala de Valoración de la Relación y el Índice de Satisfacción Sexual. Se utilizó el paquete estadístico SPSS Versión 23.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resultados

La moda fue de 40 años, media de 38, 46,6% con Escolaridad de secundaria, 81,1% son casadas el resto en unión libre, el 94,3% viven en familia, 67% con una pareja sexual y el 33% más de dos, el 60% se realiza el Papanicolaou anualmente. El 30,7% tiene conocimiento sobre el VPH moderado, 28,4% con medio, el 55,7% se mostró entre medio y moderado en el índice de Satisfacción sexual y en la relación de pareja el 42% Mencionó como rutinario y aburrido con un 21%, la X^2 Entre la escolaridad y nivel de conocimiento fue de 0,003, En satisfacción sexual y número de hijos X^2 .877 cuando son más de dos hijos.

Conclusiones: El conocimiento Sobre el VPH se reportó cómo media y moderada la información sobre esta enfermedad y las complicaciones desde el cómo contraerlo, la satisfacción sexual no se mostró muy satisfactoria ya que muy poco porcentaje de la población menciona estar satisfecha sexualmente, en el comportamiento sexual en las casadas denotan monotonía

Palabras Clave: *Nivel de conocimiento, Virus del Papiloma Humano, Relación de Pareja, Satisfacción Sexual*

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es considerado en la actualidad un problema de salud pública debido a su relación con algunas infecciones de transmisión sexual y con varios tipos de cánceres; entre los cuales se encuentra el cáncer de cuello uterino, el cual ocupa el cuarto tipo de cáncer más común a nivel mundial. (World Health Organization, 2015)

Es también una importante causa de muerte por un tumor maligno en la mujer con 266,000 defunciones anuales, 87% de las cuales ocurren en países subdesarrollados. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30, en países como: Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam. El 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en países en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad es más alta en Guyana (21.9), Bolivia (21.0) y Nicaragua (18.3).

México es la segunda causa de muerte por cáncer Cérvico Uterino en la mujer, Barba & Ramírez (2018). Dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en los que se reportan 3.7 defunciones por 100,000 mujeres. Morales & Hidalgo (2015). Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

casos por 100,000. En el año 2015, se registraron 4,005 casos nuevos de tumores malignos del cuello del uterino con una tasa de incidencia de 5.98 por 100,000 mujeres mayores de 10 años. Este incremento casos, en varias ocasiones se encuentra asociado al nivel de conocimiento que tiene la población, respecto al tema. La falta de conocimiento de una persona sobre un tema puede considerarse un factor de riesgo, dado que es una condición que incrementa las posibilidades de tener conductas de riesgo. Ahora bien, el nivel de conocimiento sobre el VPH se entiende como el resultado de la asimilación de una información por una persona acerca del virus que se transmite principalmente por vía sexual, el cual afecta genitales de hombres y mujeres. Además de las problemáticas a las que se expone la mujer con VPH, la población con VPH enfrenta factores particulares que afectan su calidad de vida; algunos de éstos tienen que ver con la relación de pareja (comunicación, relaciones sexuales, satisfacción sexual, expresión de sentimientos, solución de problemas), aspectos que se ven alterados a raíz de la enfermedad, su diagnóstico, la evolución de la misma y su tratamiento. La relación de pareja es una dinámica relacional humana que va a estar dada por diferentes parámetros dependiendo de la sociedad donde esa relación sé de. La relación de pareja es un proceso que abarca toda la naturaleza humana y en donde el amor es un elemento de la relación, pero no el único que lo conforma.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

La Satisfacción Sexual es la evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual. Pinney, Gerrard & Denney (1987). El grado de bienestar y plenitud o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual. Carrasco (2015). Aunque se reconoce la relevancia de la satisfacción sexual, el interés en su estudio es bastante reciente en la historia de la investigación en sexualidad, debido a la multiplicidad de factores que influyen en la satisfacción sexual, resulta de gran utilidad la propuesta de Henderson, Lehavot & Simoni (2009), quienes proponen un modelo basado en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, que permite organizar las distintas dimensiones de la satisfacción sexual en diferentes niveles, tales como las características individuales, de las relaciones íntimas y los aspectos sociales y culturales. De acuerdo con los objetivos de esta investigación, esta revisión aborda los aspectos individuales y de pareja que influyen sobre la satisfacción sexual.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

En México la mortalidad por cáncer cervicouterino ha mantenido una tendencia descendente en los últimos años, al pasar de 25.3 defunciones por cada 100, 000 mujeres en 1990 a 11.8 en el año 2015, lo que representa un descenso de 53.4%, World Health Organization (2016), Almonte, (2010), Instituto Nacional de Estadísticas INEGI (2018).

Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país por que la mayor mortalidad se concentra en áreas geográficas con menor índice de desarrollo humano, en este sentido se considera que la afectación de estos grupos poblacionales se debe a la poca información relacionada con la salud sexual. Pues ella es imprescindible para el buen desarrollo del ser humano. Es de resaltar que poseer información, es tan importante porque estimula y promueve estilos de Pensamientos así como posibles cambios de conductas que a su vez es la base para generar conocimiento.

Metodología

Estudio descriptivo y correlacional de corte transversal la población de interés fueron 88 mujeres de 18 a 65 años que acudan a consulta a una unidad de Medicina familiar, con el antecedente de prueba de Papanicolaou de 1 a 3 años con resultado negativo se le solicito contestar un cuestionario escrito después de haber aceptado participar en la investigación, Polit & Hungler (2007)

Previo a la realización del estudio se solicitó la aprobación del Comité de Ética del Hospital General de Zona, se

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Solicitó el permiso a las autoridades correspondientes para realizar el estudio. Se facilitó la lista de las citas programadas, y conforme fueron llegando a consulta se seleccionó a una de cada tres, a cada mujer seleccionada se le informó en qué consistía su participación, se revisaron los criterios de inclusión y se explicó el objetivo del estudio y en qué consistía su participación. A aquellas que aceptaron participa se les entregó el consentimiento Informado y una vez obtenida la aprobación se procedió a la recolección de la información. Se le aplicaron los instrumentos, se le solicitará que los responda con un bolígrafo con tinta negra, en un área seleccionada previamente, garantizando su privacidad y seguridad. Se le dio a conocer que estaba en libertad de dejar de participar en el estudio en cualquier momento sin que afectara su atención por parte del hospital. En el momento del llenado se le dio apoyo a la participante en sus dudas, al terminar el procedimiento se le proporcionó un desayuno y se le agradeció su participación.

Los datos del estudio se analizaron a través del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 23.0. Para el análisis de las variables del estudio (edad, escolaridad, ocupación, ingreso económico, seguridad social, número de hijos, nivel de conocimiento, relación de pareja y grado de satisfacción) se utilizó la estadística descriptiva, con el propósito de obtener frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y variabilidad. Se utilizaron Gráficos analíticos o indicadores numéricos de localización: Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizaron tablas estadísticas de distribución

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

de frecuencia, de doble entrada y se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo y un intervalo de confianza del 95%.

Para describir a la población de estudio se utilizó el cuestionario de caracterización de la participante, este cuestionario fue diseñado por los autores del estudio y tiene dos secciones, la primera es acerca de los datos sociodemográficas, que incluye datos tales como la edad, procedencia, ocupación entre otros y la segunda sección incluye los cuestionarios para medir las variables.

Se utilizó la escala del conocimiento de la enfermedad, esta escala fue diseñada por Ortunio en el año 2009 y permite explorar el nivel de conocimiento que tiene el individuo respecto al VPH.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

La escala fue validada en un estudio descriptivo y transversal con una población constituida por 73 adultos jóvenes en donde se reportó una confiabilidad alta (alfa de Cronbach 0.768). Consta de 15 preguntas con respuestas cerradas, con opción de respuesta de sí, no y no sé. Para interpretar los resultados, se utilizarán las siguientes categorías: insuficiente: de 0-3; regular: 4-6, bueno: 7-9; muy bueno; 10-12 y excelente: 13-15.

Se utilizó la escala de valoración de la relación, con la escala de Relación de pareja. La Escala de Valoración de la Relación (Relationship Assessment Scale, RAS), fue creada por Hendrick (1988). Se empleó la adaptación al español por de la Rubia (2008), La cual se tradujo por el método de doble traducción independiente (inglés-español y español-inglés), con la participación de dos expertos. Consta de una escala tipo Likert de medida global de la satisfacción de la relación, con siete ítems de un rango de 1 a 5, 1) pobremente, 2) algo, 3) término medio, 4) bastante, 5) extremadamente bien o 1) muy satisfecho, 2) Insatisfecho, 3) término medio, 4) satisfecho, 5) muy satisfecho o bien 1) pobremente, 2) le falta, 3) término medio, 4) destacada, 5) excelente o también 1) nunca, 2) a veces, 3) con frecuencia, 4) muy frecuentemente y 5) constantemente. La escala presenta un recorrido potencial de 7 a 35. Los ítems 4 y 7 son inversos.

Puntuación alta indica mayor satisfacción. Su consistencia fue de $\alpha=.86$ y cuenta con una estructura unifactorial; con base en el criterio de Kaiser, 38.52% de la varianza total por ejes principales.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Para obtener el grado de satisfacción sexual se utilizó el índice de satisfacción sexual (ISS), fue creada por Hudson en 1981. Cheung & Hudson (1982). Se empleó la adaptación al español de Mora. Iglesias et al (2009), cuenta con una fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) que oscila entre 0,86 y 0,95 15. Butzer & Campbell (2008). Y con una fiabilidad test-retest igual a 0,93 tras una semana de intervalo. Debido a que los ítems están valorados en sentido negativo, se denomina en este estudio como escala de Insatisfacción sexual. Cuanta más alta es la puntuación, la escala refleja menor disfrute de satisfacción con la sexualidad en la pareja.

El rango de puntuación de cada ítem es 1 a 7, 1) en ningún momento, 2) en muy raras ocasiones, 3) algunas veces, 4) parte del tiempo, 5) buena parte del tiempo, 6) la mayor parte del tiempo, 7) en todo el tiempo. Está integrada por 25 ítems, así el rango potencial va de 25 a 75. Reducida a un rango de 100 puntos (de 0 a 100), una puntuación mayor a 30 sugiere insatisfacción sexual; y una puntuación mayor a 70, una experiencia severa de estrés con la posibilidad de violencia como un modo de afrontar problemas personales y/o de pareja. Raffield, (2017). Se obtuvieron tres factores correlacionados con base en el criterio de Cattell que explicaron el 54% de la varianza total: Insatisfacción sexual con la pareja y con el sexo conyugal (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22, 23 y 25) ($\alpha=.92$), rechazo del sexo conyugal (4, 5, 11, 13,

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

14, 15 y 24) ($\alpha=.72$) y evitación sexual por parte de la pareja o incompatibilidad sexual 18 y 20 ($\alpha =.77$).

Esta investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud [SS], 1987, enmienda 2004) del título segundo capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Carver & Nash (2011), Saturno et al (2016).

De acuerdo con el Artículo 13, se respetó la dignidad de la participante en todo momento artículo 14, fracción V y al artículo 20 y artículo 21: fracción I, II, III, IV y VII se contará con el consentimiento informado y por escrito de cada participante del estudio según la Ley general de Salud, (1987).

Resultados

En los participantes de este estudio, el 46,6% de las mujeres tiene una escolaridad de secundaria, el 81,1% son casadas el resto en unión libre, el 94,3% viven con su familia, el 68,2% tiene entre 2 y 3 hijos, en el número de parejas sexuales el 67% solo cuenta con una y el 33% más de dos, el 60% se realiza el Papanicolaou anualmente, el 96,6% tiene relaciones sexuales.²³ El 30,7% tiene conocimiento sobre el VPH moderado siguiendo 28,4% con conocimiento medio, el 55,7% se mostró entre medio y moderado en el índice de satisfacción sexual y en cuanto a la relación de pareja el 42% mencionó como rutinario y aburrido con un 21%, la X2 entre la escolaridad y nivel de conocimiento fue significativa con 0,003, en

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Satisfacción sexual y número de hijos fue de $X^2 .877$ cuando son más de dos hijos.

Tabla 1.

Percentiles por categoría

Percentiles	Conocimiento sobre VPV	Satisfacción sexual	Comportamiento sexual
25	23.00	21.25	10.00
50	27.50	24.00	11.00
75	32.00	27.00	12.00

Tabla 2.

<i>Edad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
18-25	15	13.21
26-33	15	15.21
34-41	21	22.19
42-50	31	31.41
51-59	6	17.98

Discusión

El VPH es una enfermedad que aún se encuentra entre los tabú debido a que se encuentra un déficit del conocimiento de este mismo, sus padecimientos y síntomas. En la presente investigación los resultados mostrados vienen siendo en su mayoría de población

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

mayor los 40 años esto quiere decir que era más difícil hablar sobre el tema y de la misma manera realizar busque de información científica para enriquecer de dicha patología en cuanto a medida de prevención o conductas sexuales de riesgo Herrera 2013, realizó un estudio similar con estudiantes de medicina en este demuestra mayor conocimiento puesto que son más jóvenes y al estar en formación en el área de la salud no fue notorio el desconocimiento de la patología, pero al ser jóvenes estar en etapa reproductiva no dejan de tener prácticas sexuales de riesgo.

En la satisfacción sexual que denotan las encuestas la población menciona estar poco satisfecha sexualmente lo que demuestra bajo interés de la pareja en este caso masculino por satisfacer a su mujer, la población de mayor edad no le da mucha importancia a esos detalles quizá se presente otras situaciones como disfunción eréctil o eyaculación precoz a lo que llevan a estos resultados como insatisfacción sexual. Predominaron las Prácticas sexuales con monotonía dado que tiene un alto porcentaje de incidencia, seguido de aburrimiento dando un alto significado al bajo porcentaje de satisfacción sexual dejando de lado la excitación y los juego sexuales.

Conclusiones

Para la construcción del índice de conocimientos sobre el VPH, se tomaron en cuenta las quince preguntas de opción múltiple correspondientes a cada una de la ITS en cuestión. Se recodificó a partir de la respuesta de cada pregunta, se le asignaron dos puntos a aquellas

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

respuestas que se contestaron correctamente. Las respuestas correctas se calificaron según la información plasmada en los folletos informativos que se le entregó a cada uno de los participantes. El máximo de puntos que cada participante podía obtener fue 30, cuando todas las respuestas eran correctas, y el mínimo fue 0, cuando no respondieron correctamente a ninguna pregunta. El Índice se codificó en conocimiento bajo (0-6 puntos), conocimiento medio (7-15 puntos) y conocimiento alto (16-30 puntos). Para el análisis multivariado se construyó un segundo índice con solo dos categorías, una de nivel bajo y otra de nivel medio/alto.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Referencias

Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G. I., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C.,... & Herrero, R. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud pública de México*, 52, 544-559.

Barba, G. O., & Ramírez, M. Á. 5. Cobertura universal en salud y fragmentación del sistema mexicano. Indicadores del estado de salud de la población para México y el conjunto de países que integran la OCDE. *Informes de Labores de la Secretaría de Salud 2013-2018*. México: SSA 2018.

Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal relationships*, 15(1), 141-154.

Carver, R. H., & Nash, J. G. (2011). *Doing data analysis with SPSS: version 18.0*. Cengage Learning Cheung, P. P., & Hudson, W. W. (1982). Assessment of marital discord in social work practice: A revalidation of the Index of Marital Satisfaction. *Journal of Social Service Research*, 5(1-2), 101-118.

Carrasco Galán, M. J. (2015). *Intervención en problemas sexuales y de pareja*

Pinney, E. M., Gerrard, M., & Denney, N. W. (1987). The Pinney sexual satisfaction inventory. *Journal of Sex Research*, 23(2), 233-251.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Pechorro, P., & Diniz, A. (2008). T08-P-10 Validation of Index of Sexual Satisfaction (ISS) for use with Portuguese women. *Sexologies*, 17, S115.

Raffield, P. (2017). *The art of Law in Shakespeare*. Bloomsbury Publishing.

Davies, S., Katz, J., & Jackson, J. L. (1999). Sexual desire discrepancies: Effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. *Archives of sexual behavior*, 28(6), 553-567. 17.Vieira, R. X.,

De la Rubia, J. M. (2008). Validación de la Escala de Valoración de la Relación en una muestra mexicana. *REMA*, 13(1), 1-12.

De la Salud, P. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

Saturno-Hernández, P. J., Gutiérrez-Reyes, J. P., Vieyra-Romero, W. I., Romero-Martínez, M., O'Shea-Cuevas, G. J., Lozano-Herrera, J.,... & Hernández-Ávila, M. (2016). Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México.

Fundamentos metodológicos. *Salud pública de México*, 58, 685-693.,

Polit, D. H., & Hungler, B. (2007). *B Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Edit.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

World Health Organization. Reproductive Health, World Health Organization, World Health Organization. Chronic Diseases, & Health Promotion. (2006). Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. World Health Organization

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 3

Título: Actitud hacia la sexualidad en estudiantes universitarios

Dora Julia Onofre Rodríguez
Graciela Valeria Ávila Ramírez
Sandra Jassive Vega Ascencio
Dania Anahy Nieto Reyes
Lezly Ruby Pérez Charles
Erik Alejandro Alvarez Almaguer
Lucila Manuel Sánchez
Alberto Edén Delgado Hernandez

Afiliación:

Facultad de Enfermería, UANL

Agradecimientos:

A la Facultad de Enfermería, Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resumen

En este sentido la conducta sexual, es una manifestación y depende de diversos aspectos del desarrollo biológico, psicológico, social y cultural. La conducta sexual se puede manifestar por la percepción que tiene el joven sobre lo que hace su grupo de iguales o lo que se cree que se espera de su conducta.

Objetivo.

Identificar la actitud hacia la sexualidad en estudiantes universitarios.

Metodología.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 70 participantes. Se utilizó un muestreo por conveniencia.

Resultados. Los resultados muestran que el 82.9 % de los estudiantes universitarios tienen una actitud hacia la sexualidad de erotofilia que significa responder de forma Positiva ante estímulos sexuales. Por el contrario, el 17.1% de los estudiantes universitarios tienen una actitud hacia la sexualidad de erotofobia lo cual se refiere a responder de forma negativa a estímulos sexuales.
Conclusiones. Los estudiantes presentan más actitudes erotofílicas.

Palabras Clave: *Erotofilia, erotofobia.*

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introducción

La sexualidad es concebida como el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que se encuentran presentes a lo largo de la vida del individuo e incluyen creencias, comportamientos, pensamientos, valores y actitudes; los cuales determinan la forma de expresarse y relacionarse. La sexualidad comprende metas más amplias que la reproducción, tales como el placer (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2006). Es importante fundamental del ser humano, de este modo, la sexualidad incluye aspectos como las relaciones sexuales, el sexo, el erotismo, el género, la orientación sexual, y la reproducción (Pérez & Pick, 2013). Así mismo, las creencias, deseos, fantasías, valores, roles, comportamientos interpersonales y actitudes se pueden manifestar sin que todos ocurran al mismo tiempo, ni de la misma forma. La influencia biológica, no es una variable exclusiva de la sexualidad, también depende del medio ambiente y del contexto sociocultural donde se desarrolla (OMS, 2006). En este sentido la conducta sexual, es una manifestación y depende de diversos aspectos del desarrollo biológico, psicológico, social y cultural (Sosman, 2010). Según García y Martín (2011), la conducta sexual se puede manifestar por la percepción que tiene el joven sobre lo que hace su grupo de iguales o lo que se cree que se espera de su conducta. En relación con las actitudes y la sexualidad, autores como Libreros, Fuentes y Pérez (2008); Meston y Ahrold, (2010), afirman que las actitudes son consideradas un concepto complejo, ya que indican que son predisposiciones a responder de una forma determinada

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, éstas pueden ser creencias, opiniones, sentimientos, intenciones o tendencias hacia algo. Es decir, que las actitudes dirigen la atención a aspectos particulares de un objeto e influyen en la manera en que interpreta. Como resultado es más probable que la persona desarrolle una conducta congruente con la actitud, y las personas Tienden a actuar basándose en sus actitudes de manera relativamente directa.

Dentro de este marco, la conducta sexual se ve influenciada por las actitudes sexuales (Meston & Ahrold, 2010). En esta investigación se enfocará a la actitud hacia la sexualidad, la cual hace referencia a la erotofobia – erotofilia. Estos términos fueron acuñados por Fisher, Byrne, White, y Kelley (1988, p. 124), definiendo a la erotofilia como la disposición a responder de forma positiva ante estímulos sexuales y a desarrollar conductas de aproximación a este tipo de estímulos. Por el contrario, la erotofobia, implicaría la evitación de los estímulos sexuales o el responder de forma negativa antes éstos. Ambos términos no serían Independientes, sino que son los polos opuestos de una escala continua (Fisher et al., 1988).

Así, las personas que se aproximan hacia el polo negativo responden con emociones y evaluaciones negativas ante los estímulos sexuales, y, por tanto, los evitan más, es decir les impide disfrutar de todo aquello relacionado con el sexo y la sexualidad, ya sea durante las relaciones sexuales o con algo tan aparentemente simple como una conversación entre amigos sobre el tema. Por el

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Contrario, las personas más próximas al polo positivo muestran emociones y evaluaciones más favorables que los conducen a una mayor búsqueda de estímulos sexuales (Fisher et al., 1988).

Diversos estudios realizados, revelan que los jóvenes de ambos sexos son más erotofílicos que hace 30 años (López et al., 2011). A pesar de, se mantiene el dato que los varones son más erotofílicos (Fisher, 2009), pese a que el aumento de la erotofilia en las mujeres haya sido mayor (López et al., 2011). Otro estudio indica, que el 28.4% de las mujeres son eterofóbicas y el 26.1% son eterofílicas. Mientras que en los hombres, el 21.2% son erotofóbicos y el 24.3% son eterofílicos (García et al., 2016). Este hecho podría explicar que los varones tengan más parejas sexuales que las mujeres, lo que demuestra su mayor disponibilidad para el sexo ocasional, el cambio de pareja y el tener relaciones sexuales con varias personas (López et al., 2011).

Como se puede inferir, la actitud hacia la sexualidad representa una variable importante para la consecución de comportamientos sexuales seguros, por lo que es un aspecto que requiere de especial atención. Con base en la información anterior, se plantearon dos objetivos, identificar la actitud hacia la sexualidad en estudiantes universitarios, e identificar la actitud hacia la sexualidad según sexo.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Metodología

El diseño del estudio es descriptivo debido a que se intenta describir o documentar un fenómeno que ocurre de manera natural (Polit & Hungler, 2000). La población está conformada por 930 estudiantes inscritos en una universidad privada de Monterrey, Nuevo León. Para el Presente estudio solo se encuestaron 70 participantes, el muestreo que se consideró fue por conveniencia.

Los criterios de inclusión fueron estudiantes de una universidad privada, mayores de 18 años. Se utilizó una Cédula de datos personales la cual incluyó edad y sexo. Para medir la variable actitud hacia la sexualidad, se utilizó la Escala de Opinión Sexual-6 /Sexual Opinion Survey-6 English translation (Vallejo et al., 2016) de la cual se ha probado su validez y confiabilidad en una población colombiana de 242 hombres y 397 mujeres colombianos con una edad media de 32 años y 313 mujeres españolas y 200 participantes españoles con una edad media de 34 años, el objetivo principal de este instrumento es medir el constructo continuo Erotofobia-Erotofilia, a través de 6 ítems que evalúa la actitud hacia la sexualidad con reactivos como: “Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual”, los cuales se responden con una escala de tipo Likert que abarca Desde 1 = Totalmente en desacuerdo hasta 7 = totalmente de acuerdo, con un puntaje mínimo de 6 y máximo de 42, una mayor puntuación denota erotofilia y una puntuación menor erotofobia. El instrumento cuenta con un Alpha de Cronbach de .86 y se adecuaron sus propiedades psicométricas a través de un modelo de ecuación estructural que elimina el sesgo sobre la

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

homosexualidad y deja únicamente las preguntas que miden realmente la actitud hacia la sexualidad. Se solicitó autorización al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la universidad privada ubicada en Monterrey, Nuevo León. Se acudió con los directivos de la institución para obtener autorización de un espacio físico (aula), con el fin de proporcionar privacidad a los participantes. Al recibir la autorización se invitó a los estudiantes a formar parte del estudio, se les dio información a los participantes sobre el tema y objetivo de la investigación. A los que aceptaron, se les invitó a pasar al área asignada por la institución, posteriormente se verificó si cumplía con los criterios de Inclusión, si no cumplió con ellos, se concluyó con la participación, se les dio las gracias y se les entregó un tríptico informativo.

A los que cumplían con los criterios, se les brindó un consentimiento informado enfatizando que el estudio era bajo anonimato, ya que trata de temas sensibles como la sexualidad; una vez firmado el consentimiento, se les proporcionó la cédula de datos personales en la cual no era requerido el nombre del participante para cuidar la privacidad de este. Posteriormente se procedió a contestar el instrumento Escala de Opinión Sexual-6/Sexual Opinion Survey-6 English translation (Vallejo et al., 2016), el cual se encontraba en un sobre sellado con número de folio para cuidar la confidencialidad de los datos. Así mismo el instrumento fue aplicado en un espacio cerrado en donde solo se encontraban los investigadores y los participantes. En caso de que el

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Participante tuviera dudas acerca de los ítems del instrumento, se procedió a realizar aclaraciones. Si el Participante no deseaba continuar contestando el instrumento, se le agradecía y se continuó hasta completar la muestra.

A los participantes que finalizaron el instrumento, se les pidió que entregaran el mismo y se colocó nuevamente en el sobre que fue sellado cuando el instrumento fue entregado, se agradeció su participación y se entregó un tríptico informativo. El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014) que establece los lineamientos y principios generales que toda investigación científica con seres humanos debe apegarse.

Resultados

La muestra se conformó por 70 estudiantes universitarios mayores de 18 años, de los cuales 55.7% corresponde al sexo femenino y un 44.3% a sexo masculino. La media de la edad de los participantes fue de 20.83 años (DE= 1.96).

El Alpha de Cronbach que se obtuvo con base al análisis del instrumento Escala de Opinión Sexual fue de .87 lo cual es considerado aceptable de acuerdo a Polit & Tatano (2017).

Se obtuvieron porcentajes a los ítems del instrumento aplicado, el tipo de respuesta “Totalmente de acuerdo”, de los cuales destacó: “Bañarme desnudo/a con una persona del sexo que me atrae podría ser una experiencia excitante” con un 48.6%. El ítem que menos destacó fue “Me agrada tener sueños sexuales” con un 14.3%

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 1
Porcentaje de respuestas sobre actitudes hacia la sexualidad

Ítem	<i>TD</i>	<i>ED</i>	<i>MD</i>	<i>SOR</i>	<i>MD</i>	<i>DA</i>	<i>TDA</i>
Bañarme atrae podría ser	2.9	1.4	2.9	4.3	12.9	27.1	48.6
Masturbarme	2.9	4.3	12.9	8.6	21.4	20.0	30.0
Me resulta sexual	1.4	4.3	1.4	11.4	10.0	34.3	37.1
Sería una genitales	4.3	7.1	11.4	18.6	18.6	18.6	21.4
Me agrada tener	5.7	8.6	12.9	17.1	24.3	17.1	14.3
Siento (libros, películas)	8.6	8.6	11.4	7.1	27.1	21.4	15.7

Nota: $n=70$. Escala de Opinión Sexual. *TD*= Totalmente en desacuerdo, *ED*= En desacuerdo, *MD*= Medianamente en desacuerdo, *SOR*= Sin opinión al respecto, *MDA*= Medianamente de acuerdo, *DA*= De acuerdo, *TDA*= Totalmente de acuerdo.

En la tabla 2 se muestra la media, mediana y desviación estándar de los ítems que obtuvieron alto puntaje: “Bañarme desnudo/a con una persona del sexo que me atrae podría ser una experiencia excitante” con una media de 5.99 (DE=1.41) y “Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual” con una media de 5.76 (DE=1.43).

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 2
Actitud hacia la sexualidad

Ítem	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DE</i>
Bañarme desnudo/a con una experiencia excitante	5.99	6.00	1.41
Masturbarme podría ser una	5.21	5.50	1.68
Me resulta excitante pensar en tener	5.76	6.00	1.43
Sería una experiencia excitante	4.81	5.00	1.73
Me agrada tener sueños sexuales	4.54	5.00	1.71

Nota: n=70. Escala de Opinión Sexual. M= Media, Md= Mediana, DE= Desviación estándar.

En relación con el objetivo, que se planteó identificar la actitud hacia la sexualidad según sexo, los resultados obtenidos mostraron que el 38.6% de los hombres y el 44.3% de las mujeres presentan una actitud hacia la sexualidad de erotofilia; mientras que el 5.7% de los hombres y el 11.4% de las mujeres, indican actitudes hacia la sexualidad de tipo erotofóbico, reflejando que el sexo femenino es más erotofílico y erotofóbico que el sexo masculino.

Para dar respuesta al objetivo que indica identificar la actitud hacia la sexualidad en estudiantes universitarios, los resultados muestran que el 82.9 % de los estudiantes universitarios tienen una actitud hacia la sexualidad de erotofilia, lo que significa responder de forma positiva ante estímulos sexuales.

Por el contrario, el 17.1% de los estudiantes universitarios tienen una actitud hacia la sexualidad de erotofobia, lo

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Cual se refiere a responder de forma negativa a estímulos sexuales.

Discusión

El objetivo de la investigación fue identificar la actitud hacia la sexualidad en estudiantes universitarios. A continuación, se discuten los resultados obtenidos del objetivo. Posteriormente las conclusiones y recomendaciones.

Respecto a la actitud hacia la sexualidad según sexo, los resultados del presente estudio muestran que tanto en erotofilia (44.3%) y eterofobia (11.4%) las mujeres tienen una puntuación mayor a los hombres. Dicho dato concuerda con lo reportado por García, Rico y Fernández (2017) en que existe un porcentaje mayor en el género femenino de erotofobia 27.5 (30%) y de erotofilia 24.8 (27%). Sin embargo, difiere con los resultados obtenidos por Bermúdez, Ramiro- Sánchez, y Ramiro (2014), donde muestran que los varones de su estudio tienen puntuación más alta que las mujeres respecto a la erotofilia. Lo anterior pudiera atribuirse, a que las mujeres inician su actividad hormonal antes que los hombres. La primera menstruación ocurre normalmente entre los 10 y 16 años, la primera eyaculación en varones ocurre en promedio a los 13 años (Papalia, 2010), pudiendo despertar así el interés de las mujeres por Investigar contenido sexual e incluso experimentar actos

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Sexuales ya que ellas maduran antes (biológica y psicológicamente) y suelen emparejarse con varones que son una media de dos años mayores que ellas con quienes van a iniciarse sexualmente (Oliva, 2001). Cabe resaltar que, se esperaba una puntuación menor de erotofilia en las mujeres, dado que, estudios demuestran que los varones tienen mayor número de parejas sexuales, sexo ocasional y relaciones sexuales con diferentes parejas (López et al., 2011). En relación con la actitud hacia la sexualidad en estudiantes universitarios, se encontró que, más de la mitad de la muestra de los estudiantes universitarios tienen una actitud positiva hacia la sexualidad (erotofilia) y el resto de la muestra tiene una actitud negativa (erotofobia). Este hallazgo coincide con lo reportado por López, Carcedo, Fernández, Blázquez y Kilani (2011), quienes encontraron que los jóvenes de ambos sexos son más erotofílicos que hace 30 años.

Esto puede ser debido, a que el tema de la sexualidad ha cambiado drásticamente en estas últimas décadas. En 1974, México fue uno de los pioneros en abarcar el tema de educación sexual reproductiva. Otro momento importante sucede en la década de 1980 durante la epidemia de VIH/SIDA la cual rompió resistencia en donde ya no hubo un enfoque reproductivo, si no uno preventivo hacia la sexualidad. En 1994, se generaron los derechos sexuales reproductivos (Rodríguez, 2000) y esto encaminó parte del momento en la década que estamos viviendo actualmente donde las actitudes sexuales, la Tecnología y el liberalismo sexual son factores que

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Influyen de manera considerable las actitudes hacia la sexualidad en estudiantes universitarios.

La principal limitación de este estudio fue el contexto donde se realizó la investigación, ya que al ser realizada en una institución privada de educación nivel superior, mujeres y hombres podrían no sentirse con la total libertad de responder las encuestas aplicadas, además de Número de muestra, el cual fue reducido. Los resultados del presente estudio reflejan que, de una muestra de 70 estudiantes universitarios, más de la mitad tuvieron una actitud positiva hacia la sexualidad (erotofilia). Se encontró que el ítem con mayor frecuencia fue “Bañarme desnudo/a con una persona del sexo que me atrae podría ser una experiencia excitante” en donde predominó la respuesta de totalmente de acuerdo por parte de los participantes.

Se recomienda considerar los resultados del presente estudio, para el diseño de programas de salud enfocados a estudiantes universitarios, siendo los profesionales de enfermería parte de los orientadores y facilitadores de estos programas. Así también continuar realizando estudios sobre la actitud hacia la sexualidad, en donde puedan ampliar la muestra de estudio para obtener mejores resultados.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Referencias

Baltà-Pelegrí, J. (2009). Presentación de: Allport "Toward a Science of Public Opinion".

Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, (16), 137-139.

Bermúdez, M., Ramiro-Sánchez, T. & Ramiro, M. (2014). Sociodemográficas Sobre El Debut Sexual.

Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 5(1), 55–70.

Chávez, M., Petrzalová, J. & Zapata, J. (2009). Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios.

Enseñanza e Investigación en Psicología, 14 (1), 137-151.

De la Federación, D. O. (2014). Reglamento General de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud en México. México, Distrito Federal (última revisión). Recuperado de:

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo88535.html>. Html.

Fishben, M. & Ajzen, I. (1975). Belieef, attitude, intentionand behavior. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

Fisher, T. & Hall, R. (1988). A Scale for the Comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their Parents. The Journal of Sex Research, 24, 90-100.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Fisher, T. (2009). The impact of socially conveyed norms on the reporting of sexual behavior and attitudes by men and women. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 567-572.

Fisher, W., Byrne, D., White, L. & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sexual Research*, 25, 123-151.

Fisher, W. (1986). A psychological approach to human sexuality: The sexual behavior sequence. In D. Byrne & K.

Kelley (Eds.), *Alternative approaches to the study of sexual behavior*. Hillsdale, NY: Erlbaum.

García, M.A. & Martín, P.C. (2011). La sexualidad en adolescentes y jóvenes. *Evid Pediatr*, 7(27), 1-4.

García, E., Menéndez, E., Fernández, P. & Cuesta, M. (2016). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.

García, E., Menéndez, E., García, P., & Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el Comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22 (4), 606-612.

García, E., Rico, R., & Fernández, P. (2017). Sex, gender roles and sexual attitudes in university students. *Psicothema*, 29(2), 178–183.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Libreros, L., Fuentes, L. & Pérez, A. (2010).

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(4).

Liu, S. & Jian, W. (2014). "Belief Change: Secondary Teachers' Class Observation.

American Journal of Educational Research, 2 (7), 519-525.

López, F., Carcedo, R., Fernández-Rouco, N., Blázquez, M. I., & Kilani, A. (2011).

Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: Afectos y conductas. *Anales de Psicología*, 27, 791- 799.

Meston, C. M., & Ahrold, T. (2010). Ethnic, gender, and acculturation influences on sexual behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 39(1), 179–189.

Oliva A. Sexualidad y educación afectivo-sexual durante la adolescencia. Conferencia en las Iª Jornadas de Educación afectivo-sexual, Huelva, 2001.

Organización Mundial de la Salud (2006). Concepto de Sexualidad. Por una sexualidad satisfactoria, responsable y sin riesgos.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Papalia, D., Olds, S. & Fieldman, R. (2010). Desarrollo humano, Colombia, McGraw Hill.

Pérez, C. & Pick, S. (2013). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos.

Revista Interamericana de Psicología, 40(3), 333-340.

Polit D, Hungler B. (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: Interamericano, McGraw-Hill.

Rodríguez, G. (2000). Treinta años de educación sexual en México. 1st ed. [ebook] México: Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 13, 14.

Rokeach, M. (1968). A theory of organization and change within value-attitude systems. Journal Social Issues, 24, 13-33.

Sierra, J., Rojas, A., Ortega, V. & Martín, J. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 41–60.

Sierra, J., Zubeidat, I., Carretero, H. & Reina, Sonia. (2003). Estudio psicométrico preliminar del Test del Deseo Sexual Inhibido en una muestra española no Clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 489-504.

Sosman, V. (2010). Sexualidad adolescente, informada y responsable ligada a los afectos. *Revista Obstétrica Ginecológica*, 5, 133-138.

Subía, A., & Gordón, J. (2015). Análisis En Estudiantes De Pregrado De La Universidad Tecnológica Indoamérica, (0169), 1–6.

Soler, F. & Morales, A. (2016). Adaptation and validation of the brief sexual opinion survey (SOS) in a Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *PLoS ONE*, 11(9), doi: 10.1371/journal.pone.0162531

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 4

Título: The Concept Analysis of HIV/AIDS Prevention in Mexico: An Evolutionary View in Adolescent Population

Raquel A. Benavides-Torres, PhD

Dra. Norma Elva Sáenz Soto

Dr. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Dra. Olimpia Cortez Rivera

Afiliación

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería

Universidad Autónoma de Sonora, Facultad de Enfermería

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Introduction

Human immunodeficiency virus (HIV) is a retrovirus that infects cells of the human immune system and destroys or impairs their function. Infection with this virus results in the progressive depletion of the immune system, leading to immune deficiency. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) describes the collection of symptoms and infections associated with acquired deficiency of the immune system. The level of HIV in the body and the appearance of certain infections are used as indicators that HIV infection has progressed to AIDS. HIV infection causes a gradual depletion and weakening of the immune system. This results in an increased susceptibility of the body to infections and can lead to the development of AIDS (UNAIDS, 2005).

The Acquired Immunodeficiency Deficiency Syndrome (AIDS) appeared in the 80's and became a Pandemic illness. Around the world, more than sixteen million people with AIDS have died since 1983, and sixteen thousands people become infected by Human Immunodeficiency Virus (HIV) every day (Joint United Nations Program on HIV/AIDS [UNAIDS], 2002). The estimated number of diagnosed AIDS cases for 2002 in the United States is 886,575. Adult's and adolescent's AIDS cases total 877,275, including 718,002 cases in males and 159,271 cases in females, with women accounting for an increasing proportion of people living with HIV and AIDS. In the same period, 9,300 AIDS cases were estimated in children under age 13 (UNAIDS, PAHO, UNICEF, & WHO, 2004).

In many countries AIDS exceed the institutional capacity

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

to respond through actions in order to stop, decrease, and prevent AIDS cases (Contreras, Guzman, & Hakkert, 2001). Mexico is fifth in reported HIV/AIDS cases in Latin America. Most of the HIV/AIDS cases in Mexico are from homosexual and bisexual transmission. Fifty percent of the AIDS' cases reported in Mexico are from men who have sex with men. However, heterosexual transmission accounted for 39% of cases. The HIV/AIDS epidemic in Mexico is characterized by a high prevalence, fast dissemination, and high percentages of sexual risk behaviours. The proportion of VIH positive persons in Mexico is one per 1000, and has remained stable for 12 years. AIDS cases in the early 1980's were not very common, after the 1980's they increased rapidly, and in the 1990's cases were moderated (Magis-Rodriguez, Bravo-Garcia, Uribe-Zuniga, 2002). Mexicans in the 18-35 age years account for 76% of the total HIV/AIDS cases (Secretaria de Salud de Mexico, 2003). Given the long incubation period usually seen with HIV (2 to 10 years), it can be assumed that a high percentage of these infections occurred during adolescence (Cotran, Kumar & Collins, 1999).

In addition, adolescents are at most risk because this developmental stage is characterized by taking risks that allow them to define and to discover their identity (Tiezzi et al., 1997). Adolescence is a period of development, not only physically and socially, but also emotionally. It is a time when youth are extremely vulnerable and when they must come to grips with their changing bodies. With the development of secondary sex characteristics however, sexuality becomes an increasing concern for

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Adolescents and the ways in which they respond to these changes contribute to their overall identity and to their sexuality. Therefore, adolescents need to try things in order to find out who they are and become more independent, which puts them at higher risk for developing HIV/AIDS (Marinez Salgado, 2003).

Estimations of Mexican reports show that 31% to 68% of teenagers 15 to 19 years engaged in sexual intercourse (Caballero Hoyos & Villasenor Sierra, 2001). Adolescents' age of first sexual intercourse has become progressively younger, the average age of sexual debut is 15.4, but boys start earlier than girls (Santos-Preciado et al., 2003). Many studies reported that one of the most common risk factor among adolescents is unprotected sex or inconsistent use of contraception (69%) (Caballero-Hoyos & Villasenor-Sierra, 2001). In addition, most adolescents do not perceive their vulnerability (Guttmacher et al., 1997), so unprotected sex with multiple partners put them at very high risk for HIV/AIDS.

In Mexico, adolescents represent 10% of the population and it is increasing very fast. It is expected that in 2010 year Mexico will have 11;047,879 adolescents that will constitute the largest segment of the Mexican population (INEGI, 2004). Adolescence is a period of transition between childhood and adulthood and is a time when individuals learn to be socially responsible for themselves and for their actions. Those at most risk for contracting HIV/AIDS are adolescents who have unprotected sex (sex without using some form of contraceptive barrier), those who have multiple partners, and those whose sex partners include intravenous drug users (Pennsylvania State

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

University, 2002). New trends in sexual behaviors are probably responsible for the new HIV cases in adolescence. Together, these trends increase adolescent's exposure to risk behaviors for HIV/AIDS (Villasenor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo-San Martin, & Santos-Preciado, 2003).

In terms of gender, Mexico is characterized for a patriarchal society characterized with machismo (Chauvinism). Sex is seen as an opportunity for men to prove their masculinity, while women are described as submissive with less power than men. Women do not talk about their feelings related to sexuality, so negotiating HIV/AIDS prevention is difficult because talking about sex is taboo in Mexican society (Castro-Vazquez, 2000).

Virginity seems to be necessary condition for women to marry and this belief is supported by the Catholic religion (92% of Mexicans are Catholics). In addition, religious beliefs do not support condom use (Ortiz et al., 1998, p. 164). In Mexican society, men believe that girls are responsible for persuading men to use a condom, which reinforces the idea that woman are primarily responsible for having safe sex (Castro-Vazquez, 2000). These socio-cultural factors show how women are disempowered by men and religious beliefs related to Mexican culture (Tolman, 2003).

Adolescents' HIV infections may be influenced by different personal, interpersonal, and socioeconomic factors related to sexual health practices and their belief of getting infected by HIV/AIDS (Guttmacher et al., 1997). HIV/AIDS prevention in adolescents has a significant impact on social, economic, and political progress in

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Mexico; but unfortunately governmental institutions do not meet adolescents' needs. If health care institutions agree about the aspects that HIV/AIDS prevention includes, more effective actions may be developed. Due to the fact that most of adolescents enjoy health, the health system in Mexico focuses in other chronic or acute diseases. However, youths are affected by problems related to behaviours (sexual risk) that may have future consequences in terms of morbidity (e.g. STD and HIV/AIDS) (Maldonado, Morello, & Infante-Espinoza, 2003).

This concept analysis is essential because agreement about definitions and terminologies in the field of HIV/AIDS prevention is necessary for better understanding of adolescents' needs for prevention. The definition of this concept is crucial to communicate, disseminate information, and develop specific actions and programs aimed to prevent HIV/AIDS. The importance of analysing this concept is that the view of HIV/AIDS is influenced by a society with many historical changes that determine transformations over time in their perspectives (Maldonado, Morello, & Infante-Espinola, 2003). Historical changes include: 1) perception of AIDS as homosexuals' disease, 2) the incorporation of women to the work force and their implication in gender roles, 3) the condom use acceptance by religious persons, and 4) the big influence of U.S. culture and society after the North America Free Trade Agreement (NAFTA). This paper considers the evolution of Mexican society and its purpose is to define the concept of HIV/AIDS prevention in Mexican adolescents from Rodgers' evolutionary view

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Based in a process that continue through the time with a particular context (Rogers, 2000).

Method

Rodgers' evolutionary view of concept analysis was used as a method in this paper (Rodgers, 2000). This concept analysis with an evolutionary view focused on the use and orientation toward clarification, its applications, and its current use in sexual health. This procedure allows knowing the "state of the art" of the concept, which provides foundation for development of future research on the sexual area. The focus was to identify, to analysis, and to identify with and inductive approach the common use of the concept with out a strict definition imposed from the health system. This method resulted appropriated, because it accentuates an inductive inquiry with a rigorous sample selection for data collection. Concepts and associated expressions were identified with inclusion of time period in their settings (p. 79). This approach was based on the analysis of literature available about HIV/AIDS prevention, the disciplines interested, and the variety of sources.

The activities included in Rodgers' method (2000) are the followings, that occurred simultaneously rather than linear steps, in a process: 1) identify the concept of interest and associated expressions; 2) identify and select an appropriate realm (setting and sample) for data collection; 3) collect data regarding the attributes of the concept, along with surrogate terms, references, antecedents, and consequences; 4) identify concepts related to the concept of interest; 5) analyze data regarding the above characteristics of the concept; 6)

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Conduct interdisciplinary or temporal comparisons, or both if desired; 7) identify a model case of the concept, if appropriate; and 8) identify hypothesis and implications for further development. Step one, identify the concept of interest and associated expressions, occurred already because the concept of interest was HIV/AIDS prevention and its associated expression were STD and STI prevention. On the next part of the paper the remained activities are presented in order to analyze the concept of HIV/AIDS prevention.

Sample and data collection

The process of choosing a sample was one of the hardest parts because there was no much literature with Mexican population. The sample was constituted by 57 items. Research articles constituted 81%, books 5%, governmental reports 9%, and institutional web pages 5%. However Rodgers (2000) suggest that at least 30 items from each discipline need to be considered, this analysis totalled composed all existing literature available using indexes and computer data bases. An inclusion of different sources of information was considered to analyse how the concept of HIV/AIDS prevention has been used and how people describe it. This method allows deciding which disciplines were included based on familiarity with the literature and awareness of which fields of study have an interest in the concept. In this case, the disciplines involved in this phenomenon were all related to health such as: physiology, medicine, nursing, sociology, and social work. An analysis of health policies was allowed because the literature review incorporated manuscripts and reports from institutional organizations

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

And programs. However many disciplines were included, the main goal was that nurse's could apply the concept as their own discipline because their holistic approach take in consideration the social aspect of an individual.

Another important aspect was that HIV/AIDS prevention concept is commonly used by governmental organizations, so inclusion of definitions from their web sites were considered. The criteria in selecting a web site was very rigid, due to only recognized organizations by the Mexican Health System were included.

In order to solve problems related to an inadequate sample size, an expansion of the scope of study had place. On the search of literature all documents that contain in the title, abstract, or key words: HIV prevention, AIDS prevention, or HIV/AIDS prevention, and adolescents and Mexico were included. Due to the concern related to important work that could be missed in Spanish for the actual indexed procedures, a review of reference lists in other articles provided a clue to increase the sample size. Data collection was regarding the attributes of the concept, along with surrogate terms, references, antecedents, and consequences, using databases such as Academic Search Premier, Cinahl, Medline, PsycInfo, PubMed, PsycArticles, Helath Source, and Sociological Collection. Items included in the analysis were from 1994 to 2005. In order to include the found documents, the researcher read and reviewed that all components for the analysis were included. All documents were revised in order to make sure that they were form peer review journals and/or governmental institutions. Documents excluded from the analysis were

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Those did not include Mexican population and those did not meet the criteria mentioned above.

Data analysis

The procedure of data analysis consisted in a review of definitions regarding the attributes, antecedents, consequences, surrogate terms, and related concepts, along of HIV/AIDS prevention in Mexico. Most of the documents do not include a specific definition for the concept or attributes, but the analysis was based on the statements that provide the clue about how authors define HIV/AIDS prevention. The procedure for data analysis was to read articles and to classify them with the components included in each document. Every sentence that includes the components in the analysis was underlined and labelled. After that, the sentence was entered in an Excel sheet. Then, the sentences that coincide were analyzed as one definition in order that researcher's perspective do not influence with author's definitions. The sentence was read carefully for second time and attributes, consequences, antecedents, related terms and surrogate terms were identified and entered in a separate cell. At the end of the analysis, group of similar definition were overlapped and coded. Results of this analysis are presented in the following parts of this paper.

Results

There are three types of HIV/AIDS prevention: mother-child, intravenous, and sexual (CONASIDA, 2001). Those occur at two different levels: individual and community (see figure 1). Those types of prevention are derived from the different form of transmissions. Mother-child

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Transmission is the most common type of infection in the children's reported cases, 15 year of age and less. In Mexico, the treatment is free for all pregnant woman and children 8 years or less with AIDS (Pedrosa, Ramos, Teran, & Hernandez, 2001). Intravenous transmission is very common in donors and drug users. Since 1986 commercialization of blood was prohibited and all blood derivatives are analyzed carefully before transfusions. On the case of drug users, many programs against addictions have been working in drug prevention, but this type of prevention does not include HIV/AIDS prevention (Magis, 2001). Sexual prevention constituted the focus of this analysis because most of the cases are from sexual transmission (39%). Therefore, this paper provided an analysis of HIV/AIDS prevention focused on sexual transmission.

Attributes

Attributes of the concept represent the primary accomplishment of concept analysis (Rodgers, 2000). The first attribute is actions to impede HIV/AIDS happening (Stern et al., 2003; Perez-Palacios & Galvez-Garza, 2003). Those actions include interventions, sexual education, and programs (MEXFAM, 2004). Actions that work for HIV/Prevention are: 1) to increase knowledge about sexuality, anatomy, physiology, and social aspects (McCauley et al., 2004; Caballero-Hoyos & Villasenor-Sierra, 2003); 2) to transmit the importance of values and Parent-child communication about sex (Villarruel et al., 2003; Pick, Guivaudan, & Gohen, 1995); 3) to clarify

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

doubts about HIV/AIDS, transmission types, myths, and realities (McCouley et al., 2004); 4) to transmit a positive perception of risk, safe sex (no fluid interchange), and abstinence (Villasenor-Sierra et al., 2003; Egremy & Saavedra, 2003); 5) to encourage the correct and consistent use of condoms (Marinez-Donate et al., 2004; Pick et al., 1996); 6) to train about decision making, assertiveness, and negotiation (Gayet, Rosas, et al., 2003; Fuensanta & Moral de la Rubia, 2001); 7) to support adolescent development of sexual orientation and gender roles (Caballero-Hoyos & Villasenor-Sierra, 2003); 8) to increase self-esteem, self-efficacy, and empowerment (Tapia-Aguirre et al., 2004; Martinez-Donate et al., 2004); 9) to persuade about future plans (Villarruel et al., 2003; Pick, Guivaudan, & Gohen, 1995); and 10) to teach how to deal with peer pressure (Rasmussen, Hidalgo-San Martin, & Alfaro-Alfaro, 2003; Reynoso, 2003; Perez-Palacios & Galvez-Garza, 2003).

The second attribute is promotion of sexual health behaviors, safe sex, responsibility, HIV testing, monogamy, abstinence, and condom use (Project Hope, 2005; CONASIDA, 1995). Promotion of sexual health behaviors is a basic strategy for HIV/AIDS prevention. It is well known that information is not enough to change behaviors, so it is necessary to implement new actions. Interventions may include face to face communication and group discussion that been shown to be more effective than information alone (Pick, 1999; Pick et al., 1995). HIV Infections may be prevented with abstinence, monogamy, not having fluid interchange when not penetration, and use of condom (Gente Joven, 2004;

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Pedrosa, 2001; Opuni, 2003; IMSS, 2004). There is well know that promotion of preventive actions such as HIV testing for opportune diagnostics and available treatments are elemental against HIV/AIDS (UNAIDS, PAHO, UNICEF, & WHO, 2004). The third attribute is related to the type of strategies. All actions and strategies should be gender and sexual orientation sensitive (Castro-Vasquez, 2000; Jacobson, 2004; Herrera et al., 2004). These two last aspects are barriers for HIV/AIDS prevention because they affect adolescent's beliefs and attitudes, and as consequence behaviors (Fuensanta & Moral de la Rubia, 2001; Mercado, Egremy, & Saavedra, 2004). In addition, strategies in men who have sex with men may include psycho-affective aspects because those are segregated form the rest. Adolescents with homosexual or bisexual preferences should be oriented in the aspect that they are looking for a sexual identity (Parra et al., 2001; Bertozzi, Conde, & Leyva, 2005). Based on gender, sexual orientation, and psycho-affective sensitive strategies, HIV prevention should tackle adolescent needs such as be emphatic, not having a stigma, and not to be judged (Ponce, 2001; Rasmussen, 2001).

The fourth attribute is time. Time is considered as a quality of actions because HIV/AIDS prevention should occur before risky behaviors happen (Pedrosa et al., 2001; Jacobson, 2004). That means that prevention is needed before adolescents engage and maintain in sexual risk behaviors. Therefore action should be opportune and anticipated (Gente Joven, 2004; CONASIDA, 1995). The last attribute to discuss is participation (CONASIDA,

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

1995). Parents play a central role in HIV/AIDS prevention because they are a source of values and information for adolescents. In Mexico, parents are much respected, so their opinion and communication is valued for adolescents (Villarruel et al., 2003). Another instance of participation is teachers because they spend a considerable amount of time with adolescents. The evidence shows that teachers are the second instance of support for adolescents when they have a problem or a sexual concern (Secretaria de Salud, 2003; Secretaria de Salud, 2002). Nor teachers or parents can have a fully participation without health providers' help. Institutional organizations should work in the distribution of condoms and make their access easier (UNAIDS, et al., 2004; Opuni, 2003; IMSS, 2004). Based on the mentioned antecedents HIV/AIDS prevention includes opportune, sensitive, and participative actions to promote, adopt and/or maintain sexual health behaviours in adolescents in order to impede HIV/AIDS happening.

Antecedents and Consequences

Antecedents refer to situations, events or phenomena that precede the concept. On the other hand, consequences refer to situations, events or phenomena that follow the concept (Rodgers, 2000). Based on the analysis of literature, the following table 1 reorganize those components.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Related concepts

Related concepts reflect the philosophical assumption that every concept exists as a part of a network of related concepts that provide a background and help to give significance to the concept of interest (Rodgers, 2000).

The first related concept is Safe Sex that involves the correct use and constant use of condom (male and female) (CONASIDA, 2001). Parra et al., (2001) included in their definition of safe sex two additional components abstinence and monogamy. In addition, Pedrosa (2001) stated that safe sex is the maintenance and correct use of condom following 12 steps. Another related concept is Sexual Health Promotion. The principal goal of sexual health promotion is to increase the personal and collective well being with attainment and maintenance of sexual health (Secretaria de Salud, 2002). There are five principal components to improve sexual health: 1) to eliminate barriers to sexual health, 2) to provide comprehensive sexuality education to adolescents, 3) to provide education, training and support to professionals working in Sexual Health related fields, 4) to develop and provide access to comprehensive Sexual Health services for adolescents, 5) to promote and sponsor research and evaluation in sexuality, Sexual Health and the dissemination of the knowledge (Pick, Givaudan, & Gohen, 1995; PAHO & WHO, 2000).

Still another related concept is Sexual Education. Sexual education should begin early in life, should be appropriate for age and development, and should promote positive attitudes toward sexuality (Ehrenfed-

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Lenkiweicks, 1994; PAHO & WHO, 2000). In this term there are two main categories identified for sexual health education providers: family and others (Guzman, Hackert, & Contreras, 2000; Kelly, 2002). Others may include school, churches and social institutions. To provide sexual health education, promotion of equality between men and woman should be addressed. Sexual health education should cover aspects such as, body changes, family communication, sexuality and adolescence, STDs and HIV prevention, early pregnancy and contraception, gender and adolescence, and gender violence (Mexfam, 2004). Sexual health education could be obtained from family. Pick (1995), reported that children whose parents talk with them about sexual matters, provide sexual education, and contraceptive information at home are more likely than others to postpone sexual activity. In addition, when these adolescents become sexually active, they have fewer sexual partners and are more likely to use contraceptives, condoms, and non barrier methods (Huerta-Franco, 1999).

The last related concept is sexual health or reproductive health. Biological changes precede puberty, so adolescents should dominate physiologically and emotionally those changes such as excitation, cognitive and affective process, beliefs, expectancies, and fantasies. (Hidalgo-San Marin et al., 2003). Sexual health is where sexuality, attitudes, behaviours, and knowledge have place. To have sexual health in society, an open perspective about sexual issues is very important. Furthermore, understanding cultural values related to sexuality before marriage in a society whit changes in

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Fecundity, marital status, and gender roles is valuable to achieve sexual health. These situations give more options to adolescents for sexual maturation and family roles, where a reinforcement of youths preparation for unplanned pregnancies, STDs, HIV/AIDS problems (Dominguez del Olmo, 2004; Stern, 1997).

Model case

The following exemplar is a program that was tried to implement in a school curricula. Toluca, Mexico was the location for the program implementation. The study was conducted in four of the eight high schools in the city. Twenty four counselors, teachers, and principal from the intervention schools received a 36 hour training course "A Team Against AIDS". The curriculum content included 30 session with the following content: 1) Knowledge about sexuality, anatomy, physiology, and social aspects, 2) Values, 3) HIV/AIDS, transmission, myths and realities 4) perception of risk, safer sex, abstinence, 5) assertiveness, communication and negotiation, 6) sexual orientation, 7) self-esteem, 8) gender and sexuality, 9) decision making, 10) life course planning. The whole curriculum was administered to 946 students with a mean of age of 16 years. The population was proportional by gender. The principal findings after the program were abstinence for one year after intervention, an increment of knowledge related to HIV/AIDS and their modes of transmission, and increment of confidence about condom use, and positive attitudes for people living with AIDS (McCauley, Pick, Givaudan, & Greene, 2004). To find a model case was the hardest part of the analysis. This program was selected as a model case because it comprises most of the attributes,

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Antecedents, and consequences for HIV/AIDS prevention. The included attributes are: opportune and anticipated actions, gender sensitive strategies, action that promote sexual health behaviors, and teacher participation. The antecedents contain: positive values and beliefs, knowledge and information about HIV/AIDS, support from teachers and health providers, perception of vulnerability, and self-esteem. The consequences comprise more sexual and reproductive health among adolescents.

Implications for research and practice

The findings of this paper have significant implications for nursing research and practice. The concept analysis from an evolutionary view of HIV/AIDS prevention enhance research by providing a solid conceptual foundation for further study related to adolescents in undeveloped countries . In spite of the global importance of HIV/AIDS prevention in Mexican Adolescents, few studies in the field have been conducted by nurses. It is important to emphasis that the concept of HIV/AIDS prevention involves all aspects of humans, and nurses provide this holistic view. Therefore, nurses could conduct more research to increase sexual health in adolescents. In addition, nursing studies constitute one important area for research to evaluate the utility of actions that prevent HIV/AIDS in actual nursing concerns such as sexual problems in adolescents. This analysis provides a base for further research in Mexican population with surrogate and related concepts. For example, prevention could be interpreted in different ways between health providers

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

And adolescents. The analysis of HIV/AIDS prevention is very complex and most of the documents show the authors' perspective, so research taking in consideration adolescent's perspective is crucial in order to understand the phenomenon. Considering nursing perspective as a holistic discipline, their practice should be supported by concepts that agree with their perspectives.

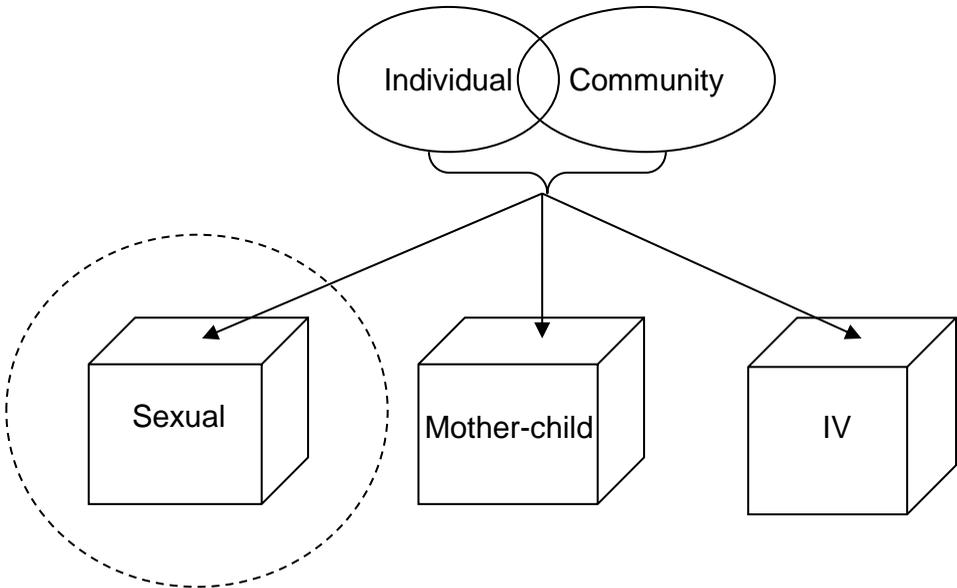
T

The model case provides very positive outcomes to take in consideration for implementation in Mexican high school curriculum. Due to the impact of HIV/AIDS prevention in school settings, replications of this study are important in order to move on policy changes. In addition, more qualitative research is needed because the concept include many terms such as values, beliefs, attitudes, and sexual preferences that only with qualitative methods may be fully explored and meet adolescent needs. Safe sex was a concept that this paper found as a related concept. This concept seems very similar and sometimes was used as a synonym. This paper classified safe sex as a related concept, but more research is needed to confirm their differences and similarities. In addition, if the concept is a synonym to include it in the data selection may produce different results.

One problem found in the literature was condom access which is one of the elemental pieces for HIV/AIDS prevention, so to train pharmacy workers is very important. Actions could be to give supplement information in each visit and to detect and promote HIV/AIDS testing for people asking for STDs.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Figure 1. HIV/AIDS prevention instances and types.



APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Table 2. Antecedents and Consequences of HIV/AIDS prevention in Mexican adolescents

Antecedents	Consequences
<p>Positive attitudes and beliefs (Gayet, Juarez, et. al., 2003; Pedrosa, 2001).</p> <p>-Cultural values (Herrera & Campero, 2001; Ponce, 2001).</p> <p>-Vulnerability perception (Parra et al., Caballero-Hoyos & Villasenor- Sierra, 2003).</p> <p>-Knowledge and information about HIV/AIDS (Villasenor-Siera, et al., 2003).</p> <p>-Motivation and Intentions (Fuensanta & Moral de la Rosa, 2001)</p> <p>-Self-efficacy and self-esteem (Martinez-Donate et al., 2004)</p> <p>-Support: Family, teachers, friends, health provider (UNAIDS et al., 2004; Gayet, Rosas et al., 2003; Rasmussen, Hidalgo-San Martin & Alfaro-Alfaro, 2003).</p> <p>-Past sexual experiences (Tapia-Aguirre et al., 2004; Gayet, Juarez, et al., 2003; Uribe-Salas et al., 2003)</p>	<p>Decrement on HIV/AIDS rates (CONASIDA, 2001; Secretaria de Salud, 2002).</p> <p>-Sexual health behaviors in adulthood (Gayet, Juarez et al., 2003; Stern et al., 2003).</p> <p>-More sexual and reproductive health (CONASIDA, 1995; Perez-Palacios & Galvez-Garza, 2003).</p> <p>-Sexual autonomy and responsibility (Secretaria de Salud, 2003; Stern et al., 2003).</p> <p>-Respectful of sexual rights (CONASIDA, 1995).</p>

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

References

- Bertozzi, S., Conde, C., & Leyva, R. (2005). Prevención y atención en VIH/SIDA. Retrived from http://www.insp.mx/2005/lineas_mision/m41.pdf.
- Caballero-Hoyos, R. & Villasenor-Sierra, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, 45(s1), s108-s114.
- Castro-Vazquez, G. (2000). Masculinity and condom use among Mexican tennagers: the escuela nacional preparatoria No. 1's case. *Gender and Education*, 12(4), 479-492.
- CONASIDA (2001). El programa de acción para la prevención y control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006. *Higiene*, 3(2), 7-9.
- Contreras, J., Guzman, J., Hakkert, R. (2001). ITS y VIH-SIDA en adolescentes. In Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe* (pp. 181-196).
- Egremy, G. & Savedra, J. (June 2003). Mass media campaing for AIDS prevention among teenagers in Mexico. Retrieved from: www.salud.gob.mx/conasida/onusida/bankoks/38481.do
- Ehrenfeld-Lenkiewicz, N. (1994). Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México*, 36, 154-160.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Fuensanta, L. & Moral de la Rubia, J., (2001). Validación de una escala de auto-eficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43, 421-432.

Gayet, C., Juarez, F., Pedrosa, L., & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(s5), s632-s640.

Gayet, C., Rosas, C., Magis, C., & Uribe, P. (2003). Con quien hablan los mexicanos adolescentes sobre SIDA. *Salud Pública de México*, 44, 122-128.

Gente Joven (2004). International gente joven exchange program. Retrieved from <http://www.gentejoven.org.mx>

Herrera, C. & Campero, L. (2001). La visualización de las mujeres en la epidemia del VH/SIDA, obstáculos y retos. *Higiene*, 3(2), 21-22.

Herrera, C., Caballero, M., Campero, L., & Kendall, T. Physician-patient communication: A key factor in adherence to antiretroviral treatment. Results from a qualitative study with people living with HIV/AIDS in Mexico. Work presented in XV International AIDS Conference. Bangkok, July 11-16, 2004.

IMSS (2004). Prevencion de VIH/SIDA y enfermedades de trasmisión sexual. Retrieved from

<http://www.imss.org.mx>

Maguis, C. (2001). El SIDA en México en el año 2000. *Higiene*, 3(2), 16-20.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Magis-Rodriguez, C., Bravo-Garcia, E., & Uribe-Zuniga, P. (2002). Dos décadas de la epidemia del SIDA en México: Reporte del Centro Nacional de la prevención y control del SIDA. Retrieved from

<http://www.salud.gob.mx/conasida/pdf/dosdecadas.pdf>+dos+d%C3%A9cadas+de+la+epidemia+del+SIDA+en+M%C3%A9xico&hl=en

Martinez-Donate, A. (2004). Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana Mexico. *Journal of Sex Research*, 41, 267-278.

Martinez-Donate, A., Blumberg, E., Hovell, M., Sipan, C., Zellner, J., & Hughes, S. (2004). Risk for HIV infection among adolescents in the border city of Tijuana, Mexico. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 26, 407-425.

McCauley, A., Pick, S., Givaudan, M., & Greene, J. (2004). Programming for HIV prevention in Mexican Schools. Horizons Reserch Summary. Washington, D.C.: Population Council.

Mercado, M., Egremy, E., & Saavedra, J. Mobilization of resources of government and sensibilización to takers of decision (Stakeholders) to generate strategies and actions of prevention in Men who have Sex with Mens. The experience of the National program of HIV/AIDS of Mexico from the 2002 to the 2004 National Program of HIV/AIDS, Mexico City, Mexico. Work presented in XV International AIDS Conference. Bangkok, July 11-16, 2004.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

MEXFAM. (2004). Fundacion Mexicana para la planacion familiar. Retrieved from <http://www.mexfam.org.mx>

PAHO & WHO (2000). Promotion of sexual health: recommendations for actions. Retrieved from <http://www.paho.org/English/HCP/HCA/PromotionSexualHealth.pdf>.

Parra, E., Doran, T., Ivy, L., Ramirez Aranda, J., & Hernandez, C. (2001). Concerns of pregnant women about being tested for HIV: a study in a predominately Mexican-American population. *AIDS Patient Care and STDs* 15, 83-93.

Pedrosa, L. (2001). El condón una buena opción. *Higiene*, 3(2), 12-15.

Pedrosa, L., Ramos, U., Terán, X., & Hernández, G. (2001). Guía practica de atención peri-natal de mujeres con infección por VIH/SIDA. *Higiene*, 3(2), 33-36.

Pick, S. (1999). AIDS prevention in developing countries and with marginalized populations: introduction to the special edition. *International Association of Applied Psychology*, 48, 105-107.

Pick, S., Guivaudan, M., & Gohen, S. Educacion sexual para adolescents en Mexico: una investigación operativa. In OPS (Eds.). *Salud del adolescente y el joven* (pp. 429-511). Washington, DC, US.: Publicacion Cientifica 1995.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

- Pick, S., Reyes, J., Alvarez, M., Cohen, S., Craige, J., & Troya, A. (1996). AIDS prevention training for pharmacy workers in Mexico city. *AIDS care*, 8, 55-71.
- Pineda, J., Ramos, M., Frias, M., & Cantu, P. (2000). Encuesta sobre salud reproductiva en estudiantes adolescentes de educación media superior en Monterrey. *Revista Salud Publica y Nutrición*, 1(4), pp.
- Ponce, P. (2001). Genero, sexualidad y SIDA. *Higiene*, 3(2), 84-86.

Project Hope (January 8, 2005). Health oportunities for people everywhere. Retrieved from <http://www.projecthope.org/where/mexicohiv.html>.

Rasmussen, B. (2001). Identifing Young people's guidance needs trhough telephone counseling. Retieved from <http://www.findarticles.com>.

Rasmussen, B., Hidalgo-San Martin, A., & Alfaro-Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*, 45(s1), s81-s91.

Rodgers, B.L., & Knafel, K. A. (Eds.) (2000). *Concept development in Nursing: Foundations, techniques, and applications* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Santos-Preciado, J. H. (2003). La salud de adolescents: cambio de paradigma de un enfoque de danos a la salud al estilo de vida sana. *Salus Publica de Mexico*, 45(s1), s5-s7.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Santos-Preciado, J. H., Villa-Barragan, J. P., Garcia-Aviles, M. A., Leon-Alvarez, G., Quezada-Bolanos, S., & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiologica de las y los adolescentes en Mexico. *Salud Publica de Mexico*, 45(s1), s140-s147.

Secretaria de Salud (2002). Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia. Secretaria de Salud (1st. Ed.), Cd Mexico: Mexico.

Secretaria de Salud (January 24th, 2003). Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevencion y control de las infecciones de transmisión sexual. Diario oficial de la Fedracion.

Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Trevino, L., & Reynoso, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(s1), s34-s43.

Tolman, D. (2003). Gender matters: Constructing a model of adolescent sexual health. *Journal of Sex Research*, 40(1), 4-10.

Tapia-Aguirre, V., Arillo-Santillan, E., Allen, B., Angeles-Llerenas, A., Cruz-Valdez, A, & Lazcano- Ponce, E. (2004). Associations among condom use, sexual behavior and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students. *Archives of Medical Research*, 35, 334-343.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

UNAIDS, PAHO, UNICEF, & WHO. (2004). Epidemiological Fact sheet on HIV/AIDS and sexual transmitted diseases.

Retrieved from <http://www.unaids.org/EN/other/functionalities/Search.asp>

Uribe-Salas, F., Conde-Glez, C., Juarez-Figueroa, L., & Hernández-Castellanos, A. (2003). Sociodemographic dynamics and sexuality transmitted infections in female sex workers at the Mexican-Guatemalan Border. *Sexually Trasmited Diseases*, 30, 267-271.

Villarruel, A., Gallegos, E., Loveland, C., & Duran, M. (2003). La uniendo fronteras: collaboration to develop HIV prevention strategies for Mexicna and Latino Youth. *Journal of Transcultural Nurse*, 14, 193-206.

Villaseñor-Sierra, A., Caballero-Hoyos, R., Hidalgo-San Martín, A, & Santos-Preciado, J. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de Mexico*, 45(s1), s73-s80.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Parte 4 Climaterio y PostMenopausia

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Capítulo 1

Título: Experiencias y Significados de las Mujeres Mexicanas Durante la Transición del Climaterio a la Postmenopausia. Estudio Fenomenológico

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Dra. Juana Fernanda González Salinas

Afiliación

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería,
Facultad de Enfermería de Tampico. CUTM

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resumen

La sintomatología propia del climaterio y la menopausia tienen diferentes connotaciones, Comelles (1993) les llama "síndromes delimitados culturalmente", ya que la mayoría de los trastornos observados no están totalmente definidos desde el punto de vista orgánico, sino que aparecen en contextos culturales específicos. Diener (1999) refiere que es necesario examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la influencia de los eventos externos sobre la felicidad. Proceso con significado social en el que participan, vivencias y representaciones del cuerpo, la menstruación, el rol social de la mujer, la percepción del envejecimiento. La representación mental y la valoración positiva o negativa, depende del contexto social en el que la mujer se desarrolle. Objetivos: Identificar los elementos que caracterizan la transición del climaterio a la postmenopausia, a la luz de la teoría de las y Analizar las experiencias y los significados de las mujeres durante la transiciones y los aspectos que giran en torno a ellas. Metodología: se realizó un estudio mixto; estudio cuantitativo 30 mujeres de 40 a 60 años y para el estudio cualitativo 56 mujeres con iguales criterios de inclusión. En la 1era etapa se realizó un estudio Descriptivo, transversal, comparativo, correlacional y en la 2da el estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Se emplearon diversos instrumentos para medir las variables de estudio, así como una entrevista semiestructurada; analizando los datos a través de estadística descriptiva y de análisis de contenido latente (Mayan, 2001). Las consideraciones éticas incluyeron el empleo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1984) y los Principios éticos para la Investigación en Seres humanos de la "Declaración de Helsinki". Resultados cuantitativos: La media del conocimiento de climaterio fue 84.0, la Autoestima 86.9, la

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

media más baja Creencias, la escala de Actitud, la media 70.5 y la escala Creencias, el índice promedio fue 37.6. Para la mayoría de las variables, la prueba de Kolmogorov-Smirnov reportó normalidad; excepto en la escala Conocimiento, en las subescalas Sexualidad y en Actitud, para los cuales se calculó la correlación de Spearman. Se aplicó la prueba de Mann-Whitney para identificar asociación en las escalas del estudio, encontrando que solo Calidad de Vida se asociaba significativamente con padece enfermedad, esta operada y toma medicamentos. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la subescala Física y Calidad de Vida.

Resultados cualitativos: describieron las propiedades de la teoría de las transiciones (PT), las Condiciones de transición (CT), Los patrones de respuesta (PR), así como indicadores de proceso (PRIP) y los indicadores de resultado (PRIR); encontradas en las entrevistas realizadas a las mujeres participantes, así como cada una de las categorías (Cat) y códigos (Cód.) que se han integrado a ellas. (PT) Ser consciente: incluye la percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición y el nivel de conciencia se refleja en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares (Meléis et al, 2000)

Conclusiones: las mujeres tienen conciencia de la etapa que cursan, se preocupan por su salud, pero no acuden a los servicios de salud para consultar dudas y preocupaciones, tienen necesidad de información, de ser tratadas no como enfermedad, sino como una etapa de transición de la vida. La medicalización y la falta de atención a sus sentimientos, actitudes y baja autoestima han hecho a un lado la experiencia natural. Las connotaciones de enfermedad deben ser erradicadas. Deberá tratarse de manera individual a la paciente, contextualizarla dentro de su ámbito personal, a través de la terapéutica de enfermería.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Aportación a la disciplina de Enfermería: La Terapéutica de Enfermería con el fundamento de la Teoría de las transiciones de Afaf I. Meléis, como intervenciones de enfermería basadas en las Experiencias y significados de las mujeres mexicanas
Palabras clave: experiencias, significados, transición, climaterio, menopausia.

Introducción

La etapa del climaterio y menopausia en nuestra sociedad y en muchas otras, suele confundirse, en su definición y en su expresión. Ambos términos incluyen en la vida de la mujer diferentes experiencias y significados atribuibles a su cosmovisión, al margen de su condición social y familiar, aspectos que repercuten la percepción de la mujer al entrar en estas etapas y en como las vive; sumado a las diversas connotaciones negativas que la sociedad ha concedido a ambos términos, en las que contribuyen las definiciones de diversos documentos oficiales y de atención de salud a la mujer en nuestro país, es así como La Guía de práctica clínica de Atención al climaterio y menopausia, evidencias y recomendaciones (2009), del Consejo de Salubridad General de atención al climaterio y menopausia, y que fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud Mexicano, bajo la coordinación del Centro Nacional de excelencia tecnológica en salud; definen ambos términos de la siguiente manera:

Climaterio como proceso de envejecimiento durante el cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva, y Menopausia cese permanente de la menstruación y que se diagnóstica tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin que exista alguna otra causa patológica y es el resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica y ocurre aproximadamente a los 49 años en la mujer mexicana”. La Norma Oficial Mexicana (NOM-035-SSA2-2002), para la Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer, en los criterios para brindar la

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

atención médica, define a la Perimenopausia como: “el periodo comprendido desde el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma”:

La Organización Mundial de la salud (OMS) describe a la menopausia como: “cese permanente de las menstruaciones, resultante de la pérdida de la actividad folicular ovárica con 12 meses de amenorrea”: La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), declara que son suficientes 6 meses de amenorrea para clasificarla como posmenopausia; como se, lee estos documentos definen a estas etapas con enfoque de vejez y de pérdida de la capacidad reproductiva en donde pueden presentarse diversas enfermedades a las que hay que “controlar” La Organización Panamericana de la Salud (OPS; 1994) definió a la vejez a partir de los 65 años y la OMS, a partir de los 60 años, aunque algunos autores basados en que la esperanza de vida ha aumentado, marcan el inicio de la vejez o cuarta edad a los 80 años (Asociación Británica para la Ciencia del Avance-Dublín, 2005)

Las mujeres de diferentes culturas viven la menopausia a través de diferentes expresiones con experiencias positivas y negativas, en donde se incluyen síntomas físicos, pensamientos negativos acerca de si misma, pérdida de su valía, tabúes, reconocimiento, prestigio social, soledad, dependencia o independencia, según sea el caso, pérdida de calidad de vida entre otras y diversas manifestaciones asociadas a diversos factores sociales y culturales mismos que influyen en la percepción de los cambios que la mujer cursa una vez que aparece la declinación de la función ovárica a través de la pérdida estrogénica propia del climaterio y la menopausia. El Marco teórico y conceptual incluye la aportación de la Teoría de las transiciones de Afaf Ibrahim Meléis a la investigación.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Metodología

Estudio cuantitativo.- la población 30 mujeres, en el rango de 45 a 60 años. Estudio cualitativo.- la población 56 mujeres mexicanas residentes de Tamaulipas, de 45 a 60 años, con diversos estratos académicos y sociales, que cursaban desde periclimaterio, perimenopáusia, menopáusia y postmenopáusia. Se aplicó el muestreo No probabilístico por conveniencia, Bola de nieve, lineal (Burns y Grove, 2012). Se solicitó el consentimiento informado y su autorización para video-filmación, se comento acerca de la garantía de confidencialidad, se realizaron entrevistas semiestructuradas. Posteriormente cada entrevista fue transcrita, interpretada y comprendida con el fin de generar conocimiento, la delimitación del número de entrevistas se definió en base a la saturación de los datos. Se realizó el análisis de acuerdo a Colby (1996), en donde la qal realizar la revisión textual de los datos transcritos; se codificaron por Estratos académicos y sociales, posteriormente el análisis incluyó una primera fase de organización, procesamiento y análisis de los datos, se extrajeron los datos de cada entrevista de donde surgieron 32 códigos, se clasificaron en 8 categorías o dominios, se realizó un análisis global basado en los códigos o dominios finales. La investigación aplicó el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud 1984) y los principios éticos para investigación en seres humanos de la Declaración De Helsinki.

Resultados cuantitativos: de las mujeres participantes 50% con edad entre 45 y 54 años; 94%, con nivel socioeconómico medio; 7% no completó los estudios de primaria, mientras 70% declaró tener más de 1 año sin menstruar, 90% con ciclos menstruales rgulares y 20% han experimentado cambios en su ciclo menstrual. A más de 50% se le ha practicado alguna operación ginecológica y 60% está tomando algún tipo de medicamento, como antihipertensivos, hipoglicemiantes, y

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

analgésicos entre otros. El 60% dijo no padecer ninguna enfermedad y el resto comentó tener alguno como: Diabetes, hipertensión, obesidad, Varices en Miembros Inferiores o Dislipidemias.

La media de conocimiento de climaterio fue 84.0, La media más alta de todas las escalas fue la de Autoestima 86.9, en tanto la media más baja fue la de Creencias, la escala de Actitud, la media global fue de 70.5, para la escala Creencias, el índice promedio fue 37.6, en la subescala Desventajas media de 17.7 y la de Ventajas media de, 59.1. Para la mayoría de las variables, la prueba de Kolmogorov-Smirnov reportó normalidad; excepto en la escala Conocimiento, en las subescalas Sexualidad y en Actitud, para los cuales se calculó la correlación de Spearman. Se aplicó la prueba de Mann-Whitney para identificar asociación en las escalas del estudio, encontrando que solo Calidad de Vida se asociaba significativamente con padece enfermedad, esta operada y toma medicamentos. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la subescala Física y Calidad de Vida.

Discusión para resultados de cuantitativa: respecto a conocimientos del climaterio la media fue alta; similar al estudio de (Velasco et al., 2001a) y (Cárdenas y Oscoy, 2002b) en donde las mujeres conocían los síntomas del climaterio. La Escala de Autoestima obtuvo media alta, similar a (Casamadrid, 1998), diferente de (Cárdenas y Oscoy 2002c), que menciona que las mujeres con presencia de síntomas propios del climaterio tienen una pobre opinión de su físico y estima personal.

En calidad de vida, en área vasomotora los síntomas más frecuentes fueron los bochornos y más transpiración de lo normal, aspecto que coincide con (Dulanto et al., 2002a) que refiere que la sintomatología incluye bochornos, insomnio, y enfermedades de vías urinarias, cardíacas y circulatorias.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Resultados cualitativos: fueron caracterizadas 56 mujeres o unidades de observación, que pertenecen a diversos estratos académicos y sociales. Se analizaron los conceptos de la teoría de las transiciones y se integraron las categorías o códigos, de la siguiente manera: en relación a la naturaleza de las transiciones, se definió el tipo de transiciones que las informantes realizaron, obteniendo: de desarrollo, los patrones de las transiciones simples, múltiples y secuenciales, las propiedades en cuanto a encontrar la naturaleza del cambio que ocurre en las transiciones, incluyeron el grado de conciencia (sentimientos, percepciones y significados); cambio (actitud, calidad de vida, estilo de vida); diferencia (sentimientos y percepciones); y puntos críticos (estilos de vida, autoestima, calidad de vida y sentimientos y percepciones) afirmando que éstas propiedades no son necesariamente aisladas, sino que están interrelacionadas como un proceso complejo. Las condiciones de transición fueron ubicadas como facilitadoras e inhibidoras así entonces personales (significados, creencias culturales, actitud, autoestima y estilos de vida) y preparación anticipada (conocimientos, actitudes y significados). Relacionado al concepto patrones de respuesta en indicadores de proceso: Sentirse conectado (actitud y autoestima), Interactuar (calidad de vida y autoestima), estar ubicada (autoestima), desarrollar confianza (autoestima y significados), afrontamiento (significados); y en indicadores de resultado: Maestría (cómo se cuida y significados) e Identidad Integradora (como se cuida). Se describen a continuación las propiedades de la teoría de las transiciones (PT), las Condiciones de transición (CT), Los patrones de respuesta (PR), así como indicadores de proceso (PRIP) y los indicadores de resultado (PRIR); encontradas en las entrevistas realizadas a las mujeres participantes, así como cada una de las categorías (Cat) y códigos (Cód.) que se han integrado a ellas. (PT) Ser consciente: incluye la percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

transición y el nivel de conciencia se refleja en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares (Meléis et al, 2000)

Cat 1. Sentimientos y sensaciones.Cód: Miedo

“...Cuando se me fue la regla, lo tome como un descanso pero al mismo tiempo me asuste, ya no voy a poder tener hijos pero me voy a enfermar, ¿me pregunte, me pasará lo mismo que a mi madre?,..”

La menopausia, significa una oportunidad para vivir, pensarse, ocuparse de sí mismas, realizar actividades que siempre desearon y no habían tenido oportunidad de hacer (Romero-López y Sánchez Miranda, 2010). Las mujeres climatéricas refieren con frecuencia que sienten alteraciones en la menstruación que limitan sus actividades cotidianas y definen la menopausia de acuerdo a sus vivencias, contrastadas con los sentimientos particulares de cada mujer y esto depende de cómo se hayan cuidado e informado, su experiencia es construida a partir de su contexto cultural, su educación y su perfil (Romero-López y Sánchez Miranda, 2010)

“...Pues sí, yo ya pase, me empezó como a los 45 años y durante este tiempo sentía que me venía bastante, mucha hemorragia muchas hemorragias y no sé qué tanto dure desde, como otros 5 años, bastante, bastante, pero bastante y ya me venía cada 2 meses o y cada 3 meses ya después este... bastante al final de cuenta cuándo me vino me sentía cómo borracha desde que me levantaba ya no me ponía toallita, solamente que me ponía lienzo de trapos...” “No podía hacer mis quehaceres con tranquilidad, siempre tenía preocupación”

Cat 4. Autoestima.Cód. Adaptación

La sintomatología que la mujer asocia con la menopausia incluye cambios físicos, es decir manifestaciones orgánicas,

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

caracterizan su salud como buena a pesar de manifestar diversas situaciones, la identifican como cambio, pero no la interpretan como paso a la tercera edad (Leno, Leno y Guerrero, 2006). En ocasiones desconocen las causas, no es común que lo atribuyan a cambios hormonales debidos a la edad (Pelcastre-Villafuerte, et al, 2008).

“... yo hace como unos 3 meses, que si andaba como muy tensa, muchos sudores, sudaba tenia bochornos y me dolía mucho la cabeza, así anduve y no, no sabía que me pasaba, un poquito mareada pero haga de cuenta que mucho no, la pase como si nada porque yo creo que ni sabía, lo que me pasaba tuve hemorragias no mi regla normal en un principio como en dos ocasiones regle más de lo normal después se me detuvo un tiempo y luego volví a reglar...hasta que desapareció por completo, entonces me dije ya estoy cambiando como mujer ”
(PT) Ser consciente.

Cat 7. Significados. Cód. Cómo se cuida

Algunas mujeres toman conciencia de la importancia de tener una adecuada alimentación, así como actitud favorable y realizar ejercicio, aspectos que dan un significado positivo a la menopausia.

“...la mujer empieza a sentirse...no, precisamente vieja simplemente que una va tomando más conciencia, nos estamos cuidando más sobre todo en la alimentación tenemos que pasar por esto todas las mujeres cambiando de manera de pensar, que muchas veces la mujer se deprime se pone mal pero si una tiene actividad de ejercicio no sientes tanto la menopausia como cuando no tienes más actividad...”

(PT) Cambio: esta relacionado con eventos críticos o desequilibrantes, o con interrupciones en las relaciones y rutinas o a las ideas, percepciones e identidades. Y dan un sentido de movimiento en los procesos internos y externos (Schumacher y Meléis, 1994). Meléis et al (2000) afirmaron que todas las transiciones comportan un cambio, pero no

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

todos los cambios se relacionan con la transición.

Cat6. Actitud. Cód. Cambios de carácter.

Cuando finaliza la edad productiva, las mujeres consideran que empieza una época de cambios una transición de una etapa de fertilidad a la de infertilidad, el cese de la menstruación se experimenta una época de cambio. Las mujeres son más vulnerables a los cambios de humor por vivenciar sus momentos con mayor rigor supervalorando cada hecho ocurrido (Apóstalo, et al 2011). Ocasionalmente son susceptibles a presentar una oscilación de síntomas psicofisiológicos al vivir la transición de la menopausia, (Pollisseni, et al.2008); que eleva el predominio de la ansiedad, generando posibles cambios significativos en la esfera biopsicosocial (Pereira, et al. 2009)

“... pues sentía coraje con mi familia sentía que nadie me comprendía sentía coraje, llanto, y para calmar esos ánimos lloraba, una se vuelve más sensible, más chillón, más enojón son cambios bruscos que a veces se presentan, oigo una canción y me deprimó, todos esos son cambios que hay en uno, y eso que uno ya está más centrado pues es diferente...”

Chat 4.Autoestima.Cód aceptación.

La llegada a la menopausia se complica con una serie de situaciones que hacen peligrar todavía más su equilibrio psíquico, a todo esto se suma el hecho de que la mujer debe aceptar definitivamente el vivir dentro de un cuerpo que poco a poco va perdiendo frescura, belleza y juventud, circunstancias que son naturales y que resultan patológicas en la mujer, por haber conformado su personalidad mediante el desempeño de la función maternal, y sobre sus encantos femeninos (Caruncho y Mayobre, 1998)

“...por mucho tiempo tuve depresión me sentía muy débil, me dolía hasta ...todo el cuerpo, y poco a poco fue pasando, me consolé pensando que como quiera estaba más tranquila, y

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

pasado un tiempo me di cuenta cuanto había cambiado mi cuerpo, y me preguntaba ¿en qué momento fue?, hay muchos cambios que no me di cuenta, no los identifique, solo sé que lo que resulto fue que yo cambié, cambie en mi cuerpo, en mi forma de pensar, en mi forma de ser y me ha costado mucho trabajo aceptarme...”

Cat 8. Calidad de vida. Cód. sexualidad

Al ser sometidas a histerectomía, asocian la extirpación de los órganos que tienen una importante carga simbólica en la construcción de la identidad femenina. Se llegó a considerar a la menopausia como el redespertar sexual, la posibilidad de elegir el patrón social conlleva para algunas personas una mayor libertad y por consecuencia, un mayor disfrute de la vida sexual.

“...bueno no siento porque yo no tengo matriz me la sacaron por problemas y no eh, lo que yo he sentido nada más, es apetito sexual...”

El climaterio por sí mismo no disminuye el interés de la mujer por el sexo, ni su potencial para llevar a cabo la relación sexual, ocasionalmente sólo cambia su tipo de respuesta.

“...Pues de mi parte no padecí nada, lo único fue la migraña, se me acentuó...pero en general me sentí aliviada, con mucha disposición a disfrutar mi relación de pareja”

Cat 8. Calidad de vida.Cód. Cambios fisiológicos

Los nuevos cambios corporales de la menopausia hacen tomar conciencia del proceso de envejecimiento y demandan un reajuste del concepto que la mujer tiene de sí misma, la variación de los niveles hormonales puede provocar angustia, tristeza, cansancio, y hasta irritabilidad, es por eso que si bien muchas mujeres no lo necesitan, otras requieren ayuda ya sea individual o en grupo de mujeres que también cursan esta etapa.

“...pero no a todas nos pasó de noche llega un momento en

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

que nos empezamos a sentir mal, baja la autoestima, empieza una a engordar a mí me dio hipotiroidismo y en 3 meses me fue muy mal, estuvo canijo... tuve malestar en las articulaciones ahora me enoja con facilidad siento en ratos mucho frío en ratos mucho calor y a veces no puedo dormir bien me siento con el cuerpo cansado..."

...yo estoy en la menopausia tengo sudoración ansiedad a veces me daban ganas de llorar, tengo bochornos irritabilidad dolor en las articulaciones taquicardia, mal humor porque me desespero aunque sé que es una etapa transitoria que pronto va a pasar, me he alejado de mis amigas, porque me siento envejecida" "... lo que yo he presentado es resequedad en la piel, palpitaciones ya no puedo hacer mucho ejercicio, en la vida sexual pues si afecta porque algunas mujeres presentamos problemas, pero yo sí eh escuchado señoras más grandes que yo, que dicen que empiezan a sudar o a lo mejor quiero pensar, que es psicológico cada cuerpo es diferente, pueden doler hasta las pestañas..."

Cat2. Estilos de vida. Cód. Vida en pareja

El aspecto más evidente que puede perjudicar a una pareja cuando la mujer entra en la menopausia es la vida sexual. Síntomas de la menopausia como las pérdidas de orina, el envejecimiento de la piel, los desajustes hormonales y la sequedad vaginal pueden dificultar las relaciones sexuales además de ser un motivo para que el deseo sexual de la mujer disminuya considerablemente. Menos evidentes, pero tan nefastos para la relación de pareja, son los cambios psicológicos que la mujer sufre en la menopausia. Asumir que de mantener una pareja estable. Al considerarla una época de cambios, la mujer va perdiendo interés en su vida sexual. En cuanto a las relaciones de pareja expresan que solo aceptan la relación por complacer a su pareja ya que asumen que esto es una obligación hacia el marido, aspecto que describe una representación particular de ser mujer y como viven la

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

sexualidad en relación con ésta. “... no tengo deseo sexual, estoy con mi marido porque quiero complacerlo pero tengo dolor en la relación sexual, a veces uso lubricantes pero aun así me siento molesta pocas veces llego al orgasmo...”

Las mujeres manifestaron disminución de la libido, aunada a una transición a la indiferencia por parte de ella y su pareja, así también la disminución del deseo sexual puede corresponder a cambios físicos como la resequedad vaginal.

“... he tenido problemas en mi relación sexual porque rechazo tenerlas porque en el momento del acto siento dolor y además no tengo ganas de tener la relación sexual...”

“...ya no es la misma actividad en la relación sexual como cuando una fue joven ahorita ya ha” disminuido, no hay mucha humedad en mis genitales a mí se me presentó la disminución del deseo sexual y la resequedad vaginal...”

Las relaciones de pareja son complicadas y a lo largo de la vida su estabilidad se pone a prueba atravesando momentos difíciles y de incompreensión. Uno de los momentos cruciales en los que una pareja es puesta a prueba es la menopausia, ya que supone un periodo de cambios importantes a todos los niveles. Sin duda alguna, la entrada a la madurez se afronta mejor si la mujer cuenta con el apoyo de su pareja.

“... se me fue todo el apetito sexual, se va y si tu pareja no te ayuda es cuando una como mujer siente que allí se acabó todo, ya no hay más ya estas vieja...”

Discusión para investigación cualitativa: en el área psicosocial se presentan como síntomas preocupantes la ansiedad, la depresión y la necesidad de estar sola datos que coinciden con (Ortiz et al., 2002b); que refieren que en las posmenopáusicas las afectaciones van desde manifestaciones físicas hasta manifestaciones psicosociales. En el área física los síntomas más frecuentes son el cansancio/agotamiento, falta de energía, aumento de arrugas o manchas coincidiendo con (Ortiz et al., 2002c) que describieron que quienes cursaban la menopausia

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

solo mostraron mayor frecuencia en la presencia de manifestaciones físicas. En el área sexual las mujeres no manifestaron síntomas molestos coincidiendo con (Ortiz et al., 2002d).

En la escala de Actitud la media fue alta; para la subescala de aspecto psicológico baja y alta para la subescala etapa vital; coincidiendo con los resultados de (Silva, 2002d). En la subescala Enfermedad Atracción estuvieron en total desacuerdo con todos los reactivos, no coincidiendo con Jiménez et al., (1999a), que refieren que la actitud negativa fue manifestada por perdida de la belleza. Para la escala de Creencias el índice promedio fue bajo; igual que la subescala de desventajas con la media más baja y la de ventajas con la media más alta. Para el Factor de Desventajas las mujeres estuvieron mayormente en total desacuerdo en todos los reactivos, aunque el 30% estuvo de acuerdo respecto a “los problemas de la vida le afectan más a la mujer en la etapa del climaterio”. En el factor de Ventajas como en el psicológico las mujeres respondieron en mayor porcentaje a la opción totalmente de acuerdo con todos los reactivos. En el factor fisiológico las mujeres estuvieron en Desacuerdo a todos los reactivos a excepción de un menor porcentaje que “manifestó estar Totalmente de Acuerdo con que el climaterio puede afectar al sistema cardiaco”

Discusión investigación cualitativa.- las mujeres valoran la etapa del climaterio, como una barrera que habrá que superar, en su vida. Las desventajas del climaterio según las mujeres entrevistadas con respecto a la salud es la coincidencia con enfermedades metabólicas, que repercutirán en su dinámica familiar a través de conflictos con sus hijos o su pareja. Con respecto a las creencias populares sobre sexualidad, consideran que dejan de ser atractivas para sus parejas, bajo el argumento masculino de que al haber dejado de ser fértiles, no sirven como mujer; motivo que los lleva a buscar a otras mujeres con la intención de tener otros hijos y reafirmarse

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

como “hombres”; lo que ocasiona ideas y sentimientos desfavorables como sentirse devaluada, triste y en algunos casos deprimidas. Asocian la menopausia con la pérdida de la juventud, para entrar a la vejez. Consideran que sus creencias y la actitud que manifiestan durante estas etapas tienen relación con su baja autoestima, que no fue estimulada en la niñez. En las comunidades, se emplean términos despectivos al referirse a las mujeres que cursan la menopausia, sin embargo las mujeres que no viven en comunidades o áreas urbanas, se sienten ofendidas cuando les llaman climatéricas o menopáusicas.

Conclusiones: las mujeres que sólo se dedican al hogar se encuentran insatisfechas en cuanto a la relación con sus parejas, no hay comunicación y además refieren que sus esposos han perdido interés en la sexualidad, existe en ellas, la tendencia a tener actitudes negativas. La actitud tiene relación con el entorno familiar, social y laboral, en que el que viven, independientemente de sus creencias, situación que repercute a favor o en contra de su autoestima. A diferencia de las creencias populares, las mujeres que trabajan fuera de casa, consideran que son etapas normales y que los cambios que ocurran hay que aceptarlos y adaptarlos a su estilo de vida, generalmente tienen actitudes positivas y viven su sexualidad en forma plena. Saberse y sentirse activas laboralmente les permite ignorar algunos de los signos y síntomas; sin embargo cuando éstos llegan a acentuarse pueden ser la causa de ausentismo laboral más no de incapacidad física justificada por el médico ya que generalmente no acuden a solicitar tratamiento, no consideran la posibilidad de enfermedad, consideran importante el autocontrol, gracias al conocimiento y a la aceptación de estos trastornos. Cuando principian las alteraciones menstruales o la ausencia de menstruación, se sienten temerosas, inseguras y ocasionalmente frustradas, lo que disminuye su autoestima ya que la tendencia inicial es

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

conceder gran importancia a su ciclo menstrual y al útero como órgano de la reproducción, pero conforme se adapta a los cambios su calidad de vida es mejor. Las mujeres que no son profesionistas viven con conocimientos producto de las experiencias y comentarios de otras mujeres. Actualmente las mujeres se encuentran mejor informadas acerca del tema a diferencia de sus madres que al llegar a este cambio de vida ignoraban lo que estaban pasando; saben que existe la Terapia Hormonal de reemplazo y alternativas en cuanto a los hábitos alimenticios en especial la ingesta de alimentos que contienen soya, y que de ser necesario se puede recurrir a tratamiento psicológico o psiquiátrico, y resaltan la importancia del ejercicio como actividad cotidiana. No existe coincidencia en cuanto a los conocimientos que tienen y sus prácticas alimenticias o de ejercicio. Evalúan su calidad de vida en relación a la presencia o ausencia de trastornos. Como ventaja resaltan que su sexualidad mejoró a partir de la menopausia, ya que no tienen que cuidarse de embarazos inesperados. Ambos estudios se realizaron como un estudio piloto, sin que por ello se pretenda generalizar los resultados y conclusiones.

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Referencias.

Cárdenas, O. et al. (2002). "Conocimiento, autoestima y actitud de la mujer ante el climaterio" Revista del Climaterio, Noviembre – Diciembre 6 (31) pp. 2-16. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-del-climaterio/8>

Caruncho, C. y Mayobre P. (1998) "El problema de la identidad femenina y los nuevos mitos", Universidad de Vigo. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/pmayobre/indicedearticulos.htm>.

Casamadrid, P. J. (1998). Aspectos psicológicos y psicosociales, en Carranza LS: Atención Integral del Climaterio. Ed Mc Graw Hill Interamericana. México. pp. 153 162.

Colby, B.N. (1996) "Cognitive anthropology", en Levinson D. y Ember M (eds), Encyclopedia of cultural anthropology, 1, pp. 209-215.

Comelles, J. (1993). Enfermedad, cultura y Sociedad. Madrid. Eudema. Diener, E., Suh, E M., Lucas, R E. et al (1999) "Subjective well-being: Three decades of progress Psychol Bull";125 (2) pp.276-302.

Dulanto, R., Leey, J.,Diaz, M.P, Villena, A.y Seclén, S.(2002) "Estereotipo psiosocio cultural de la menopausia en mujeres peruanas: estudio piloto en San Juan de Lurigancho-Lima", Acta Médica peruana, 19 (4), pp. 571.

Guía de referencia rápida de atención de climaterio y menopausia. Guía de práctica clínica. Atención a los padecimientos ginecológicos más frecuentes en la postmenopausia.Gobierno federal de estados unidos mexicanos. Consejo de Salubridad general. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/568_GPC_Padecimientosginecologicospostmenopausia/568GRR.pdf

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

Jiménez López, J. y Pérez Silva G. (1999) "Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climaterio" Revista Ginecología y Obstetricia de México, 67, pp. 319 -321

Meleis, A.I., Sawyer, L. M.; Im, Eun-Ok., Hilfinger Messias, De A. K. & Schumacher, K. (2000) "Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory". Advances in Nursing Science, 23(1), pp 12-28

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-(2002), Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. Secretaría de salud. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.html

Organización Mundial de la salud. (1996) Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa. Serie de informes Técnicos 866. España: OMS.

Ortiz, O. N., Mariño, V. C., Méndez, C. B., Oiarde, E. N. y Blumel, M. J.E. (2002). "Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio" Revista Colombiana. Menopausia, 7(2), pp. 201-210.

Pelcastre-Villafuerte, B., Ruelas, G., Rojas, J. y Martínez, L. M (2008) "Todo muere ya...", significados de la menopausia en un grupo de mujeres de Morelos, México, Revista de Chile Salud Pública, 12(2), pp.73-82.

Romero López, E. y Sánchez Miranda, G. (2010) "El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres", Iztapalapa Revista de ciencias sociales y humanidades, 68 (31), pp.39-55.

Secretaría de Salud. Ley General de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones Complementarias (1984). Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación en seres

APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA
humanos, México: Porrúa.

Schumacher, K.L y Meleis, A.L. (1994) Transitions: a CENTRAL CONCEPT IN NURSING. Journal of nursing Scholarship, 26, PP.119-127 Velasco-Murillo, V., Ojeda-Mijares, R.I., Navarrete-Hernández, E., Pozos-Cavanzo,

J.L. y Camacho- Rodríguez, M.A. (2001) “Una experiencia de capacitación sobre climaterio y menopausia entre médicos del IMSS”, Revista Gaceta Médica Mexicana, 138 (2), 145-148