



**Universidad Autónoma del Estado de México  
Facultad de Odontología**

**Centro de Investigación y Estudios Avanzados  
en Odontología “Dr. Kaisaburo Miyata”**

**Modelo de cuidado de promoción de salud en adolescentes y  
adultos jóvenes mexicanos con enfermedad celíaca**

**TESIS**

**Que para obtener el Grado de  
Doctor en Ciencias de la Salud**

**Presenta**

**M.C.E. Itallo Carvalho Gomes**

**Número de cuenta: 2130865**

**CVU: 968955**

**Director**

**Dra. en C.S. Patricia Cruz Bello**

**Co-Director**

**Dra. en C.S. María De Lourdes García Hernández**

**Tutor**

**Dra. en Enfermería Olga Osório Murillo**

**Toluca de Lerdo, Estado de México, Septiembre de 2024**



**2022-2026**

## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Resumen	5
Introducción	6
1. Antecedentes	8
2. Planteamiento del problema	11
3. Justificación	13
4. Hipótesis	15
4.1. Hipótesis	15
4.2. Supuesto	15
5. Objetivos	16
5.1. General	16
5.2. Específicos	16
6. Marco de referencia	17
6.1. Enfermedad celíaca	17
6.1.1. Aspectos históricos	17
6.1.2. Fisiopatología	17
6.1.3. Manifestaciones clínicas	21
6.1.4. Diagnóstico	22
6.1.4.1. Tipificación HLA.	23
6.1.4.2. Serología.	23
6.1.4.3. Antitransglutaminasa tisular (tTG).	24
6.1.4.4. Anti-endomiso (EMA).	24
6.1.4.5. Anti-gliadina (AGA) y anticuerpos antipéptidos desaminados de gliadina (DGP)	25
6.1.4.6. Biopsia endoscópica.	25
6.1.5. Tratamiento	26

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
6.2. Promoción de la salud y conductas promotoras de salud	27
6.3. Modelo de cuidado	32
6.3.1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender	36
7. Diseño metodológico	40
7.1. Diseño del estudio, población, muestreo y muestra	40
7.2. Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación	42
7.3. Instrumentos	42
7.4. Operacionalización de variables	45
7.5. Procedimiento	46
7.6. Análisis de datos	48
7.7. Aspectos éticos	48
8. Resultados	50
8.1. Artículos enviados, aceptados y publicados	51
8.1.1. Efecto de la dieta libre de gluten en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca: una revisión sistemática	51
8.1.2. Página frontal del manuscrito	51
8.1.3. Lifestyle and celiac symptoms in Mexican adolescents and young adults	51
8.1.4. Página frontal del manuscrito	51
8.1.5. Percepción de adultos jóvenes mexicanos con enfermedad celíaca sobre su estilo de vida	51
8.1.6. Página frontal del manuscrito	52
8.1.7. Propuesta de un modelo de cuidado para promover la salud de las personas con enfermedad celíaca	52
8.1.8. Efectos de una intervención de promoción de salud en población mexicana con enfermedad celíaca	53

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
8.1.9. Carta de envío a la revista	54
9. Discusión general	55
10. Conclusiones generales	57
11. Referencias	59
12. Anexos	74
12.1. Anexo I. Consentimiento informado del padre o tutor	74
12.2. Anexo II. Asentimiento informado adolescente	77
12.3. Anexo III. Cédula de datos personales	80
12.4. Anexo IV. Instrumento índice de enfermedad celíaca	81
12.5. Anexo V. Instrumento de estilo de vida y promotor de salud II	82
12.6. Anexo VI. Entrevista semiestructurada	85
12.7. Anexo VII. Imágenes de la página web	87

## Resumen

Antecedentes: La adolescencia y la juventud son etapas de la vida marcadas por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales. La enfermedad celíaca, una afección autoinmune que inflama el intestino delgado al entrar en contacto con el gluten, coexiste con estas transformaciones. Resulta fundamental que las personas con enfermedades crónicas, como la enfermedad celíaca, integren hábitos saludables en su día a día, favoreciendo así un bienestar integral. Objetivo: Evaluar el efecto de un modelo de cuidado de conducta promotora de salud en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca. Metodología: Se realizó un estudio mixto y cuasiexperimental en tres etapas con una muestra no probabilística de 152 participantes en el pretest y 136 en el postest. Se recolectaron datos mediante la cédula de datos personales, los instrumentos Índice de Síntomas Celíacos y Health Promoting Life Profile II, y una entrevista semiestructurada basada en el modelo de Nola Pender. Todos los instrumentos se aplicaron en línea. Para el análisis de datos, se utilizó SPSS versión 21.0. Este cumplió con las normativas nacionales en investigación en salud. Los resultados iniciales evidenciaron que los participantes exhibían un estilo de vida poco saludable y síntomas característicos de la enfermedad celíaca. No obstante, al implementar la intervención, se observó una transformación notable en sus hábitos de vida, acompañada de una disminución significativa de la sintomatología. Conclusión: Con un modelo de cuidado integral, las personas con enfermedad celíaca tienen la posibilidad de llevar una vida plena y saludable.

Palabras clave: Enfermedad celíaca; promoción de la salud; modelo de cuidado; adolescentes; jóvenes adultos.

## Introducción

La adolescencia y el inicio de la adultez son etapas de muchos cambios biológicos, sociales y psicológicos y por eso es importante mantener una atención especializada en estos grupos específicos, más aún cuando se enfrentan a una enfermedad crónica como la enfermedad celíaca que requiere un cambio drástico en los estilos de vida y un enfoque hacia la promoción de la salud.

Este contexto limita el desarrollo óptimo de estas personas, lo cual justifica la necesidad de una intervención basada en un sólido sustento teórico-metodológico. Para ello, se propone un estudio que permita conocer, evaluar, comparar, correlacionar y atender las necesidades de esta población específica.

Con el propósito de responder a la pregunta de investigación, se llevó a cabo una sistematización y análisis crítico de la literatura especializada en enfermedad celíaca, promoción de la salud y modelos de cuidado, con el fin de identificar las principales contribuciones en el campo.

Como marco de referencia, se estableció una sólida base conceptual que abarcó desde la definición y fisiopatología de la enfermedad celíaca, hasta las manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y, por supuesto, los aspectos relacionados con la promoción de la salud. En este sentido, se profundizó en el concepto de promoción de la salud, las conductas promotoras y los estilos de vida saludables, tomando como referencia el modelo de Nola Pender para diseñar la intervención.

En la segunda sección, se detalla el diseño metodológico, el cual se estructuró en tres etapas. La primera etapa combinó un enfoque mixto, integrando análisis cuantitativos (prueba de Mann-Whitney y coeficiente de Spearman) y cualitativos (entrevistas semiestructuradas). Se administró un pretest para recolectar datos numéricos sobre la salud y las prácticas de los participantes, complementando esta información con entrevistas semiestructuradas para explorar a profundidad sus experiencias.

Durante la segunda etapa, se diseñó y aplicó un programa de intervención personalizada para adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca, el cual

incluyó módulos sobre manejo del estrés, nutrición, responsabilidad en salud, relaciones interpersonales y desarrollo espiritual.

En la tercera etapa, se llevó a cabo una evaluación rigurosa de la efectividad del modelo de cuidado mediante la aplicación de un posttest, utilizando los mismos instrumentos cuantitativos empleados en el pretest. Los resultados obtenidos fueron comparados minuciosamente para determinar el impacto preciso de la intervención en la adopción de conductas saludables por parte de los participantes con enfermedad celíaca. En cumplimiento con los principios éticos de la investigación en seres humanos, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma del Estado de México. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, asegurando así la voluntariedad y la comprensión de los procedimientos involucrados.

La tercera parte de este documento trata sobre los resultados obtenidos de la investigación. Se logró tres artículos científicos aceptados para su publicación; uno de revisión sistemática, otro con enfoque cuantitativo y uno con enfoque cualitativo, un cuarto artículo con enfoque cuantitativo se encuentra publicado en formato Preprint y también está en proceso de revisión por una revista científica.

En la cuarta parte de este documento se puede encontrar la discusión y conclusiones generales, así como las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos como el consentimiento informado, instrumentos utilizados e imágenes de la página web desarrollada para aplicar la intervención.

## 1. Antecedentes

La adolescencia, un período comprendido aproximadamente entre los 10 y los 19 años según la Organización Mundial de la Salud (2019), se caracteriza por una intrincada interacción de cambios biológicos, psicológicos y sociales. A su vez, el término 'juventud' se revela como una construcción social, histórica y culturalmente dinámica, cuyas fronteras etarias son fluidas y varían según el contexto socioeconómico de cada región. Mientras que la adolescencia presenta una definición más consensuada, el concepto de juventud se extiende, en algunos casos, hasta los 35 años, reflejando la complejidad y diversidad de esta etapa de la vida. (Mosquera, 2021). Durante esta etapa, los jóvenes se encuentran inmersos en un complejo entramado de influencias familiares, sociales, culturales y comunitarias que moldean su desarrollo, bienestar y estilo de vida. (Rojas, 2021).

La enfermedad celíaca es un trastorno autoinmune crónico caracterizado por una inflamación intestinal provocada por una reacción adversa al gluten, una proteína presente en el trigo, la cebada, el centeno y, con frecuencia, en la avena. Esta reacción inmunológica daña las vellosidades intestinales, dificultando la absorción de nutrientes lo que puede llevar a diversas complicaciones de salud (Fueyo-Díaz et al., 2020). La EC, al ser una afección sistémica, puede manifestarse más allá del tracto gastrointestinal. Complicaciones como osteoporosis, infertilidad y algunos linfomas son ejemplos de los problemas de salud que pueden surgir si la enfermedad no se diagnostica y trata adecuadamente (De la Calle, et al, 2020).

La respuesta inflamatoria en la EC es mediada por anticuerpos (anti-tTG, anti-EMA, anti-AGA) y asociada a ciertos marcadores genéticos (HLA-DQ2 y/o DQ8). Esta reacción inmunológica daña el intestino delgado, produciendo una enteropatía y una variedad de síntomas clínicos. (Álvarez Doforno et al, 2013). Esta inflamación crónica puede llevar a complicaciones a largo plazo, como deficiencias nutricionales, aumento del riesgo de linfoma y otros trastornos autoinmunes (Binaghi et al., 2019; Bessa et al, 2020).

Además, La prevalencia de EC ha experimentado un notable incremento en las últimas dos décadas y media, alcanzando aproximadamente el 1% de la



población mundial. Este aumento es particularmente evidente en grupos sintomáticos, donde se estima una prevalencia del 1,7%, mientras que en la población asintomática oscila entre el 0,75% y el 1,2%. La EC afecta a personas de todas las edades, desde la infancia hasta la adultez, con una prevalencia que puede alcanzar el 0,48% en adultos jóvenes. Los familiares de primer grado de individuos con EC presentan un riesgo significativamente mayor, con una prevalencia estimada de hasta 4,5% (Labrada et al, 2020; Torres & Collía, 2021). En México, las estimaciones muestran que el 0.9% de la población padece EC (Espriu-Ramírez et al, 2021). Por consiguiente, la epidemiología de la EC es similar a un iceberg: hay más casos sin diagnosticar (por debajo de la línea de flotación) que casos diagnosticados (por encima de la línea de flotación) (Olano, 2021).

En este sentido, el diagnóstico de EC en adultos jóvenes se está volviendo común; en determinadas situaciones son formas silenciosas de la enfermedad durante la infancia o reaparecen "de nuevo" en la edad adulta (Labrada et al, 2020). Por ello, muchos estudios actuales están sugiriendo que la EC es una enfermedad típica de esta etapa de la vida (Zhu et al, 2018). En contraste con las formas clásicas de la enfermedad celíaca, que suelen manifestarse en la infancia con diarrea y síntomas gastrointestinales, los adultos presentan con mayor frecuencia formas atípicas. Estas formas atípicas, caracterizadas por una amplia gama de síntomas que van desde la anemia y la deficiencia de hierro hasta trastornos óseos, dificultan el diagnóstico temprano de la enfermedad (Guillot, 2016).

Por otra parte, Es fundamental que los pacientes con enfermedades crónicas, como la enfermedad celíaca, adopten estilos de vida saludables y promuevan conductas que favorezcan su bienestar (Contreras et al., 2020). En el caso de adolescentes y adultos jóvenes con EC, resulta esencial contar con una red de apoyo sólida, conformada por familiares y profesionales de la salud, que les brinde el acompañamiento necesario para comprender su enfermedad, controlar las fuentes de exposición al gluten, manejar los síntomas y adherirse al tratamiento. De esta manera, podrán asumir un papel

activo en el manejo de su salud y mejorar significativamente su calidad de vida (Padilla-Zárate et al, 2013).

Así, es necesario que el adolescente y el joven adulto con EC reciba un cuidado desde la atención primaria para que exista la posibilidad de que él no sea tratado solo por el ángulo clínico, sino de la misma manera que tenga la oportunidad de contar con ayuda para reconocer más beneficios que barreras percibidas, con relación al mantenimiento de su salud, que les facilitarán involucrarse en un plan de acción que cambie su estilo de vida y promueva un mayor bienestar (Valencia Rico et al, 2017). Asimismo, Bessa et al (2020), mencionaron que la promoción de la salud debe comenzar junto con el diagnóstico de EC, destacando la relevancia de la adherencia a la Dieta Libre de Gluten (DLG), y en particular con relación a las probables deficiencias nutricionales y la asistencia de una dieta favorable.

Dado lo anterior, para auxiliar en la promoción de la salud de los adolescentes y adultos jóvenes con EC, se puede hacer uso de modelos de cuidado; donde se sistematice el conocimiento y se justifique científicamente los pasos del cuidado específico y singular y así asegurar que estas personas tengan un estilo de vida saludable (Olivares et al, 2021). Existen varios modelos de cuidado, incluido el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, que contribuye a la comprensión de procesos psicológicos que provocan en las personas el deseo de cambiar su comportamiento y también las estimulan a promover la salud (Khodaveisi et al, 2017). Además, en el modelo antes mencionado, la promoción de la salud se percibe como conductas dirigidas a desarrollar recursos, que preservan o fortalecen el bienestar de las personas (McCutcheon et al, 2016).

De acuerdo con el modelo de Nola Pender, las conductas de salud están influenciadas por una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores moldean la percepción que las personas tienen de su salud y, en consecuencia, las decisiones que toman en relación con su bienestar (Valencia Rico et al, 2017). En el contexto de una persona con EC, los factores

biológicos pueden denominarse aquellos relacionados con sus signos y síntomas y la gravedad de su enfermedad; como factores psicológicos, el más relevante es el estado de ánimo que tiende a un comportamiento ansioso, irritable e incluso depresivo debido a restricciones dietéticas, lo que puede llevar al aislamiento social y familiar; finalmente, como factores socioculturales, se pueden mencionar los factores de exposición y las conductas de estilo de vida que posibilitan el avance de la EC (Ludvigsson et al, 2018; Wolf et al, 2019).

## **2. Planteamiento del problema**

La EC es un trastorno crónico que daña la mucosa intestinal, provocando inflamación y dificultando la absorción de nutrientes. Los pacientes celíacos suelen experimentar crisis recurrentes desencadenadas por la ingesta de gluten, proteína presente en el trigo, la cebada, el centeno y, con frecuencia, en la avena debido a la contaminación cruzada (Sierra & Alonso, 2020). A pesar de que su origen se sitúa en la lactancia o la primera infancia, el diagnóstico de la EC suele retrasarse debido a la similitud de sus síntomas con otras enfermedades, lo que conduce a un diagnóstico tardío en la adolescencia o la edad adulta (Herrera et al, 2022).

Si bien los síntomas cesan con la adherencia al tratamiento adecuado, el paciente tiene que cambiar su estilo de vida en varios aspectos, lo cual no siempre es fácil para algunos adolescentes y jóvenes, ya que, al encontrarse en una etapa de constantes transformaciones psicosociales, adoptar una DLG puede ser un problema y un reto muy grande que afecta el bienestar y estilo de vida de estas personas, ya sea por vergüenza de acudir a lugares donde se desconoce su enfermedad o por dificultades económicas por el alto precio de los alimentos sin gluten e incluso por la escasez de un conocimiento adecuado de la enfermedad por parte del adolescente y del joven adulto, etc. Por tanto, esto genera conflictos principalmente en las primeras etapas de la enfermedad (Saldanha et al, 2017).

Así, debido a los problemas reportados previamente muchos adolescentes y adultos jóvenes con EC no llevan un estilo de vida saludable lo que hace que su pronóstico en relación con la enfermedad no sea favorable y refuerzan la

importancia de desarrollar un modelo de cuidado específico para esta situación; algunas estrategias serían que los profesionales de la salud puedan apoyar a estos jóvenes reduciendo el estrés y el sufrimiento que ocasiona la dieta y promover la adherencia y el mantenimiento de esta (Brancalioni et al, 2016).

Ante esto, es urgente profundizarse en los factores que llevan a los adolescentes y adultos jóvenes a no seguir el tratamiento de la EC, se debe tener una visión amplia e identificar el papel de su estilo de vida que lo conducen a presentar estas conductas y desencadenar en complicaciones más graves. Este problema engloba a toda esta población celíaca sin distinción de género o situación económica.

Por consiguiente, algunos estudios han demostrado la efectividad del cuidado de enfermería ante la EC, como lo menciona Fernández (2020) en España un profesional de enfermería organizó consultas para personas con EC, en las que aclaraba dudas sobre qué alimentos pueden consumir y como evitar la contaminación cruzada. Otra práctica de promoción de la salud utilizada en los Estados Unidos de América son las consultas educativas realizadas de manera autónoma por Enfermeras Practicantes para ayudar a los pacientes y sus familias a conocer identificar los signos y síntomas de la EC y los daños que puede ocasionar el gluten (Gainer, 2011).

Asimismo, otros estudios han abordado la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender para promover la salud entre adolescentes como menciona Santos et al., (2018), quienes desarrollaron una tecnología de enfermería educativa guiada por la Teoría de Pender que englobaba dos estrategias educativas, una pieza teatral y la aplicación de una dinámica denominada develar misterios y aclarar dudas, que permitió la interacción y participación de los participantes para aclarar dudas sobre sexualidad, alimentación, entre otros temas. Además, Fastring et al (2019), realizaron una intervención de promoción de la salud en adolescentes a través de un programa de educación para mejorar la calidad de la dieta y fomentar la práctica de actividades físicas entre los adolescentes y adultos jóvenes, cuyos

resultados mostraron que las intervenciones de este tipo son efectivas para enseñar e incentivar la adopción de estilo de vida saludable.

Dicho esto, el planteamiento de este problema reverbera la realidad actual de la enfermedad en esta investigación, fundamentando la relevancia social del tema y de los cuidados especiales para garantizar a estas personas la adopción de estilo de vida saludable y la reducción de los signos y síntomas de la EC.

Una vez introducido el problema, se puede plantear la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los efectos que se producen en los adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca al aplicarles cuidados con un modelo de conducta promotora de salud?

### **3. Justificación**

La escasez de investigaciones centradas en modelos de cuidado promotor de la salud para adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca representa una oportunidad única para avanzar en el conocimiento en el ámbito de la enfermería y mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.

Esta investigación contribuirá significativamente al avance de la enfermería, generando nuevo conocimiento para llenar un vacío en la literatura científica y fortaleciendo la práctica basada en la evidencia. Al establecer una base empírica sólida, se podrán desarrollar intervenciones de enfermería personalizadas y efectivas, lo que permitirá una toma de decisiones clínicas más informada.

Además, esta investigación promoverá un modelo de cuidado centrado en la persona, empoderando a los pacientes y sus familias. Al adoptar un estilo de vida saludable, los pacientes reducirán sus síntomas y el riesgo de complicaciones a largo plazo, mejorando así su calidad de vida. Las familias, por su parte, se verán beneficiadas al reducirse los estresores asociados a la enfermedad. Al adoptar un estilo de vida saludable, se disminuirá la hipervigilancia de los padres, se reducirán las visitas al hospital y, en consecuencia, se aliviará la carga emocional y económica que supone cuidar a un familiar con EC.

En el ámbito de la salud pública, esta investigación posicionará a la enfermería como una disciplina clave en la atención a personas con enfermedad celíaca y promoverá la implementación de este modelo de cuidado en otros contextos.

Al intervenir con un modelo de cuidado promotor de la salud, los profesionales de enfermería podrán ofrecer una atención integral, abordando tanto los aspectos clínicos como las necesidades emocionales y sociales de los pacientes y sus familias. De esta manera, se fomentará la autonomía de los pacientes y se les permitirá tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado.

## **4. Hipótesis**

### **4.1. Hipótesis**

Hi: Existe adopción de conductas promotoras de salud entre los adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca cuidados con un modelo de conducta promotora de salud.

Ho: No existe adopción de conductas promotoras de salud entre los adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca cuidados con un modelo de conducta promotora de salud.

### **4.2. Supuesto**

Adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca que reciben atención bajo un modelo de conducta promotora de salud, muestran una mayor adopción de conductas que promueven su salud en comparación con aquellos que no reciben este tipo de atención.

## **5. Objetivos**

### **5.1. General**

Evaluar el efecto de un modelo de cuidado de promoción de salud en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca

### **5.2. Específicos**

1. Correlacionar y comparar el estado de salud actual y el estilo de vida de los adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca.
2. Descubrir la percepción de las personas con enfermedad celíaca sobre su estilo de vida.
3. Diseñar una propuesta de modelo de cuidado de promoción de salud para adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca.
4. Aplicar un modelo de cuidado de promoción de salud en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca.
5. Comparar los resultados de las pruebas pretest y posttest del estado de salud actual y las conductas promotoras de salud de los adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca.



## 6. Marco de referencia

### 6.1. Enfermedad celíaca

#### 6.1.1. Aspectos históricos

La EC está presente en la vida de muchas personas desde hace siglos, como menciona Neto (2014), que en el siglo I de la era cristiana Aretee de Cappadoce describió las heces características, el carácter crónico de la enfermedad y propuso que se llamara “Koiliakos” del griego “protuberancia”, debido al aspecto clínico que es observado con frecuencia en los estadios más avanzados de la EC clásica. Sin embargo, fue durante la Segunda Guerra Mundial cuando el médico Willem Karen van Dicke descubrió que el agente desencadenante de la EC era el gluten cuando observó, durante el racionamiento de alimentos impuesto por la ocupación alemana en Holanda, que los niños con EC dejaban de presentar síntomas al no consumir pan, por tanto, llegó a la conclusión de que la mejoría de los síntomas se debía al bajo contenido de cereales en la dieta (Parada & Araya, 2010).

Este vínculo fue confirmado por Charlotte Anderson, en Birmingham, en su trabajo de laboratorio que pondría fin a este viaje al descubrir el agente causante de los síntomas de la EC, el gluten (Sánchez-Muniz et al, 2018). Otro logro para el avance en los conocimientos de la EC fue cuando un médico inglés, JW Paulley, percibió en un paciente celíaco operado que su mucosa intestinal presentaba anomalías, esto permitió que otros investigadores realizaran investigaciones y pudieran confirmar que el paciente con EC presenta su mucosa intestinal anormal, asegurando así un diagnóstico seguro (Neto, 2014). Los últimos avances se deben al hallazgo de anticuerpos característicos relacionados con la entidad nosológica y al análisis de las alteraciones genéticas que provocan la evolución de la enfermedad (Mocan et al, 2016).

#### 6.1.2. Fisiopatología

El ser humano tiene un intestino de aproximadamente siete metros de longitud y todo este órgano está cubierto por vellosidades, que a su vez son estructuras que aumentan la región superficial del intestino y ayudan en la absorción

de agua y nutrientes (Pereira, 2020). Las vellosidades del intestino forman parte de la mucosa y tienen vasos sanguíneos y linfáticos que atrapan los productos recolectados durante el proceso de digestión (Thompson et al., 2013). En las personas con EC, el gluten desencadena mecanismos inflamatorios e inmunológicos que dañan el epitelio intestinal provocando una degeneración de estas vellosidades, lo que hace que el paciente presente un epitelio intestinal de aspecto liso, y en consecuencia disminuye la absorción de agua y nutrientes por la superficie del intestino (Angulo-Pichardo et al, 2024).

En este sentido, la EC es un trastorno de génesis autoinmune, además es multifactorial, hay factores que influyen en su fisiopatología, son: predisposición genética, condiciones bioquímicas e inmunológicas y también influencias ambientales (Lopes, 2018). Sin embargo, la base de su etiopatogenia es un proceso inflamatorio provocado por la inadecuada reacción inmunitaria de las células T intestinales, en el momento en que entran en comunicación con los péptidos del gluten (Pereira, 2020).

De este modo, la EC aparentemente tiene la mayor participación en su aparición y evolución en la predisposición genética, y está relacionada con el sistema del antígeno de histocompatibilidad humano (HLA), específicamente con los genes que codifican DQ2 o DQ8 que se encuentran en el cromosoma 6, en la posición 21 (6p21) (Lopes, 2018). La literatura científica indica que el locus HLA, ubicado en el cromosoma 6, alberga diversos genes. Entre ellos, los genes de clase II, que codifican para moléculas HLA-D (subdivididas en DQ, DR y DP), desempeñan un papel fundamental en la respuesta inmunitaria del organismo (Mocan et al, 2016).

Las células presentadoras de antígeno (APC), como las células dendríticas, macrófagos y linfocitos B, expresan moléculas HLA en su superficie, las cuales capturan péptidos antigénicos derivados del gluten. Estos complejos péptido-HLA son presentados a las células T CD4+, desencadenando una respuesta inflamatoria caracterizada por la producción de citocinas. A su vez, esta respuesta induce la activación de las células T CD8+, que, al interactuar con los enterocitos, liberan

granzimas y perforinas, lo que culmina en la destrucción de las células intestinales y la consiguiente atrofia de las vellosidades (Angulo-Pichardo et al., 2024; Szondy et al., 2017).

El gluten, principal causante de la enfermedad celíaca, es rico en prolina y glutamina. La prolina, que constituye el 50% del gluten, es altamente resistente a las proteasas digestivas (tripsina, pepsina, elastasa y quimotripsina). Esta resistencia a la digestión completa da lugar a la formación de gliadina (Murch, 2016). Todo este proceso, realizado de forma incompleta, da lugar a partes más pequeñas, los oligopéptidos o péptidos de gliadina (Pereira, 2020). En consecuencia, estos péptidos ricos en prolinas y glutaminas son los encargados de activar las células T, ya que estas células realizan su reconocimiento, siendo la  $\alpha$ -gliadina el fragmento responsable de esta activación (Lopes, 2018).

Después de eso, experimenta la acción de la Transglutaminasa Tisular (tTG o TG2), que es una enzima intracelular normalmente inactiva, pero que se activa y libera después de una lesión tisular (Balakireva & Zamyatnin, 2016). Esta enzima intracelular es producida por diferentes tipos de células, como leucocitos, células de la mucosa, células de músculo liso, células endoteliales de vasos sanguíneos, fibroblastos y células epiteliales intestinales (Pereira, 2020). Además, la TG2 juega un papel fundamental en la inmunopatogénesis de la EC ya que es responsable de producir uno de los autoanticuerpos esenciales, el anticuerpo anti-TG2, y también es responsable de acciones químicas como la desamidación y transamidación del gluten (Ciccocioppo et al, 2015).

En cuanto a los factores inmunológicos, se pensaba que los productos exógenos del gluten eran directamente tóxicos para la mucosa intestinal en la EC; sin embargo, hoy en día se cree que los linfocitos intraepiteliales (LIE) colaboran activamente para dañar la mucosa. La exposición al antígeno en la enfermedad celíaca (EC) desencadena una rápida activación de las células T CD4+. Como consecuencia, las células B del intestino se diferencian en células plasmáticas que producen grandes cantidades de IgA. Esta inmunoglobulina es secretada al lumen intestinal en forma de IgA secretora, contribuyendo a la respuesta inmune local

(Pereira, 2020). En el caso de la EC, los enterocitos tienen el receptor CD71 en su exterior y, en presencia de péptidos derivados del gluten, los complejos secretores de gluten + IgA son capaces de unirse a estos receptores de tal manera que los péptidos de gluten intactos son transportados a la mucosa, el gluten es desaminado por TG2, y las células presentadoras de antígeno (APC) expresan los epítomos desarrollados, a través de las moléculas HLA DQ2 o HLA DQ8, a los linfocitos T CD4+ (Angulo-Pichardo et al, 2024).

De esta forma, las células dendríticas y los enterocitos de la mucosa intestinal forman la interleucina 15 (IL-15), que beneficia la fabricación, en el enterocito, de MHC I e interferón  $\gamma$ , que actuará en el proceso de activación del LIE T CD8 + citotóxico con la célula. receptores NK (Silvester & Leffler, 2015). De manera similar, las células T CD4+ específicas del gluten pueden actuar en la activación de LIE a través del entrecruzamiento o mediante la producción de IL-21 que tiene un efecto sinérgico con IL-15 para estimular las células T CD8 + citotóxicas, a su vez, las LEI T CD8 + causan daño epitelial a través de la interactividad de sus receptores NK con los ligandos receptivos pertinentes en el enterocito y, como se mencionó anteriormente, también liberan granzima y perforinas que causan la muerte de las células de los enterocitos (Angulo-Pichardo et al, 2024).

Ante esto, con el inicio de la cascada inflamatoria, el sistema inmunológico comienza a liberar metaloproteinasas y otros mediadores del daño tisular, lo que en consecuencia agrava la lesión tisular, lo que ayuda a producir o incluso empeorar el cuadro clínico específico de la EC (Lebwohl et al, 2015). Así, varios elementos del sistema inmunológico ayudan en la aparición de la EC, por ejemplo, existe la producción de anticuerpos característicos contra la TG2 que se conectan a los tejidos y colaboran con la progresión de la enfermedad, dando como resultado la aparición de la condición clínica. Así, los TG2 se sintetizan en casi todos los portadores de EC y cuando no se pueden identificar en el suero, estos anticuerpos se encuentran localizados y adheridos al tejido (Szondy et al., 2017).

Aunque la presencia de las moléculas HLA-DQ2/DQ8 es esencial para desarrollar enfermedad celíaca, no es suficiente por sí sola. Muchas personas con

estos genes consumen gluten sin presentar síntomas, lo que indica que otros factores, como los ambientales, también son cruciales para el desarrollo de la enfermedad (Green et al, 2015). A pesar de que hubo y existen algunas hipótesis sobre los factores ambientales de la EC, aún no se puede llegar a una conclusión exacta; sin embargo, se sabe que la ingestión de gluten antes de los tres meses de edad es un factor de alto riesgo para la aparición de la EC, además de tener infecciones tempranas del tracto gastrointestinal son un preludeo de la aparición de esta enfermedad (Lopes, 2018).

Cabe señalar que las infecciones tempranas, como las infecciones virales, bacterianas y parasitarias, pueden afectar al microbioma y causar disbiosis intestinal en el individuo y así desarrollar y potenciar la respuesta inflamatoria al gluten (Cortesão, 2018). Esto puede explicarse por el hecho de que los medios posiblemente involucrados provocan la migración intraepitelial de patógenos que conduce a una comunicación de moléculas del parásito con moléculas de adhesión intercelular humana (ICAM-1) y posterior estimulación de los mecanismos inmunes (Nejad et al, 2015). Así, se daña el epitelio gastrointestinal con aumento de la permeabilidad de la mucosa y, como consecuencia, hay acumulación de gliadinas en la lámina propia, iniciando así el ciclo inflamatorio (Lopes, 2018).

### *6.1.3. Manifestaciones clínicas*

La EC manifiesta síntomas gastrointestinales típicos que son reconocibles por la mayoría de los médicos; sin embargo, puede presentar una amplia gama de manifestaciones clínicas extra gastrointestinales como anemia, infertilidad e incluso retraso del crecimiento en los niños, lo que puede llevar a dificultades en el diagnóstico de la enfermedad (Lopes, 2018). En este sentido, la EC puede manifestarse en diferentes formas clínicas: clásicas / típicas, no clásicas / atípicas, resistentes / latentes y asintomáticas / silenciosas (Mocan et al, 2016).

La forma clásica se puede diagnosticar en cualquier etapa de la vida y generalmente se manifiesta por hiperplasia de las criptas y atrofia de las vellosidades junto con características de malabsorción (Mocan et al, 2016). En su forma clásica, la EC presenta síntomas gastrointestinales como diarrea crónica,

desnutrición, pérdida de peso, déficit de crecimiento, anemia, vómitos, distensión abdominal, palidez, edema secundario a hipoalbuminemia, entre otros (Pereira, 2020). En la forma atípica, el paciente con EC puede presentar una condición monosintomática u oligosintomática, donde hay predominio de síntomas extra-gastrointestinales como osteoporosis, anemia, artritis, hipoplasia del esmalte dental, irregularidad del ciclo menstrual e infertilidad, entre otros. Sin embargo, también puede presentar síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, vómitos, estreñimiento, reflujo gastroesofágico y otros (Ludvigsson et al, 2013).

Además, en la enfermedad celíaca refractaria, el gen de susceptibilidad HLA-DQ2/DQ8 persiste a pesar de la adherencia a una dieta sin gluten durante al menos un año. Esta forma se clasifica en dos tipos: el tipo I, caracterizado por fenotipos linfocitarios intraepiteliales normales, y el tipo II, que se distingue por la presencia de clones linfocíticos aberrantes y un mayor riesgo de linfoma (Ludvigsson et al., 2013). Por otro lado, la forma silenciosa, frecuentemente identificada en familiares de primer grado, se caracteriza por la ausencia de síntomas clínicos a pesar de la presencia de alteraciones histológicas en la mucosa intestinal y marcadores serológicos. Sin embargo, esta forma puede evolucionar hacia una enfermedad activa con complicaciones graves si no se diagnostica y trata a tiempo (Brasil, 2015).

La sintomatología se caracteriza por manifestaciones gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, distensión abdominal), musculoesqueléticas (artralgias, artritis, osteopenia), dermatológicas (erupciones, prurito), hematológicas (anemia ferropénica) y ginecológicas (menarquia retrasada, irregularidades menstruales, esterilidad). También pueden presentarse manifestaciones generales como fatiga, pérdida de peso y manifestaciones orales como úlceras y aftas (Mayo Clinic, 2022).

#### *6.1.4. Diagnóstico*

El diagnóstico de EC se puede realizar mediante un estudio clínico del paciente, así como mediante un estudio serológico e histopatológico del intestino delgado (Remes-Troche et al, 2018). Según la Asociación Americana de Gastroenterología, la EC debe ser rastreada en personas que presenten los

síntomas y que estén en riesgo de desarrollar la enfermedad, considerándose en el grupo de riesgo las personas que tienen familiares de 1º y 2º grado con EC, así como aquellos pacientes. con anemia ferropénica y deficiencias nutricionales de ácido fólico, hierro y vitamina B12 sin explicación aparente, y también aquellos con osteoporosis a edad temprana, quienes también presentan dolor abdominal frecuente (Pereira, 2020). Además, Bai et al (2016) dicen que los pacientes infértiles, con diabetes tipo I, portadores de otras enfermedades autoinmunes, pacientes con síndrome de intestino irritable, síndrome de Down y síndrome de Turner deben someterse a pruebas de diagnóstico para EC.

En este sentido, pruebas serológicas e histopatológicas altamente específicas han ayudado a diagnosticar todas las formas de EC, lo que permite un aumento en la incidencia y prevalencia de esta enfermedad y, en consecuencia, un mejor tratamiento para los pacientes (Pereira et al, 2017).

#### 6.1.4.1. Tipificación HLA.

El alelo HLA-DQ2 se encuentra en aproximadamente el 95% de los pacientes con EC y el HLA-DQ8 en el 5% de ellos, en este caso, al no notar la presencia de estos alelos en esta prueba, se puede decir que el individuo no tiene EC (Fernández-Mestre et al, 2022). La literatura también menciona que la tipificación de HLA se realiza especialmente en el análisis de familiares de pacientes con EC y que este estudio descarta alrededor de 1/3 de los pacientes de 1er grado y que los pacientes pueden realizar la tipificación de HLA para monitorear la enfermedad y reforzar el resultado de histopatología. (Pereira, 2020).

#### 6.1.4.2. Serología.

Las pruebas serológicas ayudan a diagnosticar la EC y monitorizar el tratamiento de los pacientes, especialmente las que tienen una alta especificidad y sensibilidad como los marcadores antiedomiso (EMA) y anti-transglutaminasa tisular (tTG), ya que también pueden detectar formas atípicas o asintomáticas de la enfermedad (Pereira et al, 2017). Así, los anticuerpos IgA tTG son positivos en aproximadamente el 98% de las personas con EC que manifiestan una dieta con gluten (Maglione et al, 2016).

Asimismo, los tTG tienen una alta sensibilidad (97%), mientras que los EMA tienen una alta especificidad (100%). Por su mayor especificidad, los anticuerpos EMA IgA / IgE son fundamentales para confirmar el resultado positivo alcanzado por tTG; sin embargo, una media del 5-10% de los pacientes con EC no presentan EMA positivo (Pereira, 2020). Los anticuerpos antigliadina (AGA) IgA y / o IgG, por su parte, identifican si existe deficiencia selectiva de IgA, circunstancia que puede estar asociada al resultado negativo de las pruebas TTG-IgA o EMA-IgA (Brasil, 2015).

#### 6.1.4.3. Antitransglutaminasa tisular (tTG).

El tTG es el anticuerpo contra la transglutaminasa tisular que, como se mencionó anteriormente, es la enzima responsable de la dispersión de la gliadina en la mucosa intestinal y que tiene un papel relevante en la estimulación de la respuesta inmune frente al gluten. Por tanto, la prueba tTG es muy específica y sensible para la EC y está directamente asociada con el grado de atrofia de las vellosidades intestinales (Garcia-Peris et al, 2018).

Por tanto, el tTG, en particular, es la prueba serológica más potente para el diagnóstico de EC, que se puede realizar a través de una muestra de sangre extraída del dedo. Asimismo, recientemente se informó que ese anticuerpo se puede encontrar en la saliva, lo que favoreció la realización de la prueba diagnóstica, especialmente en niños, ya que no hay necesidad de recolectar sangre (Pereira, 2020).

#### 6.1.4.4. Anti-endomisio (EMA).

Los anticuerpos EMA se adhieren al endomisio (tejido conectivo que cubre el músculo liso). Así, la prueba se realiza por inmunofluorescencia indirecta y muestra una alta especificidad para el diagnóstico de EC. Sin embargo, esta prueba es más cara en comparación con la tTG, requiere el uso de un equipo especial (microscopio de fluorescencia) y se necesitan profesionales altamente capacitados para leer las diapositivas (Husby et al, 2020).



#### 6.1.4.5. Anti-gliadina (AGA) y Anticuerpos antipéptidos desaminados de gliadina (DGP).

En la EC, los péptidos de gliadina que atraviesan la barrera de la mucosa son desaminados por la transglutaminasa tisular, lo que los hace más inmunogénicos. Por lo tanto, las personas con EC que no siguen una dieta libre de gluten tienen resultados altos de antigliadina; sin embargo, esta prueba no demuestra una buena sensibilidad y especificidad (Leffler et al, 2015). Por ello, en los últimos años se ha utilizado la prueba de DPG para ayudar al diagnóstico de EC, en sustitución de la prueba AGA. Esto se debe a que en la prueba DPG los niveles séricos de anticuerpos antigliadina desaminados son más altos que en la prueba tradicional de antigliadina, lo que demuestra la relevancia de la desaminación de gliadina en la progresión de la EC (Rodríguez, 2023).

#### 6.1.4.6. Biopsia endoscópica.

Con base en las pruebas diagnósticas vistas anteriormente, es necesario recolectar una muestra del tejido intestinal, mediante una endoscopia, para confirmar el diagnóstico de EC, considerando que el examen histopatológico de la mucosa intestinal presenta características de la enfermedad, como deformaciones en las vellosidades intestinales causadas por el consumo de gluten (Cappello et al, 2016).

De esta forma, la endoscopia permite la adquisición de muestras de lugares sospechosos y sondear otros lugares del tracto gastrointestinal. Es importante obtener muestras de cinco porciones: una muestra del bulbo duodenal y al menos cuatro porciones más de áreas distales del duodeno (Rodríguez, 2023). En seguida, las muestras deben colocarse en filtros de acetato de celulosa y teñirse con hematoxilina y eosina, además la combinación con el colorante Alcian Blue-PAS facilita la admisión de todos los elementos morfológicos que son indispensables para el diagnóstico (Pereira, 2020).

La inflamación intestinal en la enfermedad celíaca se manifiesta por una infiltración de linfocitos en la mucosa, lo que conduce a una progresiva atrofia de las vellosidades. Esta inflamación, clasificada en tres tipos según Marsh, se inicia con

un aumento de linfocitos intraepiteliales (tipo 1), progresa a una hiperplasia de las criptas (tipo 2) y culmina en una atrofia vellositaria severa con otras alteraciones celulares (tipo 3) (Lopes, 2018; Pereira, 2020).

Sin embargo, Oberhuber modificó la clasificación de Marsh y la clasificación de tipo 3 se subdividió en 3a- atrofia vellositaria leve o parcial; 3b - atrofia de las vellosidades moderada o parcial y 3c - atrofia total de las vellosidades (Colina, 2023). Así, el químico responsable de examinar las muestras necesita conocer las características de los cambios relacionados con la EC; tiene que prestar atención para identificar si existe infiltración linfocítica, además de informar sobre el patrón de las criptas y la atrofia de las vellosidades.

Aunque las pruebas serológicas con altos niveles de sensibilidad y especificidad son importantes, el análisis histológico es fundamental y, en conjunto, estas pruebas se consideran el estándar de oro para el diagnóstico de EC (Rodríguez, 2023). Por tanto, se recomienda realizar una biopsia en casos como: serología positiva y sospecha clínica; personas del grupo de riesgo con serología positiva identificadas por la búsqueda activa; fuerte manifestación clínica incluso con resultados serológicos negativos (Ministerio de Sanidad de España, 2018). Además, según la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN), se puede prescindir de la biopsia endoscópica en pacientes con resultados serológicos para anticuerpos IgA tTG superiores a 10 veces el valor de referencia (Shiha et al, 2023).

#### 6.1.5. Tratamiento

Como ya se mencionó, algunas veces la EC es una intolerancia a la ingesta de gluten en personas que tienen una predisposición genética, por lo que el único tratamiento existente que es verdaderamente efectivo es una dieta libre de gluten de por vida (Vilarinho et al, 2019). De esta forma, el paciente se ve obligado a cambiar sus hábitos alimentarios, lo cual no siempre es fácil, ya sea por la dificultad para encontrar alimentos sin gluten o incluso por la cuestión social, ya que el individuo puede sentirse aislado del mundo al no poder consumir los mismos alimentos que los demás (Lopes, 2018). Sin embargo, el beneficio de llevar una

dieta libre de gluten es inmenso, ya que al abstenerse de gluten se produce una regresión de los síntomas, el restablecimiento de las vellosidades intestinales, así como una disminución de la concentración de DGP, tTG y EMA en el cuerpo (Pereira, 2020).

Otros beneficios de llevar una dieta libre de gluten incluyen la reducción del riesgo del paciente de desarrollar complicaciones relacionadas con la EC, como el Linfoma de Células T asociado a Enteropatía, la posibilidad de generar adenocarcinoma de intestino delgado e incluso el riesgo de muerte (Saldanha et al, 2017). Por lo tanto, es fundamental que el paciente diagnosticado con EC tenga un seguimiento multidisciplinario para garantizar una asistencia dirigida a la promoción de la salud con la adopción de conductas promotoras de salud, ya que esto garantizará que el individuo tenga una mejoría significativa en su bienestar (Remes-Troche et al, 2018).

## **6.2. Promoción de la salud y conductas promotoras de salud**

El concepto de "Promoción de la salud" (PS) fue acuñado por Henry Sigerist en 1945, quien lo situó como una de las tareas primordiales de la medicina, junto con la prevención, la recuperación y la rehabilitación. Esta definición pionera marcó el inicio de un campo de estudio y acción que ha evolucionado significativamente desde entonces (Canul et al, 2022). Sin embargo, la importancia de promover la salud en la sociedad ya se habló mucho antes, un ejemplo de lo cual fue el movimiento de medicina social del siglo XIX liderado por Chadwick, Virchow, Neumann y Villermé (Pettres & Da Ros, 2018). En este movimiento, los idealizadores enfatizaron que las medidas deben tomarse en el sentido de "promover la salud" y en la lucha contra las enfermedades, y que las medidas cubiertas por el movimiento deben ser no solo médicas, sino también sociales (Canul et al, 2022).

El movimiento de la medicina social fue sustancial en Europa entre los años 1830 y 1870, cuando consagró la teoría unidireccional de Louis Pasteur (Czeresnia, 2003). Pronto, Sigerist y Georges Canguilhem retomaron las ideas de determinación social; Sin embargo, estas ideas se restringieron en el área de las ciencias sociales,

ya que el modelo unidireccional se mantuvo fuerte en Norteamérica (Pettres & Da Ros, 2018). A su vez, el modelo unidireccional, también llamado biomédico, tuvo éxito debido a la publicación del Informe Flexner, en 1910, que defendía prácticas que aún hoy se llevan a cabo, como la unidireccionalidad e incluye una intervención individual, positivista, curativa, hospitalaria, biológica y fragmentada (Roca & Barbero, 2021)

Entre las décadas de 1920 y 1950, el movimiento de la medicina preventiva predominó en la sociedad, sugiriendo cambios en la práctica médica, destacando el deber de los médicos con la PS y la prevención de enfermedades (Czeresnia, 2003). Sin embargo, este movimiento no trató la enfermedad como determinada socialmente, sino totalmente vinculada al pensamiento biológico (Pettres & Da Ros, 2018). Durante este mismo período el historiador médico canadiense Henry Sigerist, trajo nuevamente el enfoque de la PS, argumentó que promover la salud implicaba condiciones de vida propicias y trabajo decente, educación, cultura física y formas de entretenimiento y relajación, recurriendo al compromiso impulsado por políticos, sectores sindicales y empresariales, médicos y educadores (Roca & Barbero, 2021).

Asimismo, el médico estadounidense y contemporáneo de Sigerist, Winslow consideró a la PS desde la misma perspectiva que su colega y la definió como un compromiso de la población de organizarse para llevar a cabo políticas para mejorar las condiciones de salud de la comunidad, así como para ejecutar acciones educativas. programas dirigidos a la salud individual, y también a desarrollar mecanismos sociales adecuados que garanticen a todas las personas en cualquier etapa de la vida el adecuado mantenimiento y mejora de su salud (Pettres & Da Ros, 2018). No obstante, fueron Leavell y Clark, quienes, en 1976, organizaron el esquema de la medicina preventiva, a través del modelo de Historia Natural de las Enfermedades, que menciona que el curso evolutivo de la enfermedad se subdivide en dos etapas: la prediopatógica y la patogénica respectivamente (Villarreal, 2021).

Con base en el estadio evolutivo de la enfermedad, Leavell y Clark establecieron un modelo de prevención de enfermedades basado en tres niveles. La prevención primaria, que abarca la promoción de la salud y la protección

específica, se enfoca en evitar la aparición de la enfermedad. La prevención secundaria, por su parte, busca detectar y tratar la enfermedad en sus etapas iniciales para limitar su impacto. Finalmente, la prevención terciaria tiene como objetivo la rehabilitación y la mejora de la calidad de vida de las personas que ya han desarrollado la enfermedad (Martínez-Carrillo et al, 2021). El diseño de estas tres fases de prevención específica beneficiaron intervenciones educativas orientadas a las personas, con énfasis en familias y grupos, por lo que en este modelo existe un reduccionismo centrado en la persona y en la enfermedad, que, a pesar de ser muy relevante para el cuidado de las personas y las comunidades, no engloba cambios en la sociedad, y prácticamente se considera la PS solo como prevención de enfermedades (Pettres & Da Ros, 2018).

De esta forma, la PS se ha entendido, por un lado, como una respuesta a la intensa medicalización de la vida social y, por otro, como una reacción sectorial planificada desde diversos medios científicos y conceptos ideológicos. Ante esto, surgen dos enfoques, el conductual (cambios de estilo de vida) y el enfoque de determinantes de salud. El primer enfoque se presenta a través de acciones de salud que buscan transformar los hábitos y estilos de vida de las personas, priorizando las cuestiones educativas vinculadas a los riesgos conductuales, es decir, la orientación de este enfoque es la responsabilidad del individuo por su salud (Cotonieto-Martínez & Rodríguez-Terán, 2021).

A su vez, el segundo enfoque enfatiza la dimensión social de la salud, considerando los determinantes sociales de la salud, la calidad de vida y el bienestar general. Es decir, en este enfoque, la salud en la sociedad se ve con una mirada hacia el colectivo de personas y el medio ambiente en todas sus proporciones, trayendo a escena las concepciones de la medicina social del siglo XIX, una vez que, en el modelo de determinación social de la enfermedad no hay rechazo a la atención individual cuando es crucial, sino que se considera de acuerdo con el contexto en un vínculo entre sujetos (Pettres & Da Ros, 2018).

Estos movimientos, buscando una alternativa al modelo biomédico, impulsaron la construcción colectiva de un nuevo marco teórico que integra diversos

conocimientos sobre salud y enfermedad. Este marco fue difundido a través de conferencias y publicaciones internacionales, enriqueciendo la comprensión sobre el cuidado de la salud (Lefevre & Lefevre, 2007). Históricamente, se considera que los orígenes de la Promoción de la Salud se remontan al Informe Lalonde de 1947. Este documento canadiense introdujo un nuevo enfoque al identificar cuatro determinantes de la salud: la biología humana, la organización de los servicios de salud, el medio ambiente y el estilo de vida. Estos factores han servido como base para el desarrollo posterior de la PS (Marmolejo, 2022).

Así, aparece en escena la Conferencia de Alma Ata, en Rusia, en 1978 - Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tuvo como objetivo ampliar la perspectiva de la atención de la salud en su proporción sectorial y propia de la sociedad. El compromiso, sin embargo, confirió una mayor predilección por la conservación de acciones más hacia los problemas de salud (Almeida et al, 2018). El Informe de la Conferencia de Alma-Ata estableció como objetivo "Salud para todos en el año 2000", enfatizando el papel de las condiciones sociales en la salud. Sin embargo, a pesar de este llamado, el modelo biomédico, centrado en la enfermedad y la intervención médica, prevaleció en gran medida, limitando el alcance de una atención integral a la salud (Prettes & Da Ros, 2018).

En 1986, gracias a la colaboración entre el Ministerio de Salud de Canadá, la Asociación Canadiense de Salud Pública y la OMS, se celebró en Ottawa la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Este evento histórico dio origen a la Carta de Ottawa, un documento fundamental que consolidó el concepto de la Nueva Promoción de la Salud, iniciado en Alma-Ata (Hartmann et al., 2020). La Carta define la PS como un proceso que empodera a las personas para mejorar su salud, trascendiendo el enfoque individual del estilo de vida. La PS reconoce que la salud está influenciada por factores sociales, económicos y ambientales, como la paz, la vivienda y la equidad (Marinho & Groisman, 2020).

Así, la PS surge cuando la sociedad tiene los conocimientos necesarios para mejorar su calidad de vida y salud, destacándose por una mayor participación en el

control de este proceso. De este modo, también se puede decir que la PS engloba los determinantes asociados a elementos conductuales y de estilo de vida, así como elementos de las condiciones sociales y ambientales en las que viven y trabajan los sujetos (Kessler et al, 2018). Pettres y Da Ros (2018) mencionan que la PS enfatiza que el proceso salud-enfermedad es un proceso social determinado por los vínculos de los individuos con su entorno y con la comunidad, involucrados por el trabajo y por las conexiones sociales y culturales, en un espacio geográfico y tiempo histórico específico.

En este punto, la PS representa una idea positiva e inclusiva que se relaciona directamente con la calidad de vida y el bienestar, resaltando los determinantes de la salud y generando alternativas beneficiosas para la sociedad (Hartmann et al, 2020). La PS tiene como objetivo concebir posibilidades para que las comunidades y las personas actúen, se califiquen y sean tomadores de decisiones a favor de su salud y bienestar (Suescún-Carrero et al, 2017). Así, la PS fomenta cambios conductuales basados en Estilos de Vida Saludables que se reflejan en Comportamientos Promotores de Salud en ciertos patrones de acción multidisciplinar (Pastas et al, 2019).

A este respecto, las preferencias individuales y colectivas relacionadas con los estilos de vida influyen profundamente en el nivel de salud y bienestar de la sociedad, por lo que las acciones que promueven la salud y los estilos de vida saludables generan un impacto muy grande, ya que ayudan a mejorar la salud y a enfrentar enfermedades crónicas y restablecer el bienestar y la autonomía de las personas, familias, organizaciones y comunidades (Paiva, 2018). Sin embargo, Jaimes y Días (2014) mencionan que como los estilos de vida están influenciados por cambios sociales, económicos, culturales y psicológicos, el individuo puede enfrentar algunos problemas si no recibe apoyo para adoptar conductas promotoras de la salud, las cuales se reflejan en su estado de salud.

Dado lo anterior, es fundamental definir el concepto de estilo de vida. Según Díaz y Alfonso (2019), el estilo de vida engloba un conjunto de hábitos y conductas que caracterizan la forma en que las personas interactúan con su entorno. Incluye

aspectos como la alimentación, la higiene, el ocio, las relaciones sociales, la sexualidad y los mecanismos de afrontamiento. En esencia, el estilo de vida refleja la manera en que cada individuo se relaciona consigo mismo y con el mundo que lo rodea, y está íntimamente ligado a sus motivaciones y conductas.

A su vez, Pender (2008) define la conducta promotora de la salud como "todas las acciones diarias desarrolladas para promover, proteger y mantener la salud, maximizando la autonomía en el autocuidado, a través de una vida activa que trae satisfacción y plenitud resultando en una mejora de la salud, capacidad funcional y calidad de vida en todas las etapas del desarrollo".

De esta forma, los estilos de vida de la sociedad se configuran desde la infancia y de acuerdo con el contexto en el que se desarrollan, por lo que pueden sufrir cambios a lo largo de la vida a medida que se agregan nuevos conocimientos y experiencias a la vida cotidiana, siendo los comportamientos y las costumbres aspectos que vinculan el estilo de vida a las conductas que promueven la salud en el individuo (Contreras et al, 2020). Es decir, el estilo de vida se vuelve relevante para la promoción de la salud, ya que, al repetir constantemente un patrón de actividades, se convierte en un hábito y por ende en un estilo de vida que influye en el comportamiento promotor de la salud de las personas (Bernardino, 2018).

Por lo tanto, lograr un estilo de vida saludable mediante la adopción de conductas que promuevan la salud para mantener su bienestar debe ser un objetivo de vida para las personas (Pender, 2011). De ese modo, deben estar motivadas para querer proteger su salud y prevenir enfermedades, así como detectarlas de forma precoz o adherirse a tratamientos adecuados para asegurar su comodidad y calidad de vida (Canhestro, 2018).

### **6.3. Modelo de cuidado**

Antes de discutir el modelo de cuidado en sí, es importante mencionar qué es el cuidado y qué es un modelo. Así, el cuidado o el proceso de cuidado es una acción que está directamente relacionada con experiencias previas y con la cultura en la que se nace y se vive, esta acción se encuentra dentro de la comunicación de creencias, valores y conductas dejadas por los antepasados, sin embargo, una



práctica social de la reciprocidad que abarca no solo el cuidado de alguien de manera temporal o permanente, sino que también implica el seguimiento cuidadoso del ser humano en todo su contexto, es decir, es un proceso que va más allá de la enfermedad (Thomas, 2018) . En este sentido, el cuidado se basa en una serie de acciones que tienen un inicio establecido, no obstante, el final solo ocurre cuando el proceso de vida en sí ha concluido (Morse et al, 1990).

Para Tudela et al (2016), el cuidado se da en la conexión entre el cuidador y la persona a quien cuida, es un proceso que involucra a dos o más seres humanos, donde cada uno de ellos incluye elementos de este proceso y requiere un compromiso que va más allá del mero desempeño de tareas incautadas como parte de las costumbres culturales. Rocha et al, (2008) mencionan que el cuidado es un conjunto de cambios que tienen en cuenta la indicación de la naturaleza del cuidado y los medios para llevarlo a cabo. Es decir, el cuidado está determinado por la articulación del apoyo con la persona, la familia y los grupos comunitarios desde la perspectiva de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, interviniendo en la rehabilitación y el alivio del dolor, y por supuesto, es fundamental que exista interacción, participación, cariño y ética en el acto de cuidar (Caballero et al, 2005).

Así, el cuidado humano infiere principios, intereses y compromiso con el cuidado a través del conocimiento, las acciones y las consecuencias del cuidado, es decir, exactamente todo lo relacionado con el cuidado humano es relevante para la respuesta humana intersubjetiva a los escenarios relacionados con la salud. enfermedad, interacción persona-entorno, conocimiento del proceso de cuidado, autoconciencia y poder propio, y limitaciones en las transacciones (Watson, 1988). En el cuidado, es fundamental que se determinen relaciones de calidad, para que el individuo que está recibiendo el cuidado tenga confianza para expresarse abiertamente, sin temor a ser juzgado o rechazado; sin embargo, para mantener estas relaciones de calidad, es necesario que el cuidador sepa quién es la persona a la que se debe cuidar, sus fortalezas y debilidades, sus necesidades y cómo responder eficazmente a ellas (Caballero et al, 2005).

Así, en el cuidado, existe una diferenciación entre el cuidador y el ser cuidado, generando una jerarquía en la relación de cuidado en función de las necesidades que necesitan ser cubiertas (Giusto-Ampuero, 2021). Ante esto, Orme (2002) confirma que el cuidado es distinto de ofrecer gestos de amor o amistad, ya que estos gestos pueden estar presentes o no en el proceso de cuidado, también menciona que dentro del proceso de cuidado existe el concepto llamado servicio o atención profesional, que a su vez son tareas de asistencia que se ofrecen a terceros. Así, el cuidado como atención profesional está vinculado a algunas profesiones asistenciales, especialmente la enfermería, y requiere de estos profesionales una dedicación que va más allá de la simple ejecución de una cadena de cuidados aprehendida de manera cultural (Tudela et al, 2016).

Por tanto, para la prestación del cuidado es necesario determinar cuáles son y cómo son las actividades del proceso asistencial, asimismo, definir el vínculo entre el cuidado y la singularidad de la actuación profesional, así como reconocer, caracterizar y examinar un instrumento que posibilita el proceso de cuidado profesional (Tudela et al, 2016). Alfaro-LeFevre (1996) plantea que para lograr un proceso de atención continuo y de calidad, es fundamental implementar una serie de acciones interrelacionadas enfocadas en mejorar el bienestar de las personas a lo largo de toda su vida, incluyendo sus últimos momentos. Esta conexión en las actividades relacionadas con el proceso de cuidado es necesaria en vista de mantener el objetivo y consolidar el proceso, resaltando así la importancia de utilizar un instrumento metodológico para asegurar todo esto (Bulechek et al, 2008).

Consecuentemente, mediante el uso del proceso de cuidado de enfermería, los cuidadores pueden realizar acciones de cuidado, modificar el conocimiento común en conocimiento científico, y así posibilitar el fortalecimiento de la actividad de cuidado como actividad profesional (Kitson et al, 2014). No obstante, al realizar cuidados sin una metodología específica, se pueden perder datos, se adquiere información confusa, se pierde información y la secuencia de estos datos no se mantiene en el transcurso de la historia (Tudela et al, 2016). Además, no cualquier documento es apto para la recogida de datos, sin embargo, debe tener una

estructura que permita alcanzar el objetivo del cuidado, una secuenciación que facilite su uso y una maleabilidad que permita al cuidador adaptarlo a la diversidad en la que debe atender (Craven y Himle, 1996).

En este sentido, la enfermería es una disciplina basada en el arte de cuidar. La base fundamental es la atención biopsicosocial y espiritual de las personas, respondiendo a las necesidades básicas en los momentos más vulnerables (Kheokao, et al., 2019). Los cuidados de enfermería, al promover y mantener el bienestar físico, mental y social de las personas, desempeñan un papel fundamental en la recuperación de la salud individual y colectiva (Ramírez Chávez, 2022).

A su vez, la palabra modelo proviene del italiano modello, en cambio, deriva del latín vulgar modellus, una alteración del latín modulus, que es un diminutivo de modus, es decir, medida. (Chirinos & González, 2011). Para Carvajal y Herrera (2018) el modelo es el modo estándar, el paradigma, siendo responsable de la elaboración de otros similares, por otro lado, los modelos teóricos son estructuras conjeturales, teorizadas, medios de explicación que ayudan en el análisis o elucidación de una realidad concreta. Además, un modelo puede conceptualizarse como una reproducción estructural de ciertos puntos de la realidad; es decir, los modelos son relevantes en el desarrollo teórico, ya que ayudan a elegir conceptos importantes e indispensables para resaltar un fenómeno de interés y señalar las relaciones entre estos conceptos (Rocha et al, 2008).

Los modelos conceptuales permiten a los profesionales de la salud, especialmente a los profesionales de enfermería, explorar y comprender los fenómenos relacionados con la atención al paciente antes de enfrentarlos en la práctica clínica. Estos modelos facilitan la identificación y análisis de los componentes teóricos que sustentan la práctica de enfermería (Keck, 2000). En este sentido, un modelo de cuidado puede definirse como una construcción teórica que guía la práctica de enfermería, permitiendo brindar cuidados individualizados y adaptados a las necesidades específicas de cada paciente (Rocha et al, 2008). Además, los modelos de enfermería contribuyen al avance del conocimiento en el

campo de la salud, proporcionando un marco conceptual sólido para la investigación y la práctica clínica (Fawcett, 2005).

Los modelos de cuidado representan una herramienta fundamental para la generación y actualización del conocimiento en enfermería, lo que permite ofrecer cuidados más personalizados y efectivos a las personas, familias y comunidades en cualquier contexto. Estos modelos proporcionan un marco conceptual sólido que guía la práctica clínica, facilitando la toma de decisiones informadas y basadas en evidencia. Asimismo, los modelos de cuidado sistematizan el conocimiento existente, integrando elementos teóricos, filosóficos y metodológicos para justificar y optimizar los procesos de atención. A diferencia de las teorías, los modelos de cuidado suelen ser más concretos y aplicables a la práctica clínica diaria (Martínez & Gonzales, 2016; Paim et al, 1998; Bishop, 2000).

Goyanna (2017), señala que el modelo de cuidado debe implementarse de manera sistemática, teniendo en cuenta los valores, creencias y significados habituales de los involucrados en el proceso. Además, es un proceso dinámico, que tiene diferentes grados de organización, siendo así una estructura teórica que correlaciona concepciones, conjeturas y una metodología de cuidado, simbolizada por un diagrama (Favero et al, 2013). Además, para que un modelo de cuidado sea considerado bueno o malo, es necesario verificar si es útil dentro del entorno teórico donde se desarrolló; es decir, cuanto mayor sea su utilidad real (valor de uso), la probabilidad de predicción (valor predictivo) y similitud con el fenómeno presentado (valor nominal), mejor es su calidad (Carvajal & Herrera, 2018).

#### *6.3.1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender*

Nola J. Pender, enfermera y profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Michigan - U.E.U.U. desarrolló su Modelo de Promoción de la Salud (MPS) el cual fue publicado por primera vez en 1982, en el texto de Health Promotion in Nursing Practice, y con base en investigaciones posteriores, fue revisado y actualmente se encuentra en su octava edición publicada en 2018 (Pender et al, 2018). La teoría nació como una propuesta de incluir las ciencias del comportamiento con las teorías de enfermería, buscando señalar los factores que

influyen en el comportamiento saludable desde el contexto biopsicosocial. El modelo busca sustentar el concepto de promoción de la salud en acciones dirigidas a desarrollar recursos que preserven o potencien el bienestar del individuo (Pender, Murdaught & Parsons, 2011).

Como se mencionó, comprende un enfoque dirigido a la promoción de la salud, que destaca la responsabilidad central del individuo en la coherencia de su comportamiento. En este sentido, la promoción de la salud es percibida como una conducta motivada por el deseo de aumentar el bienestar y enriquecer las potencialidades para un estado de salud excelente (Gama, 2017).

Así, el modelo de Nola Pender puede ser utilizado en diferentes contextos y poblaciones, lo que lo convierte en un instrumento relevante a ser considerado en la elaboración de intervenciones enfocadas a la promoción de la salud individual y/o colectiva durante la aplicación de los cuidados de enfermería; en este caso, el papel del profesional de enfermería es poder auxiliar al individuo en el cuidado personal, induciendo la adopción de estilos de vida saludables (Tomey & Alligood, 2004; Gama, 2017). Además, el modelo de promoción de la salud de Pender está claramente organizado favoreciendo la planificación, intervención y evaluación de acciones de promoción de la salud (Victor et al, 2014).

El modelo de Pender presenta de manera integral los aspectos esenciales que influyen en la transformación del comportamiento humano, su conducta y las razones de las actitudes que se inclinarán hacia la promoción de la salud. Se inspira en dos soportes teóricos: la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de Feather para valorar las expectativas de motivación humana. (Hoyos et al., 2011).

Este enfoque inicial enfatiza el papel fundamental de los procesos mentales en la determinación de la conducta. Combinando elementos del aprendizaje cognitivo y conductual, propone que las personas aprenden y modelan su comportamiento a partir de cuatro factores clave: atención, retención, reproducción y motivación. Es decir, para que se produzca un aprendizaje observacional, es

necesario prestar atención, recordar lo observado, ser capaz de reproducirlo y tener una razón para hacerlo. (Bandura, 1977; Worchel et al, 2002).

Este segundo enfoque plantea que la conducta humana es guiada por la razón y que la intencionalidad es el principal motor de cambio. Al fijar metas claras y definidas, se aumenta la probabilidad de éxito. La intencionalidad, como un compromiso personal con la acción, actúa como un poderoso motivador, especialmente en el contexto de conductas voluntarias orientadas a objetivos (Feather, 1982).

El modelo de Pender abarca tres dimensiones principales: 1) características y experiencias individuales, que incluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales; 2) percepciones y conocimientos sobre el comportamiento, considerando beneficios, barreras, autoeficacia, influencias sociales y situacionales; y 3) resultados conductuales, donde la competencia y el compromiso con un plan de acción conducen a un estilo de vida saludable, mejorando la salud y la calidad de vida (Hoyos et al, 2011).

El Modelo de Promoción de la Salud de Pender (MPS) busca comprender la compleja interacción entre las personas y su entorno en la búsqueda de la salud (Tomey & Alligood, 2004). Basado en siete conjeturas, el MPS destaca el papel activo de las personas en la gestión de su salud, enfatizando la autorreflexión, el crecimiento personal y la interacción dinámica con el entorno. Estas conjeturas son: 1) las personas buscan oportunidades para alcanzar su máximo potencial de salud; 2) poseen la capacidad de autoevaluarse; 3) valoran el crecimiento y el equilibrio; 4) buscan un papel activo en su salud; 5) interactúan de manera dinámica con el entorno; 6) los profesionales de la salud influyen en este proceso; y 7) la interacción persona-entorno es fundamental para el cambio de conducta. (Pender, 2011)

Aunque el modelo de Pender es similar al modelo de creencias sobre la salud, se vuelve diferente porque no aumenta la amenaza o el miedo como motivo de conducta sanitaria (Sakraida, 2007). El MPS fue diseñado como un modelo optimista donde defiende que cualquier persona puede lograr la salud; sin embargo,

la forma en que cada individuo establece qué es la salud para sí es más importante que la concepción genérica de la salud (Gioconda & Liseth, 2007). Es decir, en MPS, el ser humano es el concepto principal, que se manifiesta únicamente de acuerdo con sus particulares ideas cognitivas y prescriptivas y de acuerdo con los estímulos de cambio a los que está sujeto (Pender et al., 2011). La persona tiene un papel determinante en su salud, ya que, según Pender (2008), en la sociedad, el autocuidado retrata el modelo predominante en el cuidado de la salud.

Así, según la literatura, Pender et al., (2011) considera que los profesionales de la salud deben tomar en cuenta el entrelazamiento de la promoción de la salud que engloba seis dimensiones: "individual, familiar, comunitaria, socioeconómica, cultural y ambiental". Su aporte es fundamental para preparar al individuo, con el fin de orientarlo hacia el autocuidado, es decir, empoderando para que tenga autonomía en la adopción de un estilo de vida saludable para mantener el control de la enfermedad, evitar que surjan complicaciones y asegurar una buena calidad de vida (Saldanha et al, 2017). El MPS se basa plenamente en la promoción de la salud que, como se definió anteriormente, es un "proceso de formación comunitaria para actuar en la mejora de la calidad de vida y la salud" y que puede ser apto para ser utilizado en cualquier etapa del ciclo de vida, así como en diferentes contextos (Amable et al, 2015).

El modelo pretende establecer una conexión entre aspectos personales y contextuales que impactan en las prácticas de salud (Peraza et al., 2019). Su enfoque en el autocuidado lo convierte en una herramienta valiosa para la práctica clínica, al permitir identificar y abordar los factores que motivan o desmotivan a las personas a adoptar conductas saludables, facilitando así la planificación, implementación y evaluación de intervenciones (Cardoso et al, 2022).

## **7. Diseño metodológico**

### **7.1. Diseño del estudio, población, muestreo y muestra**

La investigación tuvo un enfoque mixto, que según Barrantes (2014), puede entenderse como un método que recoge, analiza y traduce datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio. Asimismo, fue cuasiexperimental, que según Grove & Gray (2019), consiste en un tipo de estudio cuyas características se definen por el hecho de que el sujeto del estudio no es seleccionado aleatoriamente, sino que se establece con anticipación. Se caracteriza también por ser una investigación descriptiva, donde la conducta de los participantes y las diferentes variables son observadas y registradas posteriormente a través de datos cuantitativos o cualitativos. Además, en este tipo de estudio, los investigadores no tienen control sobre las variables o elementos que influyen en el entorno del objeto de estudio.

Se realizó en tres etapas, en la primera se aplicó un pretest con instrumentos cuantitativos para conocer el estado de salud actual de los participantes, respecto a los síntomas de la EC y cómo estaban actuando con relación a la promoción de su salud. Además, durante esta etapa también se aplicó una entrevista semiestructurada utilizando el criterio de saturación de datos.

La segunda etapa consistió en la implementación de un programa de promoción de la salud dirigido a adolescentes y jóvenes adultos con EC. Este programa, centrado en el desarrollo de habilidades para el manejo del estrés, la adopción de hábitos alimentarios saludables, el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y la promoción de la autorresponsabilidad buscó mejorar su calidad de vida y bienestar

Para evaluar la efectividad del modelo de cuidado, se aplicó un postest en la tercera etapa. Este instrumento permitió medir el grado en que los adolescentes y jóvenes adultos con EC habían incorporado las conductas promotoras de salud abordadas en la intervención. Se utilizaron los mismos instrumentos cuantitativos que en la primera etapa y se realizó una comparación pretest-postest para determinar el efecto de la intervención. Para todas las etapas se seleccionó un diseño transversal, que es un tipo de investigación que evalúa la prevalencia de



variables en una población en un momento determinado. donde permitió dar respuestas a todos los objetivos. De ese modo, en la primera etapa se valoró el estado de salud actual y el comportamiento promotor de salud de los participantes a través de la correlación y comparación de los resultados de los dos instrumentos aplicados como también a través de las respuestas a la entrevista semiestructurada dando respuesta a los objetivos específicos 1 y 2. En la segunda etapa, con base a las necesidades identificadas, se diseñó y se aplicó el modelo de cuidado de conducta promotora de salud, dando respuesta a los objetivos específicos 3 y 4. En la última etapa se identificaron los efectos de la aplicación del modelo de cuidado de conducta promotora de salud, al comparar los resultados del postest y del pretest, se dio respuesta al objetivo específico 5 y al objetivo general.

La población estuvo compuesta por 217 participantes. Se seleccionó una muestra no probabilística. La técnica de muestreo no probabilística utilizada para este estudio fue intencional, esta técnica permitió seleccionar de manera deliberada aquellos participantes que presentaban las características de interés para el estudio (Otzen & Manterola, 2017). Para determinar el tamaño de muestra necesario en el análisis cuantitativo, se empleó el software G\*Power 3.1. Se estimó una proporción (p) con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, asumiendo un escenario conservador ( $p=0.5$ ). Con estos parámetros y una potencia estadística del 80%, se obtuvo un tamaño de muestra calculado de 139 participantes. Sin embargo, la muestra final fue ligeramente superior a la calculada ( $n=152$ ), permitió obtener resultados más robustos y generalizables.

$$n = \frac{217 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(217 - 1) \cdot 0,05^2 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 139$$

Para la parte cualitativa, se envió una invitación a las personas que respondieron al cuestionario cuantitativo para participar en una entrevista semiestructurada por Google Meet, el número de participantes se dio hasta la saturación de los datos.

Cabe mencionar que los participantes menores de edad necesitaron la autorización de sus padres o tutores para participar en ese estudio.

## **7.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Adolescentes y adultos jóvenes participantes del grupo de Facebook Celíacos de México A.C. con enfermedad celíaca diagnosticada.
- Rango de edad: 15 a 35 años.
- Ambos sexos.
- Consentimiento y asentimiento informado debidamente firmado por el participante y su responsable legal (cuando el participante es menor de edad).

Los criterios de exclusión para el estudio los siguientes.

- Diagnosticado con enfermedad celíaca durante un período de tiempo diferente al desarrollo del estudio.
- Padecer alguna enfermedad crónica, distinta de la celiaquía.

Los criterios de eliminación para el estudio fueron los siguientes:

- Participantes que abandonen la intervención.
- Participantes que no llenen por lo menos el 80% del cuestionario.

## **7.3. Instrumentos**

Se aplicó la cédula de datos personales en la cual se incluyeron preguntas como el sexo, la edad y la ocupación del participante.

Para las etapas de pretest y postest se aplicó el instrumento Índice de Síntomas Celíacos (ISC), es un cuestionario específico de la enfermedad usado en México por Ramírez-Cervantes et al (2015). Permite monitorear los síntomas específicos de la enfermedad y así conocer el estado de salud actual de la persona con EC. Está compuesto por dieciséis ítems, de los cuales 11 evalúan “síntomas específicos” y 5 evalúan “salud general”. Cada pregunta se responde en una escala de Likert del 1 al 5. Donde, para las preguntas de 1 a 11 el 1 = “en ningún

momento”; 2 = “un poco”; 3 = “Algo”; 4 = “la mayor parte del tiempo” y 5 = “Todo el tiempo”. Para las preguntas 12 y 13 el 1 = “excelente”; 2 = “buena”; 3 = “razonable”; 4 = “mala” y 5 = “terrible”. Para la pregunta 14 el 1 = “ningún”; 2 = “un poco”; 3 = “algo”; 4 = “mucho” y 5 = “muchísimo”. Por último, para las preguntas 15 y 16 el 1 = “totalmente en acuerdo”; 2 = “parcialmente de acuerdo”; 3 = “ni de acuerdo ni en desacuerdo”; 4 = “parcialmente en desacuerdo” y 5 = “totalmente en desacuerdo”.

Las puntuaciones generales de los síntomas se calculan mediante una suma simple, donde las puntuaciones más altas indican síntomas más graves. Con puntajes  $\leq 30$  y  $\geq 45$  sugestivos de remisión clínica y enfermedad activa en curso respectivamente. Para el propósito de este estudio; se utilizó un punto de corte único de  $\geq 35$  (sugestivo de enfermedad en curso) para dicotomizar a los pacientes (Leffler et al, 2009).

También se aplicó el instrumento Health Promoting Life Profile II (HPLP- II), traducido y adaptado al español por Walker et al (1996), mide la frecuencia actual de conducta promotora de salud y está compuesto por 52 ítems y 6 subescalas, y utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (de 1 = nunca, 2 = algunas veces, 3= frecuentemente y 4 = rutinariamente).

Las subescalas del instrumento son: Responsabilidad en Salud con 9 reactivos con valor mínimo de respuesta de 9 y máximo de 36; Actividad Física con 8 reactivos con valor mínimo de 8 y máximo de 32; Nutrición con 9 reactivos con valor mínimo de 9 y máximo de 36; Desarrollo Espiritual con 9 reactivos con valor mínimo de 9 y máximo de 36; Relaciones Interpersonales con 9 reactivos con valor mínimo de 9 y máximo de 36; Manejo del Estrés con 8 reactivos con valor mínimo de 8 y máximo de 32. La puntuación para la escala total va de 52 a 208: mientras más alto el puntaje total, mejor es el estilo de vida de la persona. El Coeficiente de Alpha de Cronbach para este instrumento fue de .79 a .87 para las subescalas y .94 para la escala total (Serrano-Fernández et al, 2016).

El instrumento evalúa seis dimensiones clave del estilo de vida saludable. La responsabilidad en salud implica un compromiso activo con el propio bienestar,

incluyendo la búsqueda de información y cuidado médico. La actividad física abarca una amplia gama de movimientos corporales, desde actividades diarias hasta ejercicio estructurado. La nutrición se centra en la selección y consumo de alimentos saludables, siguiendo pautas nutricionales recomendadas (Diez & López, 2017). El desarrollo espiritual busca el crecimiento personal y la conexión con algo más grande que uno mismo, fomentando la búsqueda de significado y propósito. Las relaciones interpersonales se refieren a la capacidad de establecer vínculos profundos y significativos con los demás a través de una comunicación abierta y honesta (Jaimes & Díaz, 2014). Por último, el manejo del estrés implica el desarrollo de habilidades para identificar y reducir el estrés, promoviendo así el bienestar emocional y físico (Walker, 1996).

Asimismo, se aplicó una entrevista semiestructurada basada en el modelo de Nola Pender, explorando categorías como conducta promotora de salud, alimentación y percepción de riesgos. A partir de las necesidades identificadas en esta evaluación, se diseñó un modelo de cuidado personalizado para adolescentes y adultos jóvenes con EC que toma como referencia los principios del modelo de Pender.

#### 7.4. Operacionalización de variables

Variable	Conducta Promotora de Salud	Enfermedad Celíaca	Adolescente y Adulto Joven
<b>Clasificación</b>	Dependiente Politémica Ordinal	Independiente Politémica Ordinal	Sujetos del estudio
<b>Definición teórica</b>	Acciones diarias desarrolladas para promover, proteger y mantener la salud	Daña el intestino de personas genéticamente predispuestas, impidiendo la absorción de nutrientes	Período de cambios significativos entre la niñez y la madurez.
<b>Definición operacional</b>	Conductas que promueven la salud en adolescentes y adultos jóvenes con celiaquía	Deterioro de las vellosidades intestinales y síntomas celíacos	De 15 a 19 años; De 20 a 35 años
<b>Dimensiones</b>	Responsabilidad en Salud; Actividad Física; Nutrición; Desarrollo Espiritual; Relación Interpersonal; Manejo del Estrés	Síntomas; Signos; Estado de salud emocional; Estado de salud general	Genero; Ocupación
<b>Indicadores</b>	Autocuidado; Movimiento corporal; Dieta equilibrada; Autodesarrollo y plenitud; Cercanía con amigos y familia; Bienestar mental	Dolor; Malestar; Náuseas; Diarrea; Bajo nivel de energía; Falta de apetito; Estrés; Molestia	Masculino; Femenino; Transgénero; Estudiante; Trabajador
<b>Instrumento</b>	Health Promoting Life Profile II versión en español	Índice de Síntomas Celíacos	Cédula de datos personales

## 7.5. Procedimiento

Utilizando la plataforma de Facebook, se contactó a los miembros del grupo “Celíacos de México A.C.” para invitarlos a participar en el estudio. Se proporcionó una breve descripción del estudio (objetivos) y un enlace para acceder al cuestionario.

Al iniciar el cuestionario en Google Forms, los participantes se encontraron primero con una sección de consentimiento informado. En esta sección, se detalló el objetivo de la investigación y se les aseguró la confidencialidad de sus datos.

Se informó a los participantes que su decisión de participar era completamente voluntaria y que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones. Para confirmar su consentimiento, se les presentó una opción para aceptar o rechazar su participación.

Después de aceptar participar, los participantes completaron dos cuestionarios: el Índice de Enfermedad Celíaca y el Health Promoting Life Profile II. Cada cuestionario venía acompañado de instrucciones claras y la duración total de la evaluación fue de aproximadamente 20 minutos.

Los datos se guardaban automáticamente a medida que los participantes completaban cada instrumento. Una vez finalizado un cuestionario, se habilitaba el siguiente. Se solicitó a los participantes que fueran sinceros en sus respuestas. Dado que los instrumentos no permitían guardar el progreso a mitad del proceso, se excluyeron los registros incompletos. Al finalizar, se mostró un mensaje de agradecimiento y se les invitó a participar en una intervención

Como medida de seguridad, los datos se descargaron de Google Forms y se almacenaron en un dispositivo físico encriptado. Los datos originales en la nube fueron eliminados.

Para la recolección de datos cualitativos, se invitó a participar a todos los participantes que contestaron por completo el cuestionario cuantitativo. Así, a los que aceptaron participar en esta parte del proceso, se les envió un enlace de Google Meet, de acuerdo con la disponibilidad del participante en cuestión de día y hora, de forma individual. En la entrevista, el investigador realizó una conversación guiada

por la entrevista semiestructurada. Cabe señalar que antes de iniciar la entrevista se pidió la autorización del participante para grabar la conversación con el fin de registrar los datos recopilados para su posterior transcripción.

Para la segunda etapa se seleccionó a los participantes que contestaron positivamente a la invitación para participar en la intervención. Los participantes, de varios estados de la República, y que formaban parte del grupo denominado “Celíacos de México A.C.” que está en la red social Facebook. fueron informados vía correo electrónico cómo funcionaría la dinámica del programa, así como qué actividades fueron planteadas de acuerdo con los temas responsabilidad con la salud, actividad física, nutrición, desarrollo espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés e incluso, se informó a los asistentes que el programa tendría una duración de 7 sesiones (1 sesión cada 8 días) con una duración promedio de 15 a 25 minutos cada una.

Las actividades se realizaron de manera virtual, ante la imposibilidad de reunir a todos los participantes en un lugar físico, a través de una página web (<https://programaeducativoceliacos.com>), creada especialmente para esta intervención. Cabe señalar que luego de aplicar la intervención, la página web fue desactivada y se guardaron los datos de los participantes. Dentro de la página web, el participante debió registrarse con un nombre de usuario, dirección de correo electrónico y contraseña para poder acceder a los contenidos puestos a disposición según cada una de las sesiones. Otro punto importante que mencionar es que los participantes podrían realizar las actividades planificadas de forma individual en el horario que fuera de su preferencia, pero deberían acreditar su participación enviando una foto suya por correo electrónico, al responsable del programa, frente a la pantalla de la computadora, televisión o celular que mostraba la actividad del día en la pantalla. Asimismo, en caso de dudas, los asistentes podían enviar sus consultas al correo electrónico del responsable de la intervención, quien respondería a la mayor brevedad posible para evitar cualquier incumplimiento de las actividades previstas.

Para la tercera etapa, posterior a la intervención, se realizó el posttest, en el que se volvió a aplicar el Índice de Síntomas Celíacos y el Health Promoting Life Profile II versión en español, también en formato online a través de la plataforma Google Forms. La aplicación del instrumento se realizó tres meses después de la última sesión de la intervención de forma no presencial.

### **7.6. Análisis de datos**

Los datos se analizaron utilizando el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0. En primer lugar, se evaluó la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Posteriormente se realizó una prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de variables y seleccionar el estadístico inferencial adecuado, que en este caso fue no paramétrico.

En la primera etapa, se realizó un análisis descriptivo de los datos, calculando frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y dispersión. Posteriormente, se emplearon pruebas no paramétricas, como la U de Mann-Whitney para comparar grupos (sexo, edad y ocupación) en relación con el índice de síntomas celíacos y el estilo de vida saludable. Además, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la asociación entre estas variables. Finalmente, en la tercera etapa, se utilizó la prueba de Wilcoxon para evaluar la consistencia de las medidas a través del tiempo. En todos los casos, se consideró un nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

La información obtenida a través de la entrevista semiestructurada fue procesada a través del análisis del discurso y los resultados fueron expuestos en prosa organizados en torno a las categorías y fueron analizados de acuerdo con la percepción que tienen los participantes sobre su estilo de vida.

### **7.7. Aspectos éticos**

El estudio cumplió con los lineamientos éticos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud (SSA, 2014). En sustentación a lo establecido en el Título II, Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad y los derechos de los participantes, asegurando su bienestar durante todo el proceso de



investigación. Se mantuvo la confidencialidad de la información y se ofreció un ambiente seguro y respetuoso.

Esta investigación fue sometida a la revisión y aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de la UAEMéx, cumpliendo así con los requisitos establecidos en los artículos 14, secciones I al VIII, y los principios científicos pertinentes. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, quienes fueron informados de su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Además, se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes, de acuerdo con el artículo 16. Al tratarse de una investigación con riesgo mínimo, se cumplieron los requisitos establecidos en el artículo 17 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

Se cumplió con lo establecido en los artículos 20, 21, Sección I, VI, VII, VII, 22, 36 y 37 de la Ley General de Salud, obteniendo el consentimiento informado de todos los participantes, incluidos los menores de edad. Se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. Se informó a todos sobre su derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. Los datos se almacenaron de manera segura durante 18 meses y luego se eliminaron.

Además, la investigación se apegó a la Declaración de Helsinki y tuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México con número de registro 005/2022.

## 8. Resultados

El objetivo del trabajo fue evaluar el efecto de un modelo de cuidado de promoción de la salud en adolescentes y adultos jóvenes con EC, para ello se diseñó una metodología mixta en un universo integrado por 217 personas, la muestra en la fase pretest fue de 152 personas y en la fase postest fue de 136 personas. En ambas fases de recolección de datos se aplicó la cédula de datos personales, el instrumento Índice de Síntomas Celíacos y el Perfil de Vida Promotor de Salud II.

Todos los participantes pertenecían a una asociación sin fines de lucro para personas con Enfermedad Celíaca en México, tenían edades que oscilaban entre los 18 y los 35 años, con una mediana de 26,5 años y un rango intercuartil de 22 a 31 años. En cuanto a la formación académica, el 88.2% había completado los estudios superiores. En cuanto a la ocupación, el 4.7% de la muestra trabajaba y el 22% no trabajaba ni estudiaba. El 52.9% de los participantes tenía acceso a la seguridad social.

### 8.1. Artículos enviados, aceptados y publicados

8.1.1. *Efecto de la dieta libre de gluten en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca: una revisión sistemática*

8.1.2. *Página frontal del manuscrito*

EVIDENTIA	REVISTA DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA	CANTARIDA
CIBERINDEX	Indexación: CUIDEN, HEMEROTECA CANTARIDA, CUIDEN CITACION	REVISIÓN
Evidentia, 2023; v20: e14488 http://ciberindex.com/pl/ev/e14488 ISSN 1697-638X © Fundación Index, 2023		Recibido: 04.04.2023 Aceptado: 07.09.2023

### Efecto de la dieta libre de gluten en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad celíaca: una revisión sistemática

Itallo *Carvalho Gomes*,<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-3683-9193>)

Patricia *Cruz Bello*,<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-1531-0373>)

Maria de Lourdes *García Hernández*,<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-8422-0665>)

Olga *Osório Murillo*<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-5961-0880>)

<sup>1</sup>Universidad Autónoma del Estado de México (Toluca de Lerdo, México). <sup>2</sup>Pontificia Universidad Javeriana Cali (Cali, Colombia)

El inicio de la investigación fue con una revisión sistemática para poder identificar la ausencia de conocimiento con el tema y comprender el efecto de una dieta sin gluten en personas con EC. Los resultados de todos los estudios analizados mostraron una disminución consistente en la intensidad de los síntomas y en los niveles de anticuerpos específicos en aquellos pacientes con enfermedad celíaca que adhirieron a una dieta estrictamente sin gluten. Los resultados de la investigación están disponibles en: <https://bit.ly/4dP3AqO>

### 8.1.3. *Lifestyle and celiac symptoms in Mexican adolescents and young adults*

#### 8.1.4. *Página frontal del manuscrito*

REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA

homepage: <https://rr.esenfc.pt/rr/>  
ISSNe: 2182.2883

**Referência**  
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

RESEARCH ARTICLE (ORIGINAL) 8

## **Lifestyle and celiac symptoms in Mexican adolescents and young adults**

*Estilo de vida e sintomas celíacos em adolescentes e jovens adultos mexicanos*  
*Estilo de vida y síntomas celíacos en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos*

Itallo Carvalho Gomes <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3683-9193>

Patrícia Cruz Bello <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1531-0373>

Maria de Lourdes García Hernández <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8422-0665>

Olga Osório Murillo <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5961-0880>

Para responder al objetivo específico uno, a través de un estudio cuantitativo, se estableció una relación directa entre un estilo de vida poco saludable y una mayor prevalencia de síntomas en individuos con enfermedad celíaca. Si bien las mujeres y los adultos jóvenes mostraron, en promedio, hábitos de vida menos saludables, la presencia de síntomas de la enfermedad no varió significativamente entre sexos y grupos de edad. los resultados de este estudio están disponibles en: <https://doi.org/10.12707/RVI23.6.29170>

### 8.1.5. *Percepción de adultos jóvenes mexicanos con enfermedad celíaca sobre su estilo de vida*

### 8.1.6. Página frontal del manuscrito

ARTÍCULOS ESPECIALES

ORIGINALES



## Percepción de adultos jóvenes mexicanos con enfermedad celíaca sobre su estilo de vida

Itallo *Carvalho Gomes*<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-3683-9193>)

Patricia *Cruz Bello*<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-1531-0373>)

María de Lourdes *García Hernández*<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-8422-0665>)

Olga *Osório Murillo*<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-5961-0880>)

Para responder el segundo objetivo específico y explorar en profundidad la experiencia de vivir con enfermedad celíaca, se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas. Tras caracterizar sociodemográficamente a los participantes, se indagó sobre su percepción de los factores que influyen en su estilo de vida. Los resultados mostraron un consenso generalizado respecto a las principales barreras: una atención médica insuficiente, la falta de apoyo social, las dificultades para adherirse a una dieta restringida y la presencia de altos niveles de estrés y ansiedad. Para una descripción más detallada de los hallazgos, se remite al lector al artículo "Percepción de los adultos jóvenes mexicanos con enfermedad celíaca sobre su estilo de vida", publicado en la revista Index de Enfermería.

### 8.1.7. Propuesta de un modelo de cuidado para promover la salud de las personas con enfermedad celíaca

Para responder a los objetivos específicos tres y cuatro: Diseñar una propuesta de modelo de cuidado de promoción de salud para adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca y Aplicar un modelo de cuidado de promoción de salud en

adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca, se diseñó y aplicó un modelo de cuidado.

El modelo de cuidado de enfermería está dirigido a personas con enfermedad celíaca que tienen dificultades para cambiar su estilo de vida. Está diseñado con un enfoque sistemático y teórico, con la intención de orientar el cuidado de enfermería a través de un abordaje eficaz a la persona con EC, además de ser una herramienta que tiende a estandarizar la asistencia brindada por los profesionales de enfermería en este tema. Este modelo está compuesto por un marco conceptual y una estructura para que los profesionales de enfermería lo implementen en el primer nivel de atención de manera planificada y basada en evidencia.

El objetivo general del modelo es: Mejorar significativamente la calidad de vida de las personas con enfermedad celíaca a través de la implementación de un modelo de cuidado promotor de salud integral y personalizado que reduzca la severidad y frecuencia de sus síntomas.

Los objetivos específicos del modelo son: Los participantes tendrán más conocimientos sobre la enfermedad celíaca; Aprenderán a asumir la responsabilidad de su salud; Conocerán la importancia de practicar actividad física; Sabrán seleccionar alimentos sin gluten y cómo prepararlos; Comprenderán cómo el desarrollo espiritual afecta positivamente la vida; Reconocerán el valor de mantener las relaciones interpersonales; Serán capaces de manejar el estrés.

#### *8.1.8. Efectos de una intervención de promoción de salud en población mexicana con enfermedad celíaca*

### 8.1.9. Carta de envío a la revista



Para responder al objetivo específico cinco: Comparar los resultados de las pruebas pretest y posttest del estado de salud actual y las conductas promotoras de salud de los adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca y al objetivo general: Evaluar el efecto de un modelo de cuidado de promoción de salud en adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca, se realizó un posttest posterior a la implementación de la intervención.

De esta manera se pudo comprobar la hipótesis: Existe adopción de conductas promotoras de la salud entre adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca que son cuidados con un modelo de conducta promotora de la salud. El estudio demostró que existían diferencias significativas entre el estilo de vida y los síntomas de la enfermedad celíaca, es decir, hubo un cambio en el estilo de vida y en consecuencia una disminución de los síntomas de la enfermedad celíaca.

Los demás resultados de esta investigación se describen en el artículo: Efectos de una intervención de promoción de salud en población mexicana con enfermedad celíaca. El artículo fue publicado en formato Preprint en la base de datos SciELO con número DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.8851> y también enviado a la Revista da Escola de Enfermagem da USP, ISSN: 1980-220X, el cual se encuentra en proceso de revisión.

## 9. Discusión general

La enfermedad celíaca es una afección crónica de origen genético que, hasta la fecha, no cuenta con una cura ni con tratamientos farmacológicos específicos, la única indicación es realizar un cambio en el estilo de vida y sobre todo en la dieta, la cual debe ser libre de gluten para evitar inflamaciones en el organismo. Sin embargo, se sabe que este cambio radical puede generar algunos conflictos en los pacientes diagnosticados con esta condición, especialmente aquellos que necesitan comer fuera de casa o aquellos que están en fase de socialización y sienten vergüenza de rechazar invitaciones de amigos a comer, incluso, está el problema del escaso apoyo familiar y la ineficaz atención médica, lo que lleva a estas personas al estrés y en consecuencia a no adoptar un estilo de vida saludable y al surgimiento de síntomas celíacos.

En esta investigación se pudo notar que los participantes, además de no llevar un estilo de vida saludable, presentaban síntomas de la EC y con las pruebas estadísticas se comprobó que existía correlación entre estas variables, lo que justificó el diseño y aplicación de una intervención para promover la salud de esta población. Durante la fase de diagnóstico se percibió que los participantes no conocían muy bien su condición, por lo que la intervención buscó promover el bienestar de los participantes enfocándose en la educación sobre la EC brindándoles información integral sobre la enfermedad, incluyendo sus síntomas, diagnóstico, tratamiento e impacto en la vida cotidiana. Asimismo, se trató de motivar y empoderar a los participantes animándolos a tomar control de su salud y aprender a identificar las señales que indican la necesidad de ayuda profesional.

La intervención también se centró en la selección y preparación de alimentos seguros en donde se enseñaron técnicas para evitar la contaminación cruzada en la cocina, garantizando la seguridad alimentaria de los participantes. Además, se abordó estrategias para evitar el sentimiento de exclusión social, promover la participación de las personas en actividades sociales y comunitarias. El manejo del estrés fue otro de los temas incluidos en la intervención, se enseñaron técnicas de

relajación y mentalización, los participantes aprendieron a lidiar con el estrés y la ansiedad, promoviendo el bienestar emocional. Tras implementar la intervención centrada en un estilo de vida saludable, se produjo una mejora significativa en el comportamiento de los participantes y una reducción de los síntomas de la enfermedad celíaca y así se pudo confirmar la hipótesis de la investigación.

Los hallazgos de esta investigación abren un prometedor camino para futuras investigaciones, generando interrogantes clave como: ¿Cómo garantizar la sostenibilidad a largo plazo del modelo propuesto y maximizar su impacto en la calidad de vida de los pacientes?



## 10. Conclusiones generales

Si bien la dieta libre de gluten es el pilar del tratamiento para la Enfermedad Celíaca, es evidente que un enfoque exclusivamente nutricional no siempre es suficiente para garantizar una mejora completa en la calidad de vida de los pacientes. A pesar de la correlación entre un estilo de vida saludable y una mejor evolución de la enfermedad, persisten barreras que dificultan la adopción de hábitos saludables en este grupo poblacional.

Es fundamental reconocer que la EC es una enfermedad compleja que puede presentar comorbilidades y que requiere un abordaje multidisciplinario. Para aquellos pacientes que no experimentan una mejora significativa con la dieta sin gluten, se sugiere una evaluación exhaustiva que incluya la exploración de factores psicosociales, la búsqueda de otras posibles causas de los síntomas persistentes (como sensibilidades alimentarias no celíacas o trastornos del estado de ánimo) y la consideración de tratamientos complementarios, siempre bajo la supervisión de un profesional de la salud.

El profesional de enfermería por sus características singulares es un educador en salud por excelencia. Su desempeño contribuye significativamente para la promoción de la salud individual y colectiva, impactando positivamente en la calidad de vida de las personas. Además, los enfermeros tienen la capacidad de planificar, implementar y evaluar acciones de educación en salud a partir de la ejecución de un diagnóstico situacional y de las personas involucradas en ese proceso.

Los resultados de esta investigación poseen significativas implicaciones tanto para la práctica clínica como para la salud pública. Al evidenciar la eficacia de un modelo de cuidado integral, este estudio provee una guía práctica para los profesionales de la salud que atienden a personas con enfermedad celíaca. Asimismo, los resultados obtenidos pueden coadyuvar en la formulación de políticas públicas que aseguren el acceso a una atención de calidad para esta población. A

largo plazo, este trabajo puede contribuir a disminuir la carga de la enfermedad celíaca y a mejorar la salud y el bienestar de los individuos afectados.

## 11. Referencias

- Alfaro-LeFevre, R. (1996): Instructor's manual for critical thinking in nursing: A practical approach. Filadelfia, ee. uu.: WB Saunders
- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica* ;42:e104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Álvarez Doforno, R., Alba Domínguez, M., & Polanco Allué, Y. (2013). Utilidad de los marcadores serológicos: Anticuerpos antiedomismo. [https://www.academia.edu/41615707/EnfErmEdad\\_cEI%C3%ADaca\\_prEsEntE\\_y\\_futuro\\_EnfErmEdad\\_cEI%C3%ADaca\\_presente\\_y\\_futuro](https://www.academia.edu/41615707/EnfErmEdad_cEI%C3%ADaca_prEsEntE_y_futuro_EnfErmEdad_cEI%C3%ADaca_presente_y_futuro)
- Amable, O. G., Ysquierdo, J. V., Amable, G. G., & Ambrós, Z. M. A. (2015). Rol de la universidad en la promoción y autocuidado de Salud. *Rev. Ciencias Médicas*. 19(5): 926-937
- Angulo-Pichardo, N. N., Céspedes-Morales, M. F., Franceschi-Calderón, C. C., Muñoz-Hernández, G., & Vega-Monge, J. E. (2024). Enfermedad Celíaca. *Acta Académica*, 74(Mayo), 109–128. <http://revista.uaca.ac.cr/index.php/actas/article/view/1375>
- Balakireva, A., & Zamyatnin, A. (2016). Properties of Gluten Intolerance: Gluten Structure, Evolution, Pathogenicity and Detoxification Capabilities. *Nutrients*, 8(10), 644. <https://doi.org/10.3390/nu8100644>
- Bai, J. C., et al. (2016). Celiac Disease. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines*.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology review*. 84(2): 191-215.
- Barrantes, R. (2014). Investigación, Un camino al conocimiento, Un Enfoque Cualitativo, Cuantitativo y Mixto. San José, Costa Rica, Editorial EUNED.
- Bernardino, S. F. (2018). Determinantes da Adesão a Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis na Gravidez. Instituto Politécnico de Viseu.

- Bessa, C. C., Silva, L. A. da, Sousa, T. M. de, Silva, V. M. da, Galvão, M. T. G., & Guedes, N. G. (2019). Health control for celiac patients: an analysis according to the pender health promotion model. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0420>
- Binaghi, M. J., Dyner, L. M., & Lopez, L. B. (2019). Bioaccesibilidad de minerales en alimentos elaborados con premezclas comerciales libres de gluten. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(2), 65–75. <https://doi.org/10.14306/renhyd.23.2.606>
- Bishop, S. M. (2000). Processo de Desenvolvimento de Teorias. En: Tomey AM, Alligood MR, editors. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid: Harcourt, Pp.25-34.
- Brancaglioni, B. C. A., Rodrigues, G. C., Damião, E. B. C., Queiroz, M. S., & Nery, M. Crianças e adolescentes que convivem com diabetes e doença celíaca. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 [consultado 20.05.2021]; 37(1): e53787. <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-1983-144720160153787.pdf>
- Bonamico, M. et al. (2008). Radioimmunological detection of anti-transglutaminase autoantibodies in human saliva: a useful test to monitor celiac disease follow-up. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 28(3), 364-370. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03720.x>
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1149, Brasília, p. 1-8, <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/13/Portaria-SAS-MS---1149-de-11-de-novembro-de-2015.pdf>.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. y Dochterman, J. M. (2008): *Nursing interventions classification (nic)*. 5.ª Edición, San Luis, ee. uu.: Mosby
- Bürgin-Wolff, A.; Mauro, B.; Faruk, H. (2013). Intestinal biopsy is not always required to diagnose celiac disease: a retrospective analysis of combined antibody tests. *BMC gastroenterology*, 13(19). 10.1186 / 1471-230X-13-19.
- Caballero, R. D., Torres Pique, A. M., & Prieto de Romano, G. I. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index de*

- Enfermería, 14(48-49), 18-22.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es&tlng=es).
- Canhestro, A. M. G. D. S. (2018). Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo. Universidade de Lisboa.
- Canul, D. F. A., Cob, S. M. C., Morales, M., & Balam, M. (2022). Promoción de la salud: experiencias de investigación para el bienestar colectivo. Primera edición. D.R. © CLAVE Editorial. ISBN: 978-607-437-610-4
- Cappello, M., Morreale, G. C., & Licata, A. (2016). Elderly onset celiac disease: A narrative review. *Clinical medicine insights. Gastroenterology*, Auckland, v. 9, p. 41-49. 10.4137 / CGast.S38454.
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., Brandão, M. A. G., Souza, P. A. D., & Santana, R. F. (2022). Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender's theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), e20200373.  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373>
- Carvajal, E. Y., & Herrera, S. B. (2018). Los modelos de enfermería aplicados en la práctica clínica: revisión integrativa. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 18(1), 86–96. <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.1701.2018>
- Catão, M. O. (2011). Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade [online]. Campina Grande: EDUEPB. A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde. 139-168. ISBN 978-85-7879-191-9.
- Ciccocioppo, R., Kruzliak, P., Cangemi, G., Pohanka, M., Betti, E., Lauret, E., & Rodrigo, L. (2015). The Spectrum of Differences between Childhood and Adulthood Celiac Disease. *Nutrients*, 7(10), 8733–8751.  
<https://doi.org/10.3390/nu7105426>
- Chirinos, N. M., & González, S. R. (2011). Consideraciones teórico-epistémicas acerca del concepto de modelo. *Telos*, 13(1), 51–64.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99318408004>
- Cotonieto-Martínez, Ernesto, & Rodríguez-Terán, Rodrigo. (2021). Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y

- su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(2), 393-410. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3816>
- Cortês, C. R. (2018). Doença celíaca e comorbidades - uma perspectiva fisiopatológica. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/82270>
- Craven, R. y Himle, C. (1996): *Fundamentals of nursing: human health and functioning*. 2.ª Edición, Filadelfia, ee. uu.: Lippincott-Raven.
- Contreras, V. J., Luengo Martínez, C., Meriño Vásquez, A., Oliva Alarcón, T., Ormeño Valenzuela, A., & Rodríguez Medina, C. (2020). Factores asociados a la adopción de conducta promotora de salud en estudiantes de una universidad en Chile/ factors associated with the adoption of health promoting behavior in students of a university in Chile. *Horizonte de enfermería*, 31(1), 30–42. [https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.31.1.30-42](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.1.30-42)
- Czeresnia, D. (2003). The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Ed. Fiocruz. p.39-53
- De La Calle, I., Ros, G., Peñalver Miras, R., & Nieto, G. (2020). Celiac disease: causes, pathology, and nutritional assessment of gluten-free diet. A review. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.02913>
- Espru-Ramírez, M. X., Rivera-Suazo, Y., & Valencia-Mayoral, P. F. (2021). Enfermedad celíaca seronegativa: para encontrarla, hay que buscarla. Reporte de caso pediátrico. *Revista de Gastroenterología de México*, 86(3), 317–319. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.08.003>
- Farrell, R. J., & Kelly, C. P. (2010). Celiac Disease and Refractory Celiac Disease. Feldman, M., Friedman, L.S., Brandt, L. J. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 9th edition. Philadelphia: W B Saunders Co., p.1797-1820.
- Fastring, D., Keel, K., Colby, D., Conner, J. M., & Hilbert, A. (2019). Head Start Centers Can Influence Healthy Behaviors: Evaluation of a Nutrition and Physical Activity Educational Intervention. *Journal of School Health*, 89(9), 698–704. <https://doi.org/10.1111/josh.12811>

- Favero, L., Wall, M. L., & Lacerda, M. R. (2013). Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 22(2): 534-42.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. University of Massachusetts, Boston, 2nd. Edition, 623 págs. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a19.pdf>
- Feather, N. T. *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, N. J: lawrence Erlbaum Associates, inc. 1982.
- Fernández, L. H. (2020). Enfermedad celiaca: una nueva perspectiva enfermera desde la Atención Primaria de Salud. *Nuberos Científica*. 4(29). <http://ciberindex.com/index.php/nc/article/view/2948nc>
- Fernández-Mestre, M., Padrón-Lowe, D., Salazar-Alcalá, E., & Blanco-Pérez, F. (2023). Papel de los alelos HLA-DQB1 en el riesgo, signos y síntomas y gravedad de la enfermedad celíaca en la población venezolana. *Revista de Gastroenterología de México*, 88(2), 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.06.009>
- Fueyo-Díaz, R., Montoro, M., Magallón-Botaya, R., Gascón-Santos, S., Asensio-Martínez, Á., Palacios-Navarro, G., & Sebastián-Domingo, J. J. (2020). Influence of Compliance to Diet and Self-Efficacy Expectation on Quality of Life in Patients with Celiac Disease in Spain. *Nutrients*, 12(9), 2672. <https://doi.org/10.3390/nu12092672>
- Gainer, C. L. (2011). Celiac disease. Helping patients live gluten-free. *Nurse Pract*. 36(9): 14-19. 10.1097 / 01.NPR.0000403289.30513.2d.
- Gama, G. A. (2017). Modelo de promoção da saúde de Nola Pender na consulta de enfermagem à gestante. Universidade Federal de Alagoas, Brasil. <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1936>
- Garcia-Peris, M., Donat Aliaga, E., Roca Llorens, M., Masip Simó, E., Polo Miquel, B., & Ribes Koninckx, C. (2018). Anticuerpos antitransglutaminasa no relacionados con la ingesta de gluten. *Anales de Pediatría*, 89(5), 279–285. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.01.013>

- Giusto-Ampuero, A. (2021). Prácticas de cuidado: intersubjetividad, interseccionalidad y políticas sociales. *Prisma Social - Revista de Ciencias Sociales*. 526-536.
- Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo (2009): Estrategia de mejora de la calidad de los cuidados: Protocolos de Cuidados de Enfermería Basados en la Evidencia. Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Goyanna, N. F. (2017). Cuidado de enfermagem domiciliar ao idoso: abordagem à luz do modelo de cuidado transpessoal. Universidade Federal do Ceará.
- Green, P. H., & Cellier, C. (2007). Celiac disease. *The New England Journal of Medicine*. 357(17); 1731-1743. 10.1056/NEJMra071600.
- Green, P. H. R., Lebwohl, B., & Greywoode, R. (2015). Celiac disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(5), 1099–1106.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaci.2015.01.044>
- Guillot, C. C. (2016). Enfermedad celíaca en Cuba y sus cuarenta años de experiencias y realidades para su diagnóstico. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(4).  
<https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/126>
- Hartmann, C., César Dias Lopes, G., Da Silva Ferreira Vieira, F., & V Samuel, B. (2020). HISTÓRIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E A “CARTA DE OTTAWA DESCRÍTA NA INTEGRA”. *COGNITIONIS Scientific Journal*, 3(2), 1–18.  
<https://doi.org/10.38087/2595.8801.45>
- Herrera, B. C., Cabezas, V. E. M., & Solís, R. Y. M. (2022). Abordaje de la enfermedad celiaca en pediatría. *Revista Médica Sinergia*, 7(7), e844.  
<https://doi.org/10.31434/rms.v7i7.844>
- Hoyos, G. P. A., Borjas, D. M. B., Ramos, A. S., & Meléndez, R. M. O. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* • 8(4).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741840003>
- Husby, S., Koletzko, S., Korponay-Szabó, I., Kurppa, K., Mearin, M. L., Ribes-Koninckx, C., Shamir, R., Troncone, R., Auricchio, R., Castillejo, G., Christensen, R., Dolinsek, J., Gillett, P., Hróbartsson, A., Koltai, T., Maki, M., Nielsen, S. M.,



- Popp, A., Størdal, K., Wessels, M. (2020). European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 70(1), 141–156. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002497>
- Jaimes, E. L., & Díaz M. P. G. (2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia promoc. salud*; 19(1):68-83.
- Keck, J. F. (2000). Terminología del Desarrollo de la Teoría. En: Tomey AM, Alligood M R, editores. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid: Harcourt. Pp. 16-24.
- Kessler, M., Thumé, E., Duro, S. M. S., Tomasi, E., Siqueira, F. C. V., Silveira, D. S., Nunes, B. P., Volz, P. M., Santos, A. A. dos, França, S. M., Bender, J. D., Piccinini, T., & Facchini, L. A. (2018). Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil\*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200019>
- Kheokao, J.; Kirkgulthorn, T.; Umereweneza, S. & Seetangkham, S. (2019). Communication Factors in Holistic Humanized Nursing Care : Evidenced from Integrative Review. *Journal of MCU Peace Studies*. 7(3):609–27.
- Kitson, A., Athlin, A. M. & Conroy, T. (2014): Anything but Basic: Nursing's Challenge in Meeting Patients' Fundamental Care Needs. *Journal of Nursing Scholarship*. 46(5): 331-9.
- Khodaveisi, M., Omid, A., Farokhi, S., & Soltanian, A. R. (2017). The Effect of Pender's Health Promotion Model in Improving the Nutritional Behavior of Overweight and Obese Women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(2), 165–174.
- Labrada, O. B., Reyes., C. V., Sánchez., H. G. S., & Otero., A. J. S. (2020). Enfermedad Celíaca en el adulto. Un reto en el nuevo milenio. *Multimed*, 24(4), 949-968. <https://bit.ly/452IWj5>
- Lalond, M. (1981). A new perspective on the health of Canadians. Minister of supply and Services Canada. Cat. No. H31-1374. ISBN 0-662-50019-9.

- Lebwohl, B., Ludvigsson, J. F., & Green, P. H. R. (2015). Celiac disease and non-celiac gluten sensitivity. *BMJ*, h4347. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4347>
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2007). A promoção de saúde como oportunidade para a emancipação. *RECIIS*, 1(2), 88. <https://doi.org/10.3395/reciis.v1i2.88pt>
- Leffler, D. A., Green, P. H. R., & Fasano, A. (2015). Extraintestinal manifestations of coeliac disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 12(10):561–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2015.131> <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/nrgastro.2015.131>
- Lopes, D. J. M. (2018). Doença Celíaca: Do Conceito à Abordagem Terapêutica. Universidade da Beira Interior. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fubibliorum.ubi.pt%2Fbitstream%2F10400.6%2F8477%2F1%2F6177\_13201.pdf&clen=1314332
- Lorenzo Díaz, J. C., Díaz Alfonso, H., Lorenzo Díaz, J. C., & Díaz Alfonso, H. (2019). Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(2), 170–171. <https://bit.ly/3VkvKmm>
- Ludvigsson, J. F. et al. (2013). The Oslo definitions for coeliac disease and related terms; 62, 43-52. 10.1136/gutjnl-2011-301346.
- Ludvigsson, J. F., Lebwohl, B., Chen, Q., Bröms, G., Wolf, R. L., Green, P. H. R., & Emilsson, L. (2018). Anxiety after coeliac disease diagnosis predicts mucosal healing: a population-based study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 48(10), 1091–1098. <https://doi.org/10.1111/apt.14991>
- Maglione, M. A. (2016). Diagnosis of Celiac Disease, Agency for Healthcare Research and Quality (US), 15(16). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK344454/>
- Marinho, M., & Groisman, S. (2020). Alma Ata: Reflections and future prospects in family health strategy. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 68, e20200034. <https://doi.org/10.1590/1981-863720200003420190051>

- Marmolejo, J. (2022). A 47 años del Informe Lalonde. Desarrollos, retos y perspectivas contemporáneas en la promoción de la salud de Canadá— Primera edición. — México.: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Martínez-Carrillo, B. E., Rillo, A. G., Castillo-Cardiel, J. A., García-Arqueta, I., & Palacios-Jaimes, M. L. (2021). Natural and Social History of the Health-Disease Process as an Epistemological Model for Medical Education (Part 2). *IOSR Journal of Research & Method in Education (IOSR-JRME)*; 11(1) Ser. III, pp. 56-65. 10.9790/7388-1101035665
- McCutcheon, T., Schaar, G., & Parker, K. L. (2016). Pender's Health Promotion Model and HPV Health Promoting Behaviors among College-Aged Males: Concept Integration. *J Theory Constr Test*. 20(1):12-9. <https://www.highbeam.com/doc/1p3-4090420331.html>
- Martínez, O. F., & González, I. M. (2016). Modelo de cuidado para la actuación de enfermería con el paciente en la cirugía ocular.
- Mayo Clinic. (2022). Celiacuía. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/celiac-disease/symptoms-causes/syc-20352220>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). <https://bit.ly/3ViOena>
- Mocan, O., & Dumitraşcu, D. L. (2016). The Broad Spectrum of Celiac Disease and Gluten Sensitive Enteropathy. *Medicine and Pharmacy Reports*, 89(3), 335–342. <https://doi.org/10.15386/cjmed-698>
- Mosquera, B. A. S. (2021). Análisis sociohistórico del concepto juventud. *Revista Contacto*, 1(1), 37–51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9521831>
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept: *Advances in Nursing Science*, 13(1), 1–14. <https://doi.org/10.1097/00012272-199009000-00002>
- Murch S. (2016). Recent advances in celiac disease. *Indian Journal Pediatrics*. Índia, 83(12-13), 1428-1435. 10.1007 / s12098-016-2161-8

- Nejad, R. M., Ishaq, S., Dulaimi A. L. D., Zali, M. R., & Rostami, K. (2015). The role of infectious mediators and gut microbiome in the pathogenesis of celiac disease. *Arch Iran Med.* 18(4):244-9.
- Neto, U. F. (2014). Doença Celíaca: a história de uma enfermidade considerada rara até passado recente e que se revelou de alta prevalência no mundo ocidental. Instituto de Gastroenterologia Pediátrica de São Paulo (I-GASTROPED). <https://www.igastroped.com.br/areas-de-atuacao/doenca-celiaca/doenca-celiaca-a-historia-de-uma-enfermidade-considerada-rara-ate-passado-recente-e-que-se-revelou-de-alta-prevalencia-no-mundo-ocidental/>
- Olano, C. (2021). A deep dive into the submerged ‘coeliac iceberg’. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 18(11), 748–748. <https://doi.org/10.1038/s41575-021-00510-9>
- Olivares, E., Catalini, S., Torres, J., Delgado, A., & Lenis-López, J. A. (2021). Revisión sistemática del estado de arte de conceptos sobre cuidado de enfermería (2016-2020). En función del modelo crítico. *Crear en Salud*, 15. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revcs/article/view/34446>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). Desarrollo en la adolescencia. [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dv/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dv/es/)
- Orsi, L. B., & Crisostimo, A. L. (2018). A influência dos meios de comunicação nos hábitos alimentares dos adolescentes. <chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.diaadiaeducacao.pr.gov.br%2Fportals%2Fpde%2Farquivos%2F1613-8.pdf&clen=164009&chunk=true>
- Orme, J. (2002). *Social Work: Gender, Care and Justice*. British Association of Social Workers.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. de. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299–316. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>

- Padilla-Zárate, M. P., Cortés-Poza, D., Martínez-Soto, J. M., Herrera-Cenobio, T., Vázquez-Bautista, M. C., García-Flores, M., & García-García, J. A. (2013). Autocuidado y calidad de vida posterior a la consejería de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Mexicana de Enfermería cardiológica*. 21(1); 15-23.
- Paiva, S. S. (2018). *Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Trabalhadores de Saúde que Trabalhem em Serviços de Ambulatório, de um Hospital Central de Lisboa*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Parada, A., & Araya, M. (2010). El gluten: Su historia y efectos en la enfermedad celíaca. *Revista Médica de Chile*, 138(10). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010001100018>
- Pastas, C. A. M., et al., (2019). Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. *Hacia la promoción de la salud*, 24(2), 139–155. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.11>
- Pender, N. J. (2008). Modelo de promoción de la salud. En: Marriner A, Raile M, editoras. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier; 2008. p. 434-53.
- Pender N. J. (2011). *Health promotion model manual* [Internet]. Michigan: University of Michigan. 19 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>.
- Pender, N. J.; Murdaugh, C. L.; & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nurse practice*. The United States of America: Pearson education LTD.
- Peraza, A.C.X., Benítez, H. F.J., & Galeano, T.Y. (2019). Health promotion model at the Metropolitan University of Ecuador. *Medisur*.; 17(6):903-906.
- Pereira, A. A. V., Silva, B. S., & Errante, P. R. (2017). Aspectos Fisiopatológicos Da Doença Celíaca. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 14(34) , ISSN 2318-2083
- Pereira, A. C. S. R. (2020). *Fisiopatologia e diagnóstico da doença celíaca*. Faculdade de ciências da educação e saúde. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15048>
- Pettres, A. A., & Da Ros, M. A. (). A determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arq. Catarin Med*. 2018 jul.set. 47(3):183-196.

- Ramírez-Cervantes, K. M., Remes-Troche, J. M., Milke-García, M. P., Romero, V., & Uscanga, L. F. (2015). Características y factores relacionados con la calidad de vida en pacientes mestizos mexicanos con enfermedad celíaca. *BMC Gastroenterol* 15 , 4. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12876-015-0229-y>
- Ramírez Chávez, Y. A. (2022). Cuidados de enfermería en la promoción de la salud y estilos de vida de los adultos del sector "J"- Distrito de Chiquianbolognesi, 2020. Universidad Católica Los Angeles Chimbote. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/26299>
- Remes-Troche, J. M., et al., (2018). Clinical guidelines on the diagnosis and treatment of celiac disease in Mexico. *Revista de Gastroenterología de México*; 83(4):434---450. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/en-clinical-guidelines-on-diagnosis-treatment-articulo-S2255534X18301245>
- Roca, A. M. T., & Barbero, G. M. (2021). La responsabilidad social de las facultades de Medicina. Una exigencia inaplazable para adaptarse a las necesidades de la población. *Educación Médica*, 22(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.10.003>
- Rocha, P. K., Prado, M. L. D., Wal, M. L., & Carraro, T. E. (2008). Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 113–116. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100018>
- Rodríguez, R. M. (2023). *Aplicación de los nuevos métodos diagnósticos de Enfermedad Celíaca en el Hospital Universitario de Guadalajara*. <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/58672>
- Rojas, M. E. M. (2021). Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales en salud de México. *Revista Salud y Bienestar social [ISSN: 2448-7767]*, 5(1), 59–74. <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/109>
- Sakraida, J. (2007). Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: maerriner tA, rayle-Alligood m, editores. *modelos y teorías de enfermería*, 6° ed. España: Elsevier - mosby.

- Saldanha xavier, B. lessa, Santos, I. dos, & Silva, F. V. C. e. (2017). Promovendo autocuidado em clientes em hemodiálise: aplicação do diagrama de nola pender Promoting self-care in clients on hemodialysis: application of the nola pender's diagram. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 545–550. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.545-550>
- Sánchez-Muniz, F. J. (2018). Acerca de la enfermedad celiaca. Breve historia de la celiaquía. *JOURNAL OF NEGATIVE AND NO POSITIVE RESULTS*, 12, 980–997. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2813>
- Santos, A. D. S., Viana, M. C. A., Chaves, E. M. C., Bezerra, A. D. M., Gonçalves Júnior, J., & Tamboril, A. C. R. (2018). Tecnologia educacional baseada em nola pender: promoção da saúde do adolescente. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(2), 582. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a22609p582-588-2018>
- Serrano-Fernández, M. J., Boada-Grau, J., Gil-Ripoll, C., & Vigil-Colet, A. (2016). Adaptación española de la escala HPLP-II con una muestra de empleados. *Universitas Psychologica*, 15 (4). DOI <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.aeem>.
- Shiha, M. G., Nandi, N., Raju, S. A., Wild, G., Cross, S. S., Singh, P., Elli, L., Makharia, G. K., Sanders, D. S., & Penny, H. A. (2024). Accuracy of the No-Biopsy Approach for the Diagnosis of Celiac Disease in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*, 166(4), 620–630. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.12.023>
- Sierra, M., Hernanz, N., & Alonso, I. G. Y. L. (2020). Enfermedad celiaca. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.01.002>
- Silvester, J. A., & Leffler, D. A. (2015). Recent Advances in Celiac Disease from TTG to Gluten in Pee. *Clinical and Translational Gastroenterology*. 10.1038/ctg.2015.53
- Suescún-Carrero, S. H., Sandoval-Cuellar, C., Hernández-Piratova, F. H., Araque-Sepúlveda, I. D., Fagua-Pacavita, L. H., Bernal-Orduz, F., & Corredor-Gamba, S. P. (2017). Estilos de vida en estudiantes de una universidad de Boyacá, Colombia.

- Revista de la Facultad de Medicina, 65(2), 227–231.  
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.58640>
- Szondy, Z., Korponay-Szabó, I., Király, R., Sarang, Z., & Tsay, G. J. (2017).  
Transglutaminase 2 in human diseases. *BioMedicine*, 7(3), 15.  
<https://doi.org/10.1051/bmdcn/2017070315>
- Torres, I. A., Collía, M. G. (2021). Diagnóstico de la Enfermedad Celiaca: Documento Técnico. Consejo General de Colegios Farmacéuticos.
- Thomas, C. D. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 34(1):55-62
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5 ed. Loures: Lusociencia, 766 p.
- Thompson, C. M., et al. (2013). Assessment of the mode of action underlying development of rodent small intestinal tumors following oral exposure to hexavalent chromium and relevance to humans. *Critical Reviews in Toxicology*, Boca Raton, v. 43(3); 244-274. 10.3109/10408444.2013.768596
- Tudela, D. M., et al. (2016). Cuidados básicos de enfermería. Unidad predepartamental d'Infermeria. ISBN: 978-84-16356-30-0 Cuidados básicos de enfermería - UJI - DOI: <http://dx.doi.org/10.6035/Sapientia108>
- Valencia Rico, C. L., Henao Trujillo, O. M., & Gallego, F. A. (2017). Conductas promotoras de salud y dependencia física en personas con diagnóstico clínico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Enfermería Global*, 16(4), 56.
- Victor, J. F., Lopes, M. V. O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm. São Paulo*, 18(3), p.235-240. [Dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002)>.
- Villarreal, S. (2021). Fonoaudiología: Intervenciones y prácticas posibles - 1a ed . - Rosario: María Carolina Campra. 40-47 p.
- Vilarinho, M. de F. S. B., Soares, T. da C., Rocha, G. da C., Soares, T. da C., Monteiro, M. J. de S. D., Lima, V. M. de, Câmara, G. B., Rocha, L. de A., Sousa, M. de P., Mendes, T. de C., Pereira, A. C. da S., Silva, L. A. A. da, Silva, C. E. de O., Martins, V. B. D., & Oliveira, V. A. de. (2019). Terapia Nutricional na Doença



- Celíaca: Fatores Associados a Adesão de Crianças e Adolescentes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 31, e1168. <https://doi.org/10.25248/reas.e1168.2019>
- Watson J. *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*. New York: National League for Nursing; 1988. p. 158.
- Wolf, R. L., Green, P. H. R., Lee, A. R., Reilly, N. R., Zybert, P., & Lebwohl, B. (2019). Benefits From and Barriers to Portable Detection of Gluten, Based on a Randomized Pilot Trial of Patients With Celiac Disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 17(12), 2605–2607. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.03.011>
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R., & Olson, J. (2002). *Psicología Social*. madrid: thomson Editores.
- Zhu, J., Mulder, C. J. J., & Dieleman, L. A. (2019). Celiac Disease: Against the Grain in Gastroenterology. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 2(4), 161–169. <https://doi.org/10.1093/jcag/gwy042>

## 12. Anexos

### 12.1. Anexo I. Consentimiento informado del padre o tutor



Toluca México a noviembre de 2021

#### HOJA DE AUTORIZACIÓN

Estas hojas de Consentimiento Informado pueden contener palabras que resulten de difícil comprensión. Por lo tanto, pregunte al investigador principal o a cualquier persona del estudio para que le explique palabras o información que no le sea clara.

Su hijo o hija que tiene Enfermedad Celíaca ha sido seleccionado para participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

El estudio es completamente voluntario. Puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios. Debe quedar claro que su hijo no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento de la enseñanza.

La información personal que dará al investigador en este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente en ninguna circunstancia. A las encuestas y entrevistas se les asignará un código de tal forma que el personal, diferente a los docentes investigadores, no conocerá su identidad. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero su identidad no será divulgada. La información puede ser revisada por el Comité de Ética en la Investigación de las instituciones participantes, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

Por este medio me dirijo a usted pidiendo su apoyo para poder realizar en su hijo o hija: la aplicación de un cuestionario instrumento de recolección de datos conformado por 73 preguntas de opción múltiple sobre datos personales, estado actual de salud, asimismo, sobre Responsabilidad en Salud; Actividad Física; Nutrición; Desarrollo Espiritual; Relaciones Interpersonales y Manejo del Estrés.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE O TUTOR**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en que mi hijo sea participe en este estudio de investigación.

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

explicado al C. \_\_\_\_\_ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE O TUTOR

Universidad Autónoma del Estado de México  
Doctorado en Ciencias de la Salud



Estimado padre de familia este documento tiene la finalidad de infórmale que su hijo (a) ha sido invitado a un estudio de investigación titulado “Modelo de cuidado de conducta promotora de salud en adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca”.

Antes de decidir si su hijo participará o no deberá comprender cada uno de los siguientes apartados que se le presentaran a continuación con ello, usted tendrá toda la libertad de aclarar sus dudas, preguntando sobre algún aspecto que no le haya quedado claro y que desee saber. Una vez que haya comprendido de que trata el estudio y si usted desea que su hijo participe en el mismo, se le pedirá que firme esta carta de consentimiento informado, con ello se cumplirá con los criterios éticos asentados.

Este estudio se conformará de tres etapas; la primera etapa consiste en la aplicación del cuestionario sobre el estado de salud y estilos de vida que consta de 73 preguntas de opción múltiple, en caso de aceptar su hijo tendrá que contestar el cuestionario lo cual le tomará aproximadamente 20 minutos cabe mencionar que, para no interferir en sus actividades de clase este cuestionario puede ser contestado en las horas libres. Posterior a la aplicación se analizarán los resultados para obtener la fase diagnóstica del estudio e identificar el diagnóstico situacional de los participantes. Para la segunda etapa, se aplicará un programa de intervención que consta de 5 sesiones de 1 hora cada sesión donde se abordarán temas relacionados con la promoción de la salud, así como acciones de autocuidado en los adolescentes y jóvenes adultos, mismas que le ayudarán a tomar acciones preventivas favoreciendo así sus estilos de vida saludables. Por fin, en la última etapa se aplicará nuevamente el cuestionario sobre el estado de salud y estilos de vida que consta de 68 preguntas de opción múltiple, donde se hará una comparación de los resultados obtenidos previamente y así identificar la eficacia de la intervención.

Cabe mencionar que a su hijo también se le cuestionará si desea participar en el estudio y se respetará su decisión en caso de no aceptar. También se le informa que este estudio no genera ningún costo y al mismo tiempo no tiene ninguna remuneración. Esta investigación no genera ningún riesgo a la salud del adolescente pues durante la investigación y las fases antes explicadas no se realizará ninguna acción que ponga en riesgo la vida y la integridad de su hijo.

Al firmar este documento usted está dando su consentimiento para que su hijo/a participe en el proyecto de investigación titulado Modelo de cuidado de conducta promotora de salud en adolescentes con Enfermedad Celíaca.

Cualquier duda o aclaración usted puede comunicarse con la responsable del trabajo.  
M.C.E. Itallo Carvalho Gomes. Tel cel: 668 241 7658.

Nombre y firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

## Anexo II. Asentimiento informado adolescente



Universidad Autónoma del Estado de México

Toluca, México a noviembre de 2021

### HOJA DE AUTORIZACIÓN

Estas hojas de Asentimiento Informado pueden contener información que no puede ser posible se le dificulte comprender. En caso de ser así, por favor pregunte al investigador principal o a cualquier persona del estudio para que le explique palabras o información que no sea clara. Usted puede llevarse a su casa una copia para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia antes de tomar su decisión.

Usted que tiene Enfermedad Celíaca ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en el estudio por favor lea. Haga todas las preguntas que tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios. El estudio es completamente voluntario. Puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios.

Debe quedar claro que no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el mejoramiento de los cuidados a adolescentes con Enfermedad Celíaca y solo con la contribución solidaria de muchas personas como usted será posible comprender mejor los factores que inciden en las conductas promotoras de salud.

La información personal que dará al investigador en este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted en ninguna circunstancia. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero su identidad no será divulgada. La información puede ser revisada por el Comité de Ética en la Investigación de las instituciones participantes, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

Puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de la base de datos. Al retirar su participación deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas.

Por este medio me dirijo a usted pidiendo su apoyo para poder realizar las siguientes actividades: la aplicación de un cuestionario instrumento de recolección de datos conformado por 73 preguntas de opción múltiple sobre datos personales, el estado actual de salud, asimismo, sobre Responsabilidad en Salud; Actividad Física; Nutrición; Desarrollo Espiritual; Relaciones Interpersonales y Manejo del Estrés.

**CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO ADOLESCENTE**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante o del padre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante): He explicado al C. \_\_\_\_\_ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO ADOLESCENTE

Universidad Autónoma del Estado de México  
 Doctorado en Ciencias de la Salud



Estimado adolescente se te invita a participar en un proyecto de investigación llamado: “Modelo de cuidado de conducta promotora de salud en adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca” mismo que tiene por objetivo “Evaluar el efecto de un modelo de cuidado de conducta promotora de salud en adolescentes y adultos jóvenes con Enfermedad Celíaca”

### **Procedimiento:**

Si aceptas participar, se te invita a contestar el Índice de Enfermedad Celíaca y el instrumento Estilo de vida y Promotor de Salud el cual está integrado por preguntas de opción múltiple, las cuales puedes responder de manera voluntaria, si alguna de las preguntas te incomoda tienes derecho a no responder, este cuestionario no te llevará más de 20 minutos. El presente proyecto constará de tres etapas: la primera será la fase diagnóstica donde se te pedirá que respondas los cuestionarios mencionados anteriormente, la segunda fase es la de intervención, en esta, se implementará un programa que consta de 5 sesiones de 1 hora cada sesión donde se te dará a conocer todo lo relacionado con la promoción de la salud, así como acciones que fomenten el autocuidado. Todo ello con el fin de contribuir a mejorar tu salud. En la última etapa será la fase que se te pedirá que contestes nuevamente los cuestionarios de la primera fase. Eso tiene la finalidad de evaluar la eficacia de la intervención.

Es importante mencionar que toda la información que nos proporciones será de carácter confidencial y únicamente se empleará con fines diagnósticos. Así mismo te informamos que en el presente proyecto no hay ningún tipo de riesgo potencial hacia tu persona o salud, sin embargo, si alguna acción o pregunta te hace sentir incomoda tienes el derecho de no responder. También es importante mencionar que no recibirás ningún beneficio económico por participar en este estudio. Si estás de acuerdo con lo antes mencionado puedes colocar tu nombre y firma en el espacio asignado, con ello estaremos cumpliendo con los criterios éticos asentados de la investigación. Cualquier duda asociada con tu participación por favor comunicarte con el responsable del proyecto de investigación. M.C.E. Itallo Carvalho Gomes. Tel cel: 668 241 7658. Nombre y firma del adolescente:

## 12.2. Anexo III. Cédula de datos personales

Universidad Autónoma del Estado de México

Doctorado en Ciencias de la Salud



Instrucciones: La información que proporciones será anónima y confidencial. Ninguna persona externa de este estudio conocerá tus respuestas. Todas las respuestas son importantes y ninguna se considera correcta o incorrecta. Contesta lo más honesto que puedas en cada pregunta. Gracias por tu participación.

<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Escolaridad</b>	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto
<b>Ocupación</b>	<input type="checkbox"/> Estudias <input type="checkbox"/> Trabajas <input type="checkbox"/> Estudias y Trabajas <input type="checkbox"/> No Estudias y no Trabajas
<b>Edad</b>	
<b>Seguridad Social</b>	<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Otro ¿cuál? _____
<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro
<b>Ocupación</b>	<input type="checkbox"/> Estudias <input type="checkbox"/> Trabajas <input type="checkbox"/> Estudias y Trabajas <input type="checkbox"/> No Estudias y no Trabajas
<b>Edad</b>	



### 12.3. Anexo IV. Instrumento índice de síntomas celíacos

Universidad Autónoma del Estado de México

Doctorado en Ciencias de la Salud



**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario contiene preguntas acerca de tu estado de salud actual. Son 11 preguntas específicas sobre la Enfermedad Celíaca y 5 preguntas generales sobre tu salud en general.

Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Marque la opción que mejor se ajuste a su realidad, en caso de que ninguna de las opciones de respuesta se ajuste a su realidad, pase a la siguiente oración.

Para las preguntas de **1 a 11** el 1 = “en ningún momento”; 2 = “un poco”; 3 = “Algo”; 4 = “la mayor parte del tiempo” y 5 = “Todo el tiempo”.

Para las preguntas **12 y 13** el 1 = “excelente”; 2 = “buena”; 3 = “razonable”; 4 = “mala” y 5 = “terrible”.

Para la pregunta **14** el 1 = “ningún”; 2 = “un poco”; 3 = “algo”; 4 = “mucho” y 5 = “muchísimo”.

Para las preguntas **15 y 16** el 1 = “totalmente de acuerdo”; 2 = “parcialmente de acuerdo”; 3 = “ni de acuerdo ni en desacuerdo”; 4 = “parcialmente en desacuerdo” y 5 = “totalmente en desacuerdo”

Pregunta	1	2	3	4	5
1. ¿Ha sentido dolor o malestar en la parte superior del abdomen o en la boca del estómago durante las últimas 4 semanas?					
2. ¿Le han molestado las náuseas durante las últimas 4 semanas?					
3. ¿Le ha molestado el ruido del estómago durante las últimas 4 semanas?					
4. ¿Se ha sentido hinchado el estómago durante las últimas 4 semanas?					
5. ¿Le ha molestado la diarrea durante las últimas 4 semanas?					
6. Al ir al baño, ¿ha tenido la sensación de no vaciar completamente sus intestinos durante las últimas 4 semanas?					
7. ¿Ha sentido dolores de hambre durante las últimas 4 semanas?					
8. ¿Le ha molestado el bajo nivel de energía durante las últimas 4 semanas?					
9. ¿Le han molestado los dolores de cabeza durante las últimas 4 semanas?					
10. ¿Ha tenido antojos de comida en las últimas 4 semanas?					
11. ¿Ha tenido pérdida de apetito durante las últimas 4 semanas?					
12. En relación con la Enfermedad Celíaca, ¿cómo está su salud?					
13. En general, ¿cómo está su salud?					
14. ¿Cuánto dolor físico ha tenido durante las últimas 4 semanas?					
15. Estoy cómodo					
16. Soy tan saludable como cualquiera que conozca.					

## 12.4. Anexo V. Instrumento estilo de vida y promotor de salud II

Universidad Autónoma del Estado de México  
Doctorado en Ciencias de la Salud



**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente.

Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

**N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.   | N | A | M | R |
| 2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.  | N | A | M | R |
| 3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.  | N | A | M | R |
| 4. Sigo un programa de ejercicios planificados.   | N | A | M | R |
| 5. Duermo lo suficiente.  | N | A | M | R |
| 6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.  | N | A | M | R |
| 7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.   | N | A | M | R |
| 8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).   | N | A | M | R |
| 9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.   | N | A | M | R |
| 10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora). | N | A | M | R |
| 11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.  | N | A | M | R |
| 12. Creo que mi vida tiene propósito.   | N | A | M | R |
| 13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras   | N | A | M | R |
| 14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.  | N | A | M | R |
| 15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.   | N | A | M | R |

16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana).	N	A	M	R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	M	R
18. Miro adelante hacia el futuro.	N	A	M	R
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	M	R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	M	R
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	M	R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar, en bicicleta).	N	A	M	R
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	M	R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a)	N	A	M	R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	M	R
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	M	R
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	M	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	M	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	M	R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	M	R
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	N	A	M	R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	M	R
33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	M	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).	N	A	M	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	M	R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	A	M	R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	M	R

38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	N	A	M	R
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).	N	A	M	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	M	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	M	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	M	R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	M	R
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	N	A	M	R
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	M	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	M	R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	M	R
48. Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	N	A	M	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	M	R
50. Como desayuno.	N	A	M	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	M	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	M	R

## 12.5. Anexo VI. Entrevista semiestructurada

Universidad Autónoma del Estado de México

Doctorado en Ciencias de la Salud



INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene preguntas acerca de tu estilo de vida y conductas alimentarias. Son 15 preguntas.



Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración.

¿Cómo usted se dio cuenta de la enfermedad celíaca?

¿Cuánto tiempo tiene usted con el diagnóstico de la enfermedad celíaca?

### Responsabilidad en Salud

1. ¿Qué profesionales de la salud buscas para tratar la enfermedad celíaca y con qué frecuencia? ¿Por qué?
2. ¿Cómo te sientes cuando buscas ayuda profesional para tratar la enfermedad celíaca?

### Actividad Física

1. ¿Haces alguna actividad física? Si su respuesta fue afirmativa, mencione cuál
2. ¿Cómo te sientes cuando haces alguna actividad física?

### Nutrición

1. ¿Cuál es tu participación en la selección y en la preparación de los alimentos en tu casa?
2. ¿Quién decide el menú de la casa? ¿Por qué?
3. ¿Te gusta cómo te alimentas? ¿Por qué?

### Desarrollo Espiritual

1. ¿Crees que la espiritualidad es importante para la salud física y el bienestar de las personas? ¿Por qué?

### Relaciones Interpersonales

1. ¿Comes cuando estas con tus amigos o familiares fuera de casa? ¿Por qué?
2. ¿Te sientes influenciado (a) por tus amigos o familiares a la hora de alimentarse? ¿Por qué?

### Manejo del Estrés

1. ¿Usted se siente estresado por su condición de salud?

2. ¿Cómo lidias con el estrés de tener enfermedad celíaca y no poder consumir alimentos que otras personas consumen normalmente?
3. ¿Crees que es importante buscar apoyo profesional para saber cómo afrontar el estrés que provocan las limitaciones dietéticas?

## 12.6. Anexo VII. Imágenes de la página web



### Sesión 1 – Introducción y comprensión de la enfermedad celíaca.

La enfermedad celíaca es una afección autoinmunitaria crónica que afecta al intestino delgado en personas genéticamente susceptibles. Es causado por una reacción anormal del sistema inmunológico.

[LEER MÁS](#)



### Sesión 2 – Asumiendo la responsabilidad con la salud.

La responsabilidad en Salud implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención a su propia salud, informarse sobre la salud y el ejercicio, informarse y buscar ayuda profesional.

[LEER MÁS](#)

### Sesión 3 – La importancia de practicar actividad física.

La actividad física implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y / o vigorosas. Esto puede ocurrir dentro de un programa planificado y controlado de fitness y salud o, dicho sea de paso, como parte de la vida diaria o de las actividades de ocio.

[LEER MÁS](#)



### Sesión 4 – Cómo seleccionar y preparar alimentos sin gluten.

La nutrición implica la selección, conocimiento y consumo de alimentos esenciales para la alimentación, la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable de acuerdo con las necesidades de la persona con enfermedad celíaca.

[LEER MÁS](#)

### Sesión 5 – El efecto positivo del desarrollo espiritual en la vida.

El desarrollo espiritual se refiere al proceso de explorar y descubrir el significado y propósito de la vida, así como también de conectarse con algo más grande que uno mismo. Este proceso puede llevar a cabo efectos positivos en la calidad de vida.

[LEER MÁS](#)



### Sesión 6 – El valor de mantener las relaciones interpersonales.

Las relaciones interpersonales son importantes en la vida de las personas, ya que permiten establecer conexiones significativas con los demás, brindan apoyo emocional y pueden mejorar la calidad de vida. Además, las relaciones interpersonales pueden influir en la salud mental y física de las personas.

[LEER MÁS](#)



### Sesión 7 – Cómo manejar el estrés.

El Manejo del Estrés implica "identificar y movilizar recursos psicológicos y físicos para controlar o reducir el estrés de forma eficaz".

[LEER MÁS](#)

