



**Guía de intervenciones de enfermería
en la preparación y administración
de medicamentos oncológicos**

Guide to nursing interventions
in preparation and administration
of oncological medications

Efraín Merari Moreno-Caballero *et al.*

Editorial



**Violencia epistémica: una realidad
en la cotidianidad del profesional
de enfermería**
Karla Ivonne Mijangos-Fuentes

Investigación



**Salud mental del personal de enfermería, sus
exigencias laborales y condiciones de trabajo**
Nephtys López-Sánchez *et al.*

Revisión



**Análisis de los programas de salud sobre
el cáncer cervicouterino en México**
Erika Patricia Rojas-González

Experiencias de la práctica



**Plan de cuidados de enfermería aplicado
a paciente adolescente con diagnóstico
de apendicitis aguda**
Sinai Baltierra-Ibarra

Información general



**La educación integral de las personas
con enfermedades mentales en el
ámbito de la enfermería psiquiátrica**
Gabriela Ontiveros-Herrera *et al.*

Vol 33 | Núm 1 | **Enero-marzo
2025**

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

enero-marzo 2025 vol. 33 núm. 1

Directorio

DIRECCIÓN GENERAL

Zoé Alejandro Robledo Aburto

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Alva Alejandra Santos Carrillo

UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

Rosana Pelayo Camacho

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Laura Cecilia Bonifaz Alfonso

DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Rodolfo Rivas Ruiz

ÁREA DE PROCESOS EDITORIALES

Alejandro Moctezuma Paz

EDITORA

Laura Cecilia Bonifaz Alfonso

EDITORA EJECUTIVA

María Antonieta Castañeda Hernández

EDITORA ASOCIADA

Fabiana Maribel Zepeda Arias

CONSEJO EDITORIAL

Teresita de Jesús Ramírez Sánchez

Instituto Mexicano del Seguro Social

Victoria Leonor Fernández García
Universidad Nacional Autónoma de México

Manuel Antonio López Cisneros
Instituto Mexicano del Seguro Social

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Carolina Consejo y Chapela
Instituto Mexicano del Seguro Social

Rosa Amarilis Zárate Grajales
Universidad Nacional Autónoma de México

Erick Alberto Landeros Olvera
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Ramiro Altamira Camacho
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Lizeth Guadalupe López López
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán

Silvia Eliosa Zenteno
Instituto Mexicano del Seguro Social

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

María Helena Palucci Marziale
Universidade de São Paulo, Brasil

Higinio Fernandez-Sánchez
University of Texas
Health Science Center Houston, USA

Nelcy Martínez Trujillo
Universidad de Ciencias, Escuela Nacional
de Salud Pública, La Habana, Cuba

Francisco Carlos Félix Lana
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Mary Luz Jaimes Valencia
Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

CUIDADO DE LA EDICIÓN

Iván Álvarez Hernández
Omar Geovani Vivas Medrano

DISEÑO GRÁFICO

Mylene Araiza Márquez

INDIZACIÓN

José Antonio Franco Rico

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

José Antonio Franco Rico
Samuel Iván García Bahena

REVISTA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, año 33, número 1, enero-marzo de 2025, es una publicación trimestral, editada en idioma español por el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, Avenida Paseo de la Reforma 476, colonia Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México. Web: <http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>, correo electrónico: revista.enfermeria@imss.gob.mx. Contacto: María Antonieta Castañeda Hernández, correo electrónico: maria.castanedah@imss.gob.mx. Licitud de Título No. 11896 y Licitud de Contenido 8500, conferidos por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Composición tipográfica en Ebrima, Kalinga, Garamond y Rockwell

Los conceptos, ideas u opiniones explícitas en los documentos publicados, así como la procedencia y exactitud de las citas son responsabilidad exclusiva de sus autores.
Número de Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo de Título: 04-2023-062116444300-102, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

REVISTA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, como un medio de difusión del conocimiento disciplinar de enfermería y de las ciencias de la salud, promueve el uso responsable y ético de los documentos publicados, así como el reconocimiento apropiado de la autoría y créditos a la revista.

INDIZADA EN: BDEnf, LILACS, BIBLAT, Periódica, CUIDEN, Google Académico

e-ISSN: 2448-8062

Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(1).

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

enero-marzo 2025 vol. 33 núm. 1



Diseño de portada:
Ilustración
Fotografía:
Jorge Ontiveros

Editorial



e1527 Violencia epistémica: una realidad en la
cotidianidad del profesional de enfermería
*Epistemic violence: A reality in the
everyday life of the nursing professional*
Karla Ivonne Mijangos-Fuentes

Investigación



e1461 Conocimientos, aptitudes y prácticas de lactancia materna en
primigestas antes y después de una intervención educativa
*Knowledge, attitudes and practices of breastfeeding in
primigravid women before and after an educational intervention*
Carolina Sánchez-Pérez, Eduardo Huerta-Fuentes, Alejandra Elizalde-Munive,
Itzel Gutiérrez-Gabriel, Adán Sergio Bonilla-Becerril, Betzabeth Andrea Cortés-Giles,
Néstor Isai Domínguez-Delgado

Investigación



e1468 Relación entre calidad de atención de enfermería y
satisfacción del paciente en clínica de hemodiálisis
*Relationship between quality of nursing care and
patient satisfaction in hemodialysis clinic*
Martha Paulina Soto-Cabrera, Betzabeth Tovar-Luna, Balkis de Guadalupe López-Hurtado

Investigación



e1469 Salud mental del personal de enfermería, sus
exigencias laborales y condiciones de trabajo
*Mental health of the nursing staff, their
work demands and working conditions*
Nephtys López-Sánchez, Ma. Luisa Leal-García

Investigación



e1477 Reanimación neonatal en enfermería:
conocimiento y aprendizaje basado en casos
*Neonatal resuscitation in nursing: knowledge
and case-based learning*
Edgar Eduardo Hernández-Velázquez, Patricia Luna-González, Teresita de Jesús Romero-Muñiz,
Christian Jesús Ramírez-Almaguer, Alma Patricia González, Gloria Patricia Sosa-Bustamante,
Carlos Paque-Bautista, Gabriela del Rocio Saldivar-Lara

Investigación



e1481 Modelo digital para la gestión del servicio social
en instituciones públicas del sector salud
*Digital model for the management of social service
in public institutions of health sector*
María Valeria Jiménez-Báez, Luis Sandoval-Jurado, María Margarita Chávez-Hernández,
Francisco Javier Alcocer-Núñez, Carlos Iván Domínguez-Vázquez, Rodrigo Alejandro Santoyo-Tenorio

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

enero-marzo 2025 vol. 33 núm. 1

Investigación



e1490 Guía de intervenciones de enfermería en la preparación y administración de medicamentos oncológicos
Guide to nursing interventions in preparation and administration of oncological medications

Efraín Merari Moreno-Caballero, Ana Rosa Hernández-Villarreal, José Emeterio Burgos-Jiménez, Griselda Gaspar-González, Assenet Gómez-López, Claudia Erika Hernández-Flores

Revisión



e1498 Análisis de los programas de salud sobre el cáncer cervicouterino en México
Analysis of health programs on cervical cancer in Mexico

Erika Patricia Rojas-González

Experiencias de la práctica



e1489 Plan de cuidados de enfermería aplicado a paciente adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda
Nursing care plan applied to an adolescent patient diagnosed with acute appendicitis

Sinai Baltierra-Ibarra

Información general



e1459 Intervenciones de enfermería en el cuidado de la salud mental de personas adultas mayores
Nursing interventions in the mental health care of older adults

Leticia Yoshoky Cordero-Corona, Alexia Gabriela Aguirre-Zazueta, Diana Yaretzy Castañeda-Zazueta, Zindy Pamela Núñez-Irizar, Paola Karely Avendaño-Zamora, Miriam Gaxiola-Flores

Información general



e1464 La educación integral de las personas con enfermedades mentales en el ámbito de la enfermería psiquiátrica
The comprehensive education of people with mental illnesses in the field of psychiatric nursing

Gabriela Ontiveros-Herrera, Miguel Alejandro Emmanuel Castro-Romero, Christian Paul Beltrán-Báez, Gerardo Pérez-Hernández, Miriam Gaxiola-Flores, Roberto Joel Tirado-Reyes

Karla Ivonne Mijangos-Fuentes^{1a}

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Ciudad de México, México

Doi: 10.5281/zenodo.14366797

ORCID

0000-0002-9565-2233^a

Resumen

A continuación, se presenta una reflexión sobre los elementos que instituyen y validan la violencia epistémica, y cómo esta, a su vez, perpetúa la desigualdad de género y la subjetividad de inferioridad construida en la enfermería como profesión. El texto se compone del conocimiento multidisciplinar de las Ciencias Sociales, desde donde se analiza y discute el concepto de *violencia epistémica*, para realizar una breve y respetuosa readaptación de estos significados sobre la configuración de esta violencia en la psiquis y cuerpo de las enfermeras. Así, damos cuenta de la diversas formas, estructuras, instituciones y autoridades que anulan a las mujeres enfermeras como fuente epistémica de la Salud Pública, además de que la paridad de género y el reconocimiento de esta profesión sigue siendo una deuda histórica que la propia violencia ha encubierto.

Palabras clave:

Enfermería
Conocimiento
Ciencia
Violencia Epistémica
Colonialismo

Keywords:

Nursing
Knowledge
Science
Epistemic Violence
Colonialism

Abstract

Below, a reflection is presented on the elements that institute and validate a type of violence such as epistemic violence, and how this in turn perpetuates gender inequality and the subjectivity of inferiority built in nursing as a profession. The text is made up of multidisciplinary knowledge of the Social Sciences, from which the concept of epistemic violence is analyzed and discussed, to carry out a brief and respectful readaptation of these meanings on the configuration of this violence in the psyche and body of nurses. Thus, we realize the various forms, structures, institutions and authorities that nullify women nurses as an epistemic source of Public Health, coupled with the fact that gender parity and the recognition of this profession continues to be a historical debt that violence itself has covered up.

Correspondencia:

Karla Ivonne Mijangos Fuentes

Correo electrónico:

kaivo8416@gmail.com

Fecha de recepción:

24/11/2024

Fecha de aceptación:

09/12/2024

El feminismo le dio a mi vida y a mi pensamiento alas de cóndor y cimas de montaña, elementos desde donde miro y entiendo mi tiempo, mi pueblo, mi historia.

Julietta Paredes.

Cuando se habla de la época colonial, el discurso se concentra en el concepto *descubrimiento* como un hecho innovador y desarrollista de un mundo subalterno, subdesarrollado e inculto. Y justo esta representación social del descubrimiento de América es lo que ha configurado una red de pensamiento y hecho social en sí mismo, como la verdad constante que atraviesa la ciencia, la disciplina, la justicia y la vida cotidiana.

En esta asociación con el descubrimiento, el imaginario social y la construcción del conocimiento se desarrollaron a partir de una *hybris del punto cero*, que, como señala Castro Gómez,¹ se refiere a un nivel de superioridad con una posición privilegiada desde donde se ha instituido y validado el conocimiento como una realidad para todos en *masculino*.

A partir de esta primera idea, podemos reflexionar sobre algunos elementos y arquetipos que forman la base sobre la que se construyó el conocimiento, su método de aprobación y la autoridad de validación del mismo. Así, damos cuenta de una primera injusticia epistémica sobre la que se configuró la realidad y en la que evidentemente las mujeres no aparecen como una episteme científica y de experimentación de la vida cotidiana (figura 1).²

Hablar de injusticia del conocimiento, nos lleva a *re-pensar* la violencia epistémica como el principal elemento que cimentó las profesiones, y muy particularmente, a aquellas feminizadas o hechas para las mujeres, como el caso de la enfermería. En este sentido, se incluyen las de tipo mitológico, es decir, aquellas que viven encerradas en un concepto y que son escasamente visibles, ya que se (re)producen en una dualidad y entorno modificado y/o aceptado como legado histórico, y, más puntualmente, natural y genético.

Es importante comprender que la violencia epistémica es una forma de vida aceptada por la enfermería, la cual es difícil de visibilizar y, por ende, erradicar, porque la violencia de conocimiento no solamente ha influido en la forma de producción del saber enfermero, sino en cómo esta fuente de sabiduría profesional se proyecta al interior de las ciencias de la salud y la sociedad misma.

Así, es posible cuestionarse ¿qué uso político, económico y estructural se le da al conocimiento producido por la enfermería en el interior de la Salud Pública? Asimismo,

nos preguntamos ¿se reconoce a la enfermería como productor y/o agente de dicho conocimiento?, por ende ¿ese conocimiento enfermero es suficiente y necesario para incidir y transformar la política pública en materia de salud?

En la figura 1 se muestra cómo la colonialidad del saber se posicionó en la ciencia como el principal dispositivo de poder y autoridad para validar el conocimiento disciplinar;³ sin embargo, pocas veces hemos analizado que la ciencia no es neutral sino androcéntrica, heteronormada y patriarcal. Por ende, ha construido toda la realidad bajo un criterio de racionalidad instrumental, objetividad cíclope y universalidad masculina que ha edificado una brecha inmensa hacia la paridad de género en la construcción del conocimiento.⁴ Es así como se pueden hallar muchas de las respuestas acerca del uso de la vestimenta en la profesión, la infraestructura del sistema de salud, el arquetipo de los hospitales, entre otros. Es en este punto donde se da la posibilidad de pensar un mundo diferente, si la enfermería hubiese tenido voz y participación en la construcción de estos elementos y conocimientos.

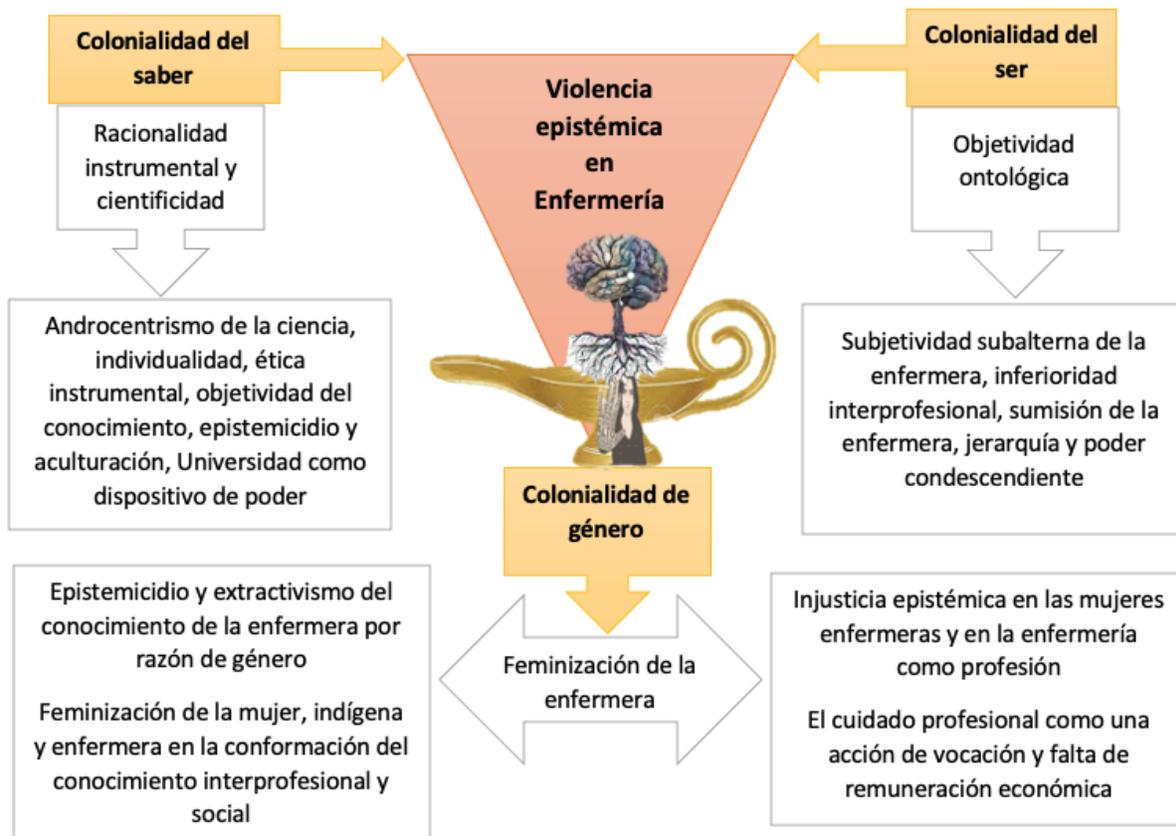
Con respecto a la colonialidad del ser, lo primero lleva a lo segundo, ya que la cimentación de la ciencia desde una mirada cíclope ha posicionado a las mujeres de la salud en un lugar subalterno con todas sus normas, principios, maniqueísmos y valores androcéntricos.

Así, la enfermería, al consumir, procesar y almacenar la información previamente estructurada bajo una *hybris del punto cero*, presenta ciertas matrices colonizadas en su forma de ser, hacer y estar en el mundo de la salud y la sociedad, es decir, ya no es consciente de una violencia estructural sino más bien se adapta a un tipo de resiliencia de “*el más fuerte es el que vence*”, por ende, la enfermería se asume como una parte importante del sistema de salud, pero no como una pieza clave de las sociedades sanas.

Finalmente, en el concepto de colonialidad de género podemos dar cuenta de nuestra realidad como mujeres, porque en todo este breve recorrido de la violencia en función del conocimiento las enfermeras son las principales excluidas de la historia de la salud, pues justo la salud y la enfermedad se cuentan a partir de un descubrimiento de grandes hombres que institucionalizaron la medicina como ciencia del poder colonial.⁵

Y en esta historia contada, las *mujeres medicina*, enfermeras y brujas fueron demonizadas y expropiadas de su conocimiento para validarlo desde otra ciencia y otra corporalidad. En esta trayectoria, Julieta Paredes⁶ explica que en el entronque patriarcal colonial las mujeres europeas ya llevaban consigo una carga de violencias de género;

Figura 1 Violencia epistémica en enfermería



Fuente: Elaboración propia a partir del marco conceptual de la violencia epistémica

sin embargo, estas, al interrelacionarse con las mujeres amerindias, ocuparon una zona de privilegio en tanto las mujeres del nuevo mundo pasaron a irrumpir la zona de la inferioridad y la vulnerabilidad.

Así, las enfermeras en este entronque profesional se mantienen en el puesto que las mujeres amerindias ocuparon en el sistema etno-racial y de género, es decir, les corresponde ser las mujeres no civilizadas, expropiadas y colonizadas de sus saberes, dominadas por la profesión masculinizada y sin remuneración justa, pues se les ha hecho creer que el cuidado debiera ser una vocación y razón natural de su ser.

En conclusión, la violencia epistémica no es un concepto que debamos traducir e implementar en la enfermería, más bien es una matriz de colonización que debemos observar y reflexionar en nuestras corporalidades y formas de hacer y de existir como enfermeras, porque no es válido cuestionar únicamente nuestro borramiento histórico de la Salud Pública, se hace necesario recuperar nuestra ancestralidad como mujeres medicina e hijas de las brujas que sobrevivieron a la quema y, en el hoy, imaginar y construir otro mundo con nosotras como fuente de conocimiento.

Referencias

1. Castro-Gómez S. La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2005.
2. Güereca-Torres R. Violencia epistémica e individualización: tensiones y nudos para la igualdad de género en las IES. Reencuentro: Género y educación superior 2017;74:11-32. Disponible en: <https://reencuentro.xoc.uam.mx/index.php/reencuentro/article/view/929>

3. Foucault M. El juego de Michel Foucault, en: Saber y verdad. Madrid: Ediciones de la Piqueta; 1984.
4. Blazquez-Graf N, Fernández-Rius LE. Política de Ciencia y Tecnología con Perspectiva de Género en México. *cadernos pagu* 2016; 49: 2-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490010>
5. Lugones M. Colonialidad y género. *Tabula Rasa* 2008;9:73-101. Disponible en: <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>
6. Paredes J, Guzmán A. El tejido de la rebeldía. ¿Qué es el feminismo comunitario? La Paz: Comunidad Mujeres Creando Comunidad; 2014.

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

Mijangos-Fuentes KI. Violencia epistémica: una realidad en la cotidianidad del profesional de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(1):e1527. doi: 10.5281/zenodo.14366797

Carolina Sánchez-Pérez^{1a}, Eduardo Huerta-Fuentes^{2b}, Alejandra Elizalde-Munive^{2c}, Itzel Gutiérrez-Gabriel^{3d}, Adán Sergio Bonilla-Becerril^{4e}, Betzabeth Andrea Cortés-Giles^{4f}, Néstor Isaí Domínguez-Delgado^{4g}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 57, Programa de Residencia en Medicina Familiar. Puebla, Puebla, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 57, Área de Medicina Familiar. Puebla, Puebla, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 57, Coordinación de Educación e Investigación en Salud. Puebla, Puebla, México

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 2, Área de Medicina Familiar. Puebla, Puebla, México

Número de aprobación del Proyecto: 1461-7953

Doi: 10.5281/zenodo.14366856

Resumen

ORCID

0000-0002-5155-1641^a

0009-0007-8984-1090^b

0009-0008-3929-9325^c

0000-0002-7036-1579^d

0009-0004-2233-0286^e

0000-0002-0563-979X^f

0000-0001-9412-4984^g

Palabras clave:

Lactancia Materna

Conocimiento

Salud Materno-Infantil

Educación

Leche Humana

Keywords:

Breast Feeding

Knowledge

Maternal and Child Health

Education

Milk, Human

Correspondencia:

Carolina Sánchez Pérez

Correo electrónico:

casape1292@hotmail.com

Fecha de recepción:

03/01/2024

Fecha de aceptación:

15/10/2024

Introducción: la lactancia tiene múltiples beneficios para el desarrollo y para la salud materna e infantil. Es importante promover estrategias educativas que fomenten la lactancia materna temprana.

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento de lactancia materna antes y después de una intervención educativa en primigestas.

Metodología: estudio cuasiexperimental, unicéntrico, en 200 pacientes primigestas, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 (UMF No. 57) del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se aplicó el instrumento *Cuestionario de Conocimiento, Aptitudes y Prácticas* antes y después de una intervención educativa; los datos fueron analizados con estadística descriptiva y prueba *t* de Student.

Resultados: del total de 200 mujeres primigestas de la UMF No. 57, la media de edad fue de 28 años (15-49), el nivel escolar que predominó fue el de carrera técnica (37.8%), y un 43.8% de mujeres eran casadas. Con respecto a la ocupación, el 39.3% eran amas de casa, y con respecto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna antes de la intervención educativa la media fue de 38.77% ($n = 77$), posterior a la intervención educativa el nivel de conocimiento de lactancia aumentó la media a 82.6% ($n = 165$), observándose un aumento estadísticamente significativo ($p = 0.000$) en los conocimientos de mujeres primigestas.

Conclusión: una estrategia educativa es efectiva para el aumento y mejoría del conocimiento de la lactancia materna en primigestas.

Abstract

Introduction: Breastfeeding has multiple health benefits for mothers and infants and promotes development. It is important to promote educational strategies that encourage early breastfeeding.

Objective: To determine the level of knowledge about breastfeeding before and after an educational intervention in primigravid women.

Methodology: A study quasi-experimental, single-center, was conducted in 200 primigravid patients from Family Medicine Unit (UMF) No. 57 of the Mexican Social Security Institute (IMSS). The "Knowledge, Attitudes, and Practices Questionnaire" was applied before and after an educational intervention; data were analyzed using descriptive statistics and Student's *t*-test.

Results: Of the total 200 primigravid women from UMF No. 57, the mean age was 28.55%, the predominant educational level was a technical career at 37.8%, and 43.8% of women were married. Regarding occupation, 39.3% were predominantly housewives, and the level of knowledge about breastfeeding before the educational intervention was predominantly low at 38.77%, which increased to 82.6% after the intervention, observing a statistically significant increase ($p = 0.000$) in the knowledge of primigravid women.

Conclusion: An educational strategy is effective in increasing and improving breastfeeding knowledge in primigravid.

Introducción

La lactancia materna es el alimento ideal para todo ser humano desde el primer momento del nacimiento, ya que ofrece grandes beneficios para el binomio madre-hijo tanto en la etapa de lactancia como en la salud de ambos a corto y largo plazo. También presenta un gran impacto social, económico y ecológico.^{1,2,3,4}

La lactancia materna es considerada como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU (Organización de las Naciones Unidas), debido a que, actualmente, el cambio climático es un problema urgente que se debe de atender, por lo que se deben realizar inversiones para apoyar la lactancia materna y así tenga impacto en el planeta.^{5,6,7}

La promoción de la lactancia materna es una intervención crucial en salud pública con impactos significativos en la mortalidad infantil y materna, así como en la economía global. La implementación de acciones efectivas para promover esta práctica podría prevenir más de 823,000 muertes infantiles y 20,000 muertes maternas anualmente.^{8,9,10,11}

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2018 (ENSANUT 2018) reportó que, en nuestro país, la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño y de la niña aumentó de 14 a 33.6%.^{12,13,14,15}

En nuestra población, desafortunadamente, la mayoría de las madres no realizan la lactancia materna por: desinformación, nivel educativo y estado civil, así como por la promoción de los sucedáneos en medios de información.^{16,17,18}

La tasa actual de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses en nuestro país aumentó respecto años anteriores, aunque sigue siendo un porcentaje subóptimo que refleja la influencia de los factores socioeconómicos y culturales que contribuyen al abandono precoz de esta.^{4,7,11,14,15,19,20}

Téllez *et al.* realizaron un estudio transversal descriptivo de 100 mujeres puérperas de julio a diciembre de 2016, cuyo objetivo fue identificar su nivel de conocimiento sobre lactancia materna en mujeres jóvenes, cuyos hallazgos fueron los siguientes: el nivel educativo medio superior se correlacionó positivamente con el éxito en la lactancia, las mujeres casadas mostraron mayor adherencia a la lactancia prolongada, sugiriendo el apoyo conyugal como factor protector y que solo el 56% conocía la lactancia materna exclusiva.²¹

Ante la situación presente en nuestro país, este estudio

se enfocó en investigar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en mujeres primigestas derechohabientes en la Unidad Médico Familiar No. 57 en la ciudad de Puebla, México.

Metodología

Se realizó un estudio cuasi-experimental unicéntrico, durante el periodo de noviembre de 2022 a febrero de 2023. La muestra de 200 pacientes primigestas se obtuvo del censo de la Unidad de Medicina Familiar No. 57 de la ciudad de Puebla, México. El tamaño de muestra se calculó con un intervalo de confianza del 95%, valor crítico de 1.96 ($Z_{1\alpha/2}$) y precisión del 5%. Se incluyeron pacientes con edades entre 15 y 40 años, primigestas, que tuvieran entre 34 a 37 semanas de gestación. No se incluyó a quienes no deseaban participar, a quienes refirieron enfermedades infecto-contagiosas y a quienes no sabían leer y escribir.

Previa firma del consentimiento informado por las pacientes primigestas que participaron voluntariamente, se recabó la información sociodemográfica mediante una cédula y se utilizó el *Cuestionario de Conocimiento, Aptitudes y Prácticas de Lactancia Materna entre Mujeres* (anexo 1), estructurado con 37 ítems con escala tipo Likert. El nivel de conocimiento sobre lactancia materna se clasificó en: *bajo, mínimo y bueno*. Dicho cuestionario fue validado por Akinyinka²³ con madres lactantes en Nigeria. Por nivel de conocimiento se asignó una calificación en función del puntaje porcentual total obtenido: *nivel bajo* del 0 al 49%, *nivel mínimo* del 50 al 74% y *nivel bueno* del 75 al 100%.

Una vez llevada a cabo la firma del consentimiento informado se decidió realizar la primera evaluación con dicho instrumento, posteriormente se citó para dar la intervención educativa con una duración de dos horas por una médica residente de segundo año de Medicina Familiar y por personal de Trabajo Social, y se les citó a los dos meses para realizar la segunda evaluación. La exposición de los temas fue mediante presentación a través de diapositivas sobre la lactancia materna, los beneficios para el binomio, las técnicas de amamantamiento, la extracción, almacenamiento, administración y conservación de la leche materna. También se utilizó material didáctico para la práctica, muñecos, modelos anatómicos de mamas con estambre, almohadas, sillas, frascos y dibujos. La segunda aplicación del cuestionario posterior a la intervención se realizó dos meses después.

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa IBM SPSS Statistics V-2021. Se calcularon medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables numéricas, así como el mínimo y el máximo. La técnica estadística de comparación de medias de nivel de conocimiento sobre lactancia materna antes y después de una intervención educativa a través de la prueba *t* para muestras independientes (*t* de Student) con una significancia de ≤ 0.05 .

Resultados

La media de edad de la población en estudio fue de 28.55 años, con un rango intercuartílico de 9, edad mínima de 15 y máxima de 49 años.

En cuanto a las variables sociodemográficas se encontró predominio del estado civil casada (43.8%), la escolaridad más frecuente fue carrera técnica (37.8%) y prevaleció la ocupación de ama de casa (39.3%) (cuadro I).

El nivel de conocimiento de las pacientes antes de la intervención educativa fue *bajo* en el 67.2% de las pacientes y después de dos meses fue *bueno* en el 69.7% (cuadro II).

En el estudio del nivel de conocimiento de lactancia materna en mujeres primigestas antes y después de una intervención educativa se aplicó la prueba *t* de Student, a fin de comparar las medias de los puntajes de conocimiento pre y postintervención. Los resultados reflejan una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.000$)

Cuadro I Características sociodemográficas de población primigesta (n = 200)

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Soltera	48	23.9
	Casada	88	43.8
	Unión Libre	64	32.3
Ocupación	Ama de casa	79	39.3
	Comerciante	71	35.3
	Empleada	42	20.9
	Estudiante	8	4.5
Escolaridad	Primaria	15	7.5
	Secundaria	42	20.9
	Bachillerato	67	33.3
	Carrera técnica	75	37.8
	Licenciatura	1	0.5

Fuente: población de pacientes primigestas que fueron incluidas en el estudio

Cuadro II Nivel de conocimiento de población primigesta sobre lactancia materna pre y postintervención educativa (n = 200)

Nivel de conocimiento	Puntaje	Preintervención		Postintervención	
		f	Porcentaje	f	Porcentaje
Bajo	0 a 49	135	67.2	1	0.5
Mínimo	50 a 74	60	30.3	60	29.9
Bueno	75 a 100	5	2.5	139	69.7

Fuente: población de pacientes primigestas que fueron incluidas en el estudio

entre las mediciones, con un nivel de confianza del 95%. Es posible decir que el nivel de conocimiento de lactancia materna después de la intervención educativa fue mayor que antes de la intervención en la población de primigestas, tal como se muestra en el cuadro III.

Discusión

Nuestro estudio se realizó en una población de 200 pacientes, quienes, en su mayoría, contaban con escolaridad de carrera técnica (37%) y bachillerato (33%); la media de edad era de 28 años y el 43.8% estaban casadas. Estos resultados fueron similares a los identificados en el estudio realizado por Téllez *et al.*²¹ en el año 2016, en el que se observó que la mayoría de la población en estudio eran mujeres entre 24 a 29 años (40%), con escolaridad preparatoria (47%) y su estado civil era casadas (47%). Probablemente, la similitud en los resultados de ambos estudios se deba a que los dos se realizaron en nuestro país.^{24,25,26,27,28}

En el estudio realizado por Alonso *et al.* en la provincia de Ciego, Cuba, durante el periodo de los años 2017 al 2019, se efectuó una intervención educativa sobre lactancia materna exclusiva en la que participaron 90 mujeres adolescentes embarazadas, identificando que el 96.4% de la población de estudio contestó correctamente el cuestionario aplicado. En comparación con nuestro estudio, en nuestro trabajo se identificó que el 67.2% de nuestra población estudiada contaba con un conocimiento bajo

Cuadro III Comparación del nivel de conocimiento de primigestas sobre lactancia materna antes y después de intervención educativa (n = 200)

Interpretación	Media de conocimiento	t de Student
Antes de la intervención	38.77	-32.966 $p = 0.000$
Después de la intervención	82.16	

Fuente: población de pacientes primigestas que fueron incluidas en el estudio

antes de la intervención educativa. Tal vez, la diferencia entre los resultados de ambos estudios se debe a que en Cuba la educación es primordial, en cambio, en nuestro país el abandono de la educación es multifactorial.²⁹

En el estudio realizado por González *et al.* realizado en la provincia de Holguín, Cuba, los autores deseaban aumentar el conocimiento de las participantes sobre lactancia materna, sobre quienes se identificó que el rango de edad predominante era de 20 a 24 años, el nivel educativo que predominó fue preuniversitario y en referencia al estado civil predominó unión consensual. El nivel de conocimiento antes de la intervención era de 38% y posterior a la intervención fue de 76.3%; sin embargo, en nuestro estudio la media de la edad era de 28 años, el 43.8% estaba casada y, de igual manera, predominó el nivel educativo superior. En cuanto al puntaje medio ob-

tenido antes de nuestra intervención este era de 38.77 y posterior a esta, de 82.16. Por lo que se confirmó que, a través de la respectiva intervención educativa, se incrementó el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en ambos países.¹¹

Conclusiones

Se determinó que el conocimiento sobre lactancia materna antes de la intervención educativa en primigestas de la Unidad de Medicina Familiar No. 57 La Margarita, en Puebla, es diferente al conocimiento después de la intervención educativa en las pacientes de estudio. Es necesario que el personal de salud valore la técnica de lactancia materna para detectar a aquellas mujeres con riesgo y brindarles seguimiento para una lactancia materna exitosa y eficaz.

Referencias

1. United Nations International Children's Emergency Fund. México. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>. Consultado 2022.
2. Stevens EE, Patrick TE, Pickler R. A history of infant feeding. *J Perinat Educ.* 2009;18:1-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1624/105812409X426314>
3. Encuesta Nacional De Salud y Alimentación. México, INSP: 2018. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
4. Novianty N, Syarif S, Ahmad M. Influence of breast milk education media on increasing knowledge about breast milk: Literature review. *Gac Sanit.* 2021;35:1-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.031>
5. Organización Panamericana de la Salud. Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. OPS; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwide-failed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding>
6. United Nations International Children's Emergency Fund. Prácticas de lactancia materna en México. México: INSP; Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/media/2866/file/Pr%C3%A1cticas%20de%20lactancia%20materna%20en%20M%C3%A9xico.pdf>
7. Seyyedi N, Rahmatnezhad L, Mesgarzadeh M, et al. Effectiveness of a smartphone-based educational intervention to improve breastfeeding. *Int Breastfeed J.* 2021;16:1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-021-00417-w>
8. Gastélum A, Hurtado JG. Lactancia materna e inteligencia. Breve revisión bibliográfica. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son.* 2020;37:29-33. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2020/bis201e.pdf>
9. The World Alliance for Breastfeeding Action. Disponible en: <http://waba.org.my/v3/wp-content/uploads/2019/10/wbw2016-af-i.jpg>
10. International Baby Food Action Network. Disponible en: http://www.ibfanal.org/SMLM/SMLM2020/SMLM2020_older-accion.pdf
11. Peña-González M, Salazar-Hernández A, Riverón-Carralero WJ, et al. Estrategia educativa para promover la lactancia materna exclusiva en embarazadas. *Frank País, Holguín, 2022. Correo Científico Médico.* 2023;27(1). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4795/2267>
12. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet.* 2016;387(10017):491-504. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
13. United Nations International Children's Emergency Fund. México. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-y-trabajo>.
14. Sanchez F, Zuniga G, Ramirez JL. An educational intervention to implement skin-to-skin contact and early breastfeeding in a rural hospital in México. *Int Breastfeed J.* 2019;14:1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-019-0202-4>
15. Mostafa OA, Salem MR, Badr AM. Effect of an educational intervention on breastfeeding knowledge and attitude among interns at Cairo University Hospital. *J Egypt Public Health Assoc.* 2019;94:1-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s42506-019-0020-y>
16. Álvarez AS, García O, Valle MP. Factores que influyen en la madre, en el abandono de la lactancia. *Revista CONAMED.* 2020;25:167-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/97336>
17. Öztürk R, Ergün S, Özyazicioğlu N. Effect of antenatal educational intervention on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: a quasi-experimental study. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0428>
18. Chekol E, Ayalew G, Asmare G, et al. Levels and determinants of prenatal breastfeeding knowledge, attitude, and intention among pregnant women: A cross-sectional study in Northwest Ethiopia. *Front Public Health.* 2022;10:1-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.920355>
19. Čatipović M, Marković M, Grgurić J. Effects of a breastfeeding educational intervention on secondary school students after 6 months. *Acta Clin Croat.* 2021;60:1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20471/acc.2021.60.04.02>
20. Abdulahi M, Fretheim A, Argaw A, et al. Determinants of knowledge and attitude towards breastfeeding in rural pregnant women

- using validated instruments in Ethiopia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18157930>
21. Téllez E, Romero GM, Galván GM. Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres puérperas que acuden al primer nivel de atención. *Rev Enfem Inst Mex Seguro Soc*. 2019;27:196-205.
 22. Paredes E, et al. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. *Rev de Enfem Inst Mex Seguro Soc*. 2019;26:239-247.
 23. Akinyinka MR, Olatona FA, Oluwole EO. Breastfeeding knowledge and practices among mothers of children under 2 years of age living in a military barrack in southwest Nigeria. *Int J MCH AIDS*. 2016;5:1-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21106/ijma.79>.
 24. Bich TH, Long TK, Hoa DP. Community-based father education intervention on breastfeeding practice-Results of a quasi-experimental study. *Matern Child Nutr*. 2019;15:1-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.12705>
 25. You H, Lei A, Xiang J, et al. Effects of breastfeeding education based on the self-efficacy theory on women with gestational diabetes mellitus: A CONSORT-compliant randomized controlled trial. *Medicine*. 2020;99:1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000019643>
 26. Souza EF do C, Pina AA, Shimo AKK. Effect of a breastfeeding educational intervention: a randomized controlled trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3081.3335>
 27. Morales V, Ramos A, Loeza I. Efectividad de una estrategia educativa en lactancia materna en médicos residentes del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 2 (HGZ MF2) Irapuato, Guanajuato durante 2019. *Dilemas Contemp: Educ Política Valores*. 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2564>
 28. Guerra DE, Martínez GME, Arias OY, et al. Impacto de estrategia educativa sobre lactancia materna a futuras madres. 2005-2016. *Mul Med*. 2017;21:28-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul172d.pdf>
 29. Alonso JLM, Colina OF, Gómez LR, et al. Propuesta de intervención educativa sobre lactancia materna exclusiva para las gestantes adolescentes. *Rev Cuba Aliment Nutr*. 2022;31(2):12. Disponible en: <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1249/1736>
-
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**
- Carolina Sánchez-Pérez C, Huerta-Fuentes E, Elizalde-Munive A *et al*. Conocimientos, aptitudes y prácticas de lactancia materna en primigestas antes y después de una intervención educativa. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(1):1461. doi: 10.5281/zenodo.14366856

Anexo 1 Cuestionario de Conocimiento, Aptitudes y Prácticas de Lactancia Materna entre Mujeres

Apartado 1	Respuesta
1. ¿Cuál de estos es el mejor alimento para un bebé recién nacido?	a) Leche materna b) Fórmula infantil c) Agua con azúcar d) Mezcla de hierbas e) Agua limpia f) Otros (especifique)
2. ¿Cuáles son las ventajas de amamantar a un bebé? (Se permiten múltiples respuestas)	a) Contiene todos los nutrientes que el bebé necesita b) Protege al bebé de ciertas enfermedades c) Es más barato d) es conveniente d) Puede ayudar a la madre a separar a sus hijos e) Protege a la madre de algunas enfermedades f) Promueve la unión entre la madre y el bebé g) No sé
3. ¿Cuándo debe comenzar la lactancia materna una vez que nace un bebé? (Solo una opción)	a) Entre 30 minutos y 1 hora después del parto b) En cualquier momento durante el primer día de vida del bebé c) 24 horas después del parto o más d) Una vez que el bebé haya pasado la primera defecación e) No sé
4. Se debe administrar a un bebé cualquier otro alimento antes de comenzar a amamantar	a) Sí b) No
5. En caso afirmativo, ¿por qué un bebé debe recibir otros alimentos antes de comenzar a amamantar?	
6. En caso afirmativo, ¿qué alimento debe administrarse al bebé?	
7. ¿Se debe dar a un bebé la primera leche que proviene de los senos (calostro)?	a) Sí b) No c) No sé
8. ¿Alguna vez ha oído hablar de la lactancia materna exclusiva?	a) Sí b) No c) No sé
9. En caso afirmativo, ¿dónde aprendió por primera vez acerca de la lactancia materna exclusiva?	a) Medios de comunicación (radio, televisión, periódicos) b) Instalaciones de salud c) Amigos o familia d) Otros (por favor especifique)
10. ¿Cuál es el significado de la lactancia materna exclusiva?	a) Darle leche materna al bebé y fórmula infantil b) Darle leche materna y agua limpia al bebé c) Dar solo leche materna al bebé d) Darle leche materna y vitaminas al bebé
11. ¿Por cuánto tiempo debe un bebé ser amamantado exclusivamente?	a) 1 - 3 meses b) 4 - 6 meses c) 7 - 9 meses
12. ¿Hasta qué edad debe una madre seguir amamantando a su bebé después de comenzar a comer otros alimentos?	a) 4 - 6 meses b) 7 - 9 meses c) 12 - 18 meses d) 24 meses o más
13. ¿Siente que una madre solo puede dar leche materna a su bebé durante los primeros seis meses?	a) Sí b) No
14. ¿Considera que la leche materna sola es adecuada para un bebé durante los primeros 6 meses de vida?	a) Sí b) No
15. Si no, ¿por qué?	a) No es suficiente para el bebé b) Puede enfermar al bebé c) No contiene suficientes nutrientes d) El bebé seguirá teniendo sed e) Otros (por favor especifique)
16. ¿Siente que es importante que cada madre amamante a su bebé exclusivamente?	a) Sí b) No
17. ¿Siente que una madre trabajadora debe amantar a su bebé mientras trabaja?	a) Sí b) No
18. ¿Se puede conservar la leche materna extraída para su uso posterior?	a) Sí b) No c) No sé
19. En caso afirmativo, ¿cómo se puede conservar la leche materna extraída?	a) Al freírlo b) Al cocinarlo c) Colocar en un refrigerador d) Colocar en un estante por más de 6 horas

Continúa en la página: 7

Apartado 2, Prácticas de lactancia	Respuesta
20. ¿Alguna vez ha amantado o está amamantando actualmente?	a) Sí b) No
21. Si no, ¿por qué?	a) No pensé que fuera muy importante b) No fue conveniente c) Mi pareja no lo apoyó d) El bebé rechazó el pecho e) Quería prevenir la infección por VIH f) Estaba enfermo g) Otros (por favor especifique)
22. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo después del parto comenzó a amamantar?	a) Menos de 1 hora b) 2 - 6 horas c) 7- 23 horas d) 24 - 48 horas e) durante 48 horas
23. ¿Recibió su hijo algún otro alimento o líquido antes de comenzar a amamantar?	a) Sí b) No c) No sé
24. En caso afirmativo, ¿qué le dio?	a) Agua pura b) Agua con azúcar c) Fórmula infantil d) Jugo e) Hierbas f) Otras (por favor especifique)
25. En caso afirmativo, ¿por qué administró líquidos o alimentos antes de comenzar a amamantar?	a) La leche materna no fluyó b) Es nuestra tradición c) El bebé tenía hambre d) Otros (por favor especifique)
26. ¿Está practicando o practicó la lactancia materna exclusiva (dar leche materna sola)?	a) Sí b) No
27. En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo practicó o ha estado practicando la lactancia materna exclusiva?	a) El bebé se negó a tomar la leche materna b) Reanudó el trabajo c) No fue conveniente d) El bebé no estaba satisfecho e) Otros (por favor especifique)
28. Si no, ¿por qué no?	
29. ¿Durante cuánto tiempo ha amamantado a su hijo?	
30. ¿Dejó de amamantar antes de que su hijo tuviera 6 meses de edad?	a) Sí b) No
31. Si es así, ¿por qué?	a) El bebé se negó a tomar la leche materna b) Reanudé en el trabajo c) No fue conveniente d) El bebé no estaba satisfecho e) Otros (por favor especifique)
32. ¿Cuándo decidió amamantar a tu bebé?	a) Antes de quedar embarazada b) Durante el embarazo c) Después del parto
33. Si está amamantando, ¿cuántas veces alimenta a su bebé por día?	a) < 6 - 8 veces b) = 6 - 8 veces c) > 6 - 8 veces
34. ¿Cuál es el tiempo estimado para cada lactancia?	a) < Media hora b) Media hora c) > Media hora
35. ¿Usa un biberón para alimentar a su bebé?	a) Sí b) No
36. ¿Qué puede pasar si un bebé es alimentado con biberón? (Se permiten múltiples respuestas)	a) El bebé puede comenzar a evacuar heces frecuentes y acuosas si el biberón no está bien esterilizado b) El bebé puede no querer mamar más en el pecho c) El bebé puede comenzar a pasar heces acuosas con frecuencia si las manos de la persona que prepara los alimentos no están bien lavadas d) Los alimentos pueden ser demasiado calientes, demasiado fríos, demasiado acuosos o demasiado gruesos para el bebé e) Puede hacer que el bebé tome más alimentos.
37. ¿Cuándo alimenta a su bebé?	a) Cuando el bebé parece tener hambre. b) A intervalos regulares programados si el bebé parece tener hambre o no c) Otros (por favor especifique)

Fuente: Cuestionario de lactancia materna entre mujeres

Martha Paulina Soto-Cabrera^{1a}, Betzabeth Tovar-Luna^{1b}, Balkis de Guadalupe López-Hurtado^{1c}

¹Universidad Autónoma de Querétaro, División de Estudios de Posgrado, Querétaro, Querétaro. México

Investigación aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro

Doi: 10.5281/zenodo.14366895

ORCID

0000-0002-6827-3369^a

0000-0001-5085-5072^b

0000-0002-9807-3990^c

Palabras clave:

Calidad de la Atención de Salud
Enfermería
Satisfacción del Paciente
Diálisis
Hemodiálisis

Keywords:

Quality of Health Care
Nursing
Patient Satisfaction
Dialysis
Hemodialysis

Correspondencia:

Martha Paulina Soto Cabrera

Correo electrónico:

msoto26@alumnos.uaq.mx

Fecha de recepción:

07/02/2024

Fecha de aceptación:

15/10/2024

Resumen

Introducción: la hemodiálisis es un procedimiento cada vez más frecuente para el que se requieren profesionales que tomen en cuenta los estándares de calidad y la satisfacción de los pacientes, permitiendo mejorar los servicios de salud.

Objetivo: evaluar la calidad de atención de enfermería y relacionarla con la satisfacción del paciente en hemodiálisis.

Metodología: diseño transversal tipo correlacional, se encuestaron 188 pacientes, bajo muestreo probabilístico estratificado, se realizó análisis en SPSS V25, obteniendo intervalo de confianza al 95%. Se realizó correlación de Pearson/ Spearman.

Resultados: se obtuvo 78.54% de calidad de atención y 92.75% de satisfacción del paciente, una correlación de 0.460 de Spearman y 0.512 por Pearson la cual muestra correlación.

Conclusiones: es fundamental evaluar la calidad de la atención del personal de Enfermería, ya que este profesional tiene un acercamiento estrecho con el paciente. A su vez, la satisfacción del paciente se asocia a la calidad de atención recibida.

Abstract

Introduction: Hemodialysis is an increasingly frequent procedure, where professionals are required who take into account quality standards and patient satisfaction, allowing the improvement of health services.

Objective: To evaluate the quality of nursing care and relate it to the satisfaction of the patient on hemodialysis.

Methodology: Cross-sectional correlational design, 188 patients were surveyed, under stratified probabilistic sampling, analysis is performed in SPSS V25 obtaining 95% confidence interval. Pearson / Spearman correlation was performed.

Results: 78.54% quality of care and 92.75% patient satisfaction were obtained, a correlation of .460 by Spearman and .512 by Pearson which shows correlation.

Conclusions: It is essential to evaluate the quality of nursing care, since this professional has a close relationship with the patient, in turn patient satisfaction is associated with the quality of care received.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se considera el destino final de un conjunto de patologías que afectan al riñón de forma crónica e irreversible, e impacta por lo menos al 10% de la población mundial; sin embargo, en Latinoamérica, la revisión de los datos generados por el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud muestran que, a nivel global, la mortalidad por ERC se ha incrementado en 108% de 1990 a 2015, y el Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal indica que su prevalencia aumentó de 335 a 576 por millón de población durante el período 2000-2008. Por su parte, en México, en 2008 se alcanzó la tasa de incidencia más alta de enfermedad renal terminal en el mundo, para este país la diabetes es el principal factor de riesgo asociado; sin embargo, los metales pesados como el plomo, el arsénico, el cadmio y el mercurio se han relacionado con las nefropatías.¹

Fijando este panorama global de la enfermedad, podemos observar la importancia y necesidad de brindar atención de calidad excepcional para este grupo de pacientes, que va en aumento en México, comprendiendo que la Fundación Mexicana del Riñón registra que, actualmente, entre 8 y 9 millones de personas con insuficiencia renal en México se encuentran en etapas tempranas: 109,000 personas con insuficiencia renal crónica y cerca de 60,000 personas con tratamiento sustitutivo de la función renal (ya sea diálisis o hemodiálisis).^{1,2}

En México existen dos tipos de tratamiento para la ERC, los cuales dependen del protocolo de la institución de salud y del grado de complicación del paciente. Cabe mencionar que en México el protocolo indica la diálisis peritoneal como inicio de tratamiento, y la hemodiálisis solamente se realiza en casos especiales. Se lleva todo un protocolo específico para ser un candidato apropiado a realizarse trasplante.^{3,4}

En el tratamiento de diálisis peritoneal, el paciente puede optar por un trasplante de riñón. El trasplante renal implica colocar quirúrgicamente un riñón sano de un donante en el cuerpo de la persona afectada. Los riñones trasplantados pueden provenir de donantes fallecidos o vivos. El paciente trasplantado deberá recibir medicamentos por el resto de su vida para evitar que el cuerpo rechace el nuevo órgano. No es necesario que estos pacientes estén en tratamiento con diálisis peritoneal o hemodiálisis para poder recibir un trasplante renal.⁵

La hemodiálisis tiene como objetivo principal el eliminar los azoados (urea y creatinina) y restablecer el equili-

brio hidroelectrolítico ácido-base sanguíneo mediante la extracción continua de sangre del paciente (a través del implante de un acceso vascular) hacia el dializador o filtro en donde se equilibran líquidos, electrolitos y ácido-bases, mediante mecanismos físicos y químicos (osmosis, convección y difusión), siendo luego devuelta la sangre sin toxinas hacia el paciente a través del mismo acceso vascular formando un circuito cerrado, todo impulsado por una bomba, usando heparina como anticoagulación a dosis individualizadas.⁶

En este procedimiento de hemodiálisis es necesario reconocer el papel del personal de enfermería en el cuidado de estos pacientes. Evaluar la calidad del cuidado de enfermería permite hacer una aproximación desde la óptica de los usuarios, de sus familias y de las instituciones, que lleve a la unificación de las acciones del cuidado acordes con las percepciones de los pacientes y que se mantengan dentro de los parámetros técnico-científicos establecidos para el manejo, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad del cuidado.⁷

Mientras tanto, la calidad en salud actualmente se está desarrollando a través de los sistemas de salud de todo el mundo, implementando diversas formas de control de calidad en salud. Por este motivo es importante detallar que la calidad en salud nace y se desarrolla de forma conjunta con el desarrollo industrial y tecnológico, pero se debe tener presente que este desarrollo ha sido de manera lenta y paulatina.⁸ Por lo tanto, para evaluar la calidad es necesario contar con indicadores que permitan comparar lo realizado con los resultados esperados. La *Política de Calidad en las Unidades de Hemodiálisis* debe centrarse, de acuerdo con los tres componentes básicos que estableció Donabedian, para realizar estudios de calidad en la atención sanitaria, en: *Estructura* (medios humanos, materiales y organizativo), *Proceso* (asistencia, documentación) y *Resultado* (tasas, índices).⁹

Por otro lado, es importante mencionar que en la actualidad la medida de la satisfacción de los pacientes es uno de los métodos utilizados para evaluar la calidad de la atención prestada, pero también es una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud, al expresar su percepción y valoración de los servicios. Por ello, la satisfacción del paciente debe ser un objetivo irrenunciable para cualquier responsable de estos servicios y ha de ser vista como una medida más del resultado de sus intervenciones. Asimismo, la búsqueda de la calidad de los servicios de salud representa un desafío e, incluso, una prioridad estratégica para los profesionales de salud,

ya que esta debe tener un sentido holístico, seguro, oportuno y, sobre todo, humano.^{10,11}

Es importante indicar que el cuidado de enfermería en los pacientes renales es esencial para la protección y mantenimiento-mejoramiento de la salud, entendiendo que la ciencia del cuidado requiere conocimiento, práctica e investigación de forma continua, y en el área de hemodiálisis es necesario tener cuidados especializados de forma humanizada.¹¹

Por este motivo el objetivo del artículo es conocer la relación que existe entre la calidad de atención de enfermería y la satisfacción del paciente en una clínica privada de hemodiálisis.

Material y métodos

Diseño transicional correlacional en una población de 188 pacientes de una clínica privada en San Juan del Río, Querétaro, México.

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para población finita, utilizando un muestreo probabilístico estratificado, ya que la población se divide en segmentos, y se seleccionó una muestra para cada segmento. Primero, se distribuyó proporcionalmente el número de entrevistas de acuerdo con el número de pacientes por turno.

Los criterios de selección fueron: ser paciente con más de 6 meses de llevar tratamiento en la clínica, que aceptara firmar consentimiento informado en el que se especificaba que aceptaba participar en la investigación, sexo indistinto, escolaridad indistinta. Los criterios de no inclusión fueron: pacientes que no deseaban participar en el estudio, urémicos o con deficiencia neurológica que impidiera la realización de este, pacientes que voluntariamente se retiraron del estudio o que presentaban deficiencia visual o auditiva severa durante el llenado del cuestionario. Se eliminaron los cuestionarios incompletos o con una tasa de respuesta menor al 80% en el llenado, o que se llenara de forma incorrecta (por ejemplo, que subrayaran varias respuestas a una misma pregunta), que mostraran complicaciones durante el llenado del instrumento que dificultará su realización.

La recolección de información fue a través de la cédula de identificación realizada con autorización de la autora. El instrumento consta de 15 preguntas con respuesta de opción múltiple, la cual se denomina: I. Datos sociodemográficos.¹²

El segundo instrumento es un cuestionario estructurado validado mediante juicio de expertos, el cual permitió

hacer los reajustes necesarios al instrumento para luego aplicar la prueba estadística de alfa de Cronbach de 0.861. Dicho cuestionario consta de 26 ítems y sus respuestas van desde: *Siempre* = 2, *A veces* = 1 y *Nunca* = 0. Contiene tres dimensiones: *Técnico científico* (indicador 3, 4, 5 y 20), *Asistencial* (indicador 1, 2, 6, 7, 8, 9, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 y 26) y *Humano* (indicador 10, 11, 12, 13, 14 y 17)

El tercer instrumento es la escala de satisfacción del usuario de hemodiálisis, con validez por expertos en el área de atención, posteriormente se comparó con instrumentos relacionados (evaluación de satisfacción del sistema integral de medición de la satisfacción de usuarios [IMSS] y el de la cruzada nacional de la calidad en 2004), se aplicó y, al concluir la prueba piloto, se obtuvo por KR 20 un nivel de significancia de 0.95, cuenta con 20 ítems y dos opciones de respuesta: *Sí* = 1 y *No* = 0. Se considera al paciente como *satisfecho* cuando se alcanza un puntaje de 15 a 20 puntos, e *insatisfecho* con menos de 14 puntos

El plan de análisis de los datos constó de la elaboración de una base, utilizando el programa informático SPSS V. 25; por medio del cual se realizó un análisis descriptivo de las variables, con frecuencias, porcentajes y desviación estándar. Para la prueba de hipótesis se utilizó estadística inferencial (correlación de Spearman), también para las variables de calidad de atención y satisfacción, así como para las variables sociodemográficas, laborales y académicas.

La consideración ética del estudio se sustenta en los artículos establecidos en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud del 2018; esta investigación se considera sin riesgo, el artículo 100 indica que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, por lo que se estableció y firmó el consentimiento informado antes de la aplicación de cada instrumento.

Resultados

Se estudiaron 188 pacientes, con predominio de pacientes hombres y más del 65% refrieron ser solteros. En el **cuadro I** se describen las características generales de los pacientes. El 42.9% tienen secundaria terminada y el 29.2% son empleados formales (esto les permite ser derechohabientes y tener acceso a las sesiones de hemodiálisis).

Con respecto a la percepción de la calidad de atención los pacientes estudiados indicaron que las enfermeras realizan los procedimientos con destreza en más del 85% de las ocasiones, pero solo el 62% de ellas les informa en qué consiste el procedimiento, y poco menos de este

Cuadro I Características sociodemográficas de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis (n = 188)

Características	Porcentaje	IC95%	
		Inferior	Superior
Sexo			
Mujer	42.2	35.1	49.3
Hombre	57.8	50.7	64.9
Estado civil			
Casado	34.8	28	41.6
Soltero	65.2	58.4	72
Escolaridad			
Primaria	16.8	11.5	22.1
Secundaria	42.9	35.8	50
Preparatoria	33	26.3	39.7
Universidad	7.4	3.7	11.1
Ocupación			
Empleado	29.2	22.7	35.7
Labores del hogar	21.7	15.8	27.6

IC95%: intervalo de confianza al 95%
Fuente: cedula datos sociodemográficos

porcentaje explica las complicaciones relacionadas con su tratamiento. Asistencialmente se indica que más del 90% de las enfermeras coloca los medicamentos de forma adecuada, y están al pendiente de sus signos vitales, solo el 15% indicó que ellas se dirigen al usuario con prepotencia, y más del 30% indica que ignora su privacidad e intimidad a la hora de realizar algún procedimiento invasivo. Finalmente, el 85% menciona que las enfermeras sí están al pendiente de las necesidades que pudiera tener el paciente de forma integral. Y el 93% sí está al pendiente cuando el paciente manifiesta dolor (cuadro II).

En el cuadro III se describe la satisfacción del paciente, y se identifica que más del 92% indica que su sesión se realiza en el horario programado y la enfermera canaliza la vía con rapidez y destreza; más del 93% indica que la enfermera utiliza una adecuada técnica de asepsia durante el tratamiento, más del 95% indica que el personal lo trata con amabilidad, respeto y paciencia, y, finalmente, este mismo porcentaje indica que se siente satisfecho con la atención recibida.

Con respecto a la correlación de variables se obtuvo una correlación de 0.460, lo cual indica que es significativa y bilateral en las variables (cuadro IV).

Finalmente, en el cuadro V se reporta la correlación de Pearson, que muestra significancia y de forma bilateral al 0.512.

Discusión

Este estudio ha permitido observar que la atención que brinda el personal de Enfermería es sumamente importante en el área de hemodiálisis, y tiene un impacto significativo en la satisfacción del paciente; sin olvidar su fuerte apego a los principios científicos y éticos, cuyas intervenciones permiten fortalecer la calidad en los servicios de salud a través de acciones multidisciplinarias.¹³

La satisfacción del paciente está estrechamente relacionada con la percepción del cuidado que recibe; por lo tanto, cuando los pacientes verbalizan un desacuerdo con la calidad de la atención pueden informarlo a la institución, con la finalidad de implementar estrategias que ofrezcan mejores resultados en la salud de los pacientes y sus familiares, incrementando la satisfacción con un cuidado adecuado.¹³

Sería importante, tal como lo mencionan los autores Borré y Vargas, profundizar sobre la satisfacción del usuario en datos específicos mejor valorados relacionados con: la apariencia del personal, el sistema de señalización en los servicios, la tecnología, la puntualidad, la confianza, la amabilidad, la preparación académica, el trato personalizado y la capacidad para comprender las necesidades del paciente; y con aquellos medianamente valorados como: la información proporcionada, el interés por cumplir lo que prometen y la rapidez en la atención. Esto daría un panorama más connotativo acerca de las áreas de oportunidad de la unidad.¹⁴

La realización de esta investigación encontró como limitante que los pacientes tenían miedo a las represalias que pudieran tener al opinar sobre algún servicio o atención; esto, incluso, alertó a los investigadores a creer que el sesgo se presentaría, sin embargo diversos autores indican que esto es necesario, ya que al conocer qué esperan los pacientes del área de salud y satisfacer sus expectativas, indica la línea de acción a prestar cuidados multidisciplinarios de calidad, y es innegable que estos son determinantes para la seguridad del paciente, sin dejar de lado que este tipo de sesgos pueden suceder en las investigaciones a nivel público o privado.¹⁵

Finalmente, se indaga sobre la importancia de realizar investigación de tipo cualitativo en cuanto a estas áreas de interés, ya que la realización de entrevistas semiestructuradas y grupos focales ayudaría a dar más amplitud a estos temas.¹⁵

Cuadro II Percepción de la calidad de la atención por el personal de enfermería

Ítem	Variable	Siempre			A veces			Nunca		
		IC95%			IC95%			IC95%		
		%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior
1	La enfermera realiza los procedimientos con destreza durante su atención	85.7	80.7	90.7	9.3	5.1	13.5	5	1.9	8.1
2	La enfermera cuenta con el material adecuado durante su atención	95	91.9	98.1	5	1.9	8.1	0	0	0
3	La enfermera le explica en qué consiste el procedimiento al que el paciente será sometido	62.1	55.2	69	30.4	23.8	37	7.5	3.7	11.3
4	La enfermera le explica las complicaciones que pudiera tener durante el tratamiento	59.6	52.6	66.6	29.2	22.7	35.7	11.2	6.7	15.7
5	La enfermera actúa de inmediato ante cualquier complicación que pudiera tener	89.4	85	93.8	9.9	5.6	14.2	0.6	0	1.7
6	La enfermera es poco comunicativa durante el procedimiento al que el paciente es sometido	27.3	20.9	33.7	41	34	48	31.1	24.5	37.7
7	La enfermera ignora la hora de cita para la atención con el médico	19.9	14.2	25.6	18	12.5	23.5	60.2	53.2	67.2
8	La enfermera administra adecuadamente los medicamentos necesarios (antes, durante y después del procedimiento)	90.7	86.5	94.9	5.6	2.3	8.9	3.7	1.0	6.4
9	La enfermera controla de forma adecuada los signos vitales (antes, durante y después del procedimiento)	92.5	88.7	96.3	6.2	2.8	9.6	1.2	0	2.8
10	La enfermera saluda al usuario cortésmente antes de atenderlo	82	76.5	87.5	14.9	9.8	20.0	3.1	0.6	5.6
11	La enfermera, cuando atiende al paciente, lo llama por su nombre	94.4	91.1	97.7	5	1.9	8.1	0.6	0.5	1.7
12	La enfermera es cortés y amable en todo momento con el paciente	85.7	80.7	90.7	12.4	7.7	17.1	1.9	0	3.9
13	La enfermera se dirige a usted con expresiones de prepotencia	15.5	10.3	20.7	8.1	4.2	12	76.4	70.3	82.5
14	La enfermera ignora la privacidad e intimidad durante la atención	30.4	23.8	37	9.9	5.6	14.2	59.6	52.6	66.6
15	La enfermera dedica tiempo para escuchar las dudas del paciente	82	76.5	87.5	15.5	10.3	20.7	2.5	0.3	4.7
16	La enfermera está pendiente de las necesidades que pudiera tener el paciente de forma integral	85.1	80	90.2	13.7	8.8	18.6	1.2	0	2.8
17	En todo momento la enfermera se muestra sencilla y es humilde en el trato con el paciente, familia y médico	85.1	80	90.2	13	8.2	17.8	1.9	0	3.9
18	La enfermera brinda educación sobre el procedimiento al paciente y familia y aclara sus dudas	80.7	75.1	86.3	14.9	9.8	20	4.3	1.4	7.2
19	La enfermera en todo momento muestra interés, seguridad y confianza	88.8	84.3	93.3	9.3	5.1	13.5	1.9	0	3.9
20	La enfermera informa acerca de los cuidados a seguir en el hogar, después de ser atendido	63.4	56.5	70.3	28.6	22.1	35.1	8.1	4.2	12
21	La enfermera brinda el apoyo espiritual que el paciente y familia requiera	50.3	43.2	57.4	28.6	22.1	35.1	21.1	15.3	26.9
22	La enfermera le informa los cuidados a tener durante su estancia en el servicio	71.4	64.9	77.9	21.7	15.8	27.6	6.8	3.2	10.4
23	La enfermera resguarda la seguridad física	81.4	75.8	87	18.6	13	24.2	0	0	0
24	La enfermera realiza los procedimientos con rapidez, destreza y precisión durante su atención	79.5	73.7	85.3	16.1	10.8	21.4	4.3	1.4	7.2
25	La enfermera le atiende cuando usted le manifiesta dolor	93.2	89.6	96.8	6.2	2.8	9.6	0.6	0	1.7
26	La enfermera esta pendiente de su malestar	90.1	85.8	94.4	7.5	3.7	11.3	2.5	0.3	4.7

IC95%: intervalo de confianza al 95%; %: porcentaje

Fuente: Instrumento de calidad de atención

Cuadro III Satisfacción del paciente en clínica de hemodiálisis

Ítem	Variable	Sí			No		
		IC95%			IC95%		
		%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior
1	El personal de enfermería le orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en la unidad de HD	89.4	85	93.8	10.6	6.2	15
2	El tratamiento de hemodiálisis se realiza en el horario programado	92.5	88.7	96.3	7.5	3.7	11.3
3	La atención se realiza respetando la programación y el orden de llegada	86.3	81.4	91.2	13.7	8.8	18.6
4	Durante su atención en la unidad de hemodiálisis se respeta su privacidad	97.5	95.3	99.7	1.9	0	3.9
5	La enfermera canaliza la vía con rapidez y destreza	89.4	85	93.8	9.3	5.1	13.5
6	La enfermera utiliza una adecuada técnica de asepsia durante el tratamiento	93.8	90.4	97.2	6.2	2.8	9.6
7	La enfermera le educa sobre el cuidado adecuado de la fístula y su funcionamiento	83.2	77.9	88.5	14.9	9.8	20.0
8	La enfermera le educa sobre el debido cuidado del catéter venoso central	87	82.2	91.8	12.4	7.7	17.1
9	La enfermera monitoriza sus signos vitales	96.9	94.4	99.4	2.5	0.3	4.7
10	Los horarios para su atención son accesibles y disponibles	96.9	94.4	99.4	2.5	0.3	4.7
11	El personal le brinda el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud	91.9	88	95.8	6.8	3.2	10.4
12	El personal que lo atiende le inspira confianza	95	91.9	98.1	4.3	1.4	7.2
13	El personal lo trata con amabilidad, respeto y paciencia	96.9	94.4	99.4	2.5	0.3	4.7
14	El personal que le atiende muestra interés en solucionar su problema de salud	93.2	89.6	96.8	6.8	3.2	10.4
15	Comprende la explicación que el personal le brindó sobre el problema de salud	95.7	92.8	98.6	3.7	1.0	6.4
16	Comprendió la explicación que el personal le brindó sobre el tratamiento que recibió	96.3	93.6	99	3.7	1.0	6.4
17	Cuenta la unidad de HD con los equipos disponibles y con los materiales necesarios para su atención	92.5	88.7	96.3	7.5	3.7	11.3
18	La unidad de HD y la sala de espera se encuentran limpias y son cómodas	93.2	89.6	96.8	6.8	3.2	10.4
19	Considera adecuado el tiempo de espera para que lo atiendan	92.5	88.7	96.3	7.5	3.7	11.3
20	Se siente usted satisfecho con la atención recibida	95	91.9	98.1	5	1.9	8.1

IC95%: intervalo de confianza al 95%; %: porcentaje

Fuente: Instrumento de satisfacción del paciente en hemodiálisis

Cuadro IV Correlación de Rho de Spearman

Calidad	Coefficiente de correlación	1.000	0.460**
	<i>n</i>	161	156
Satisfacción	Coefficiente de correlación	0.460**	1.000
	<i>n</i>	156	156

**La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

Fuente: correlación de variables entre calidad de atención y satisfacción del paciente en área de hemodiálisis

Cuadro V Correlación de Rho de Pearson

Calidad	Correlación de Pearson	1	0.512**
	<i>n</i>	161	156
Satisfacción	Correlación de Pearson	0.512**	1
	<i>n</i>	156	156

**La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

Fuente: correlación de variables entre calidad de atención y satisfacción del paciente en área de hemodiálisis

Referencias

1. Consultor en salud. 2019. Disponible en: [http://consultorsalud.com/erc-mas-de-850-millones-de-personas-en-el-mundo-la-padecen/#:~:text=Se%20estima%20que%20850%20millones,en%20el%20mundo%20\(1\).](http://consultorsalud.com/erc-mas-de-850-millones-de-personas-en-el-mundo-la-padecen/#:~:text=Se%20estima%20que%20850%20millones,en%20el%20mundo%20(1).)
2. Renalis. La Insuficiencia Renal en México: Un grave problema de Salud Pública. 2016;2016.
3. Vargas-Marcos F. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Minist Sanid Serv Soc E Igual 2015;54. Disponible en: http://www.senefro.org/modules/news/images/enfermedad_renal_cronica_2015.pdf
4. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2021, Diálisis peritoneal. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-riñones/insuficiencia-renal/dialisis-peritoneal>
5. Fernández-Lucas M, Teruel-Briones JL. Técnicas de hemodiálisis. Nefrología. 2010;28:1-9.
6. Del C, Hemodialisis MDE, Del C, Humanista C, Hemodialisis ECDE, Medina A, et al. UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD. 2017;1-131.
7. Almarío B, Perla M, Aguilera M, et al. Calidad de la atención de Enfermería a los pacientes de un Hospital Regional del ISSSTE, en México DF: Un estudio basado en el grado de satisfacción de los usuarios. Enfermería. 2007;4(1):9-13. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30298>
8. María MMR. Satisfacción de los pacientes de la Atención de Enfermería. 2004.
9. Chandia Y. Introducción Calidad en Salud. Introducción a la Calidad en Salud. 2006;1-10. Disponible en: www.enfermeraspabellonyestirilizacion.cl
10. Delgado AEL. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Rev Salud Uninorte. 2010.
11. Molina-Astúa M, Quesada-Mena LD, Ulate-Gómez D, et al. La calidad en la atención médica. Medicina Legal de Costa Rica. 2004; 21(1):109-117. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007&Ing=en&tIng=es
12. Amaro M, Espinoza T. Significado del cuidado de enfermería en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Es Salud. 2004;63. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1324/1/Amaro_pm.pdf
13. Ochoa R. Recomendaciones para mejorar la atención de Enfermería. Revista CONAMED. 2003;8(3). Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=mejorar+servicios+de+salud+con+atencion+de+enfermeria&btnG=
14. Borré-Ortiz YM, Vega-Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Cienc Enferm. 2014; 20(3):81-94. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300008&Ing=es.
15. Martín RA. Satisfacción del paciente en hemodiálisis como criterio de calidad asistencial en enfermería. Rev Mex Urol. 2014;74(5):292-295.

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

Soto-Cabrera MP, Tovar-Luna B, López-Hurtado BG *et al.* Relación entre calidad de atención de enfermería y satisfacción del paciente en clínica de hemodiálisis. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(1):e1468. doi: 10.5281/zenodo.14366895

Nephtys López-Sánchez^{1a}, Ma. Luisa Leal-García^{2b}

¹Servicios de Salud del Estado de Querétaro, Centro de Salud Emiliano Zapata, Medicina Preventiva. Querétaro, Querétaro, México

²Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Contaduría y Administración. Querétaro, Querétaro, México

Investigación aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro

Doi: 10.5281/zenodo.14366962

Resumen

ORCID

0000-0003-1386-2227^a

0000-0002-4511-2052^b

Palabras clave:

Salud Mental
Condiciones de Trabajo
Enfermería
Exigencias Laborales

Introducción: el personal de salud puede verse afectado en su salud mental debido a las extensas horas de trabajo, la pérdida de pacientes, el temor de contagiarse o de transmitir el virus a sus seres queridos y al aislamiento social que enfrentan.

Objetivo: determinar la relación entre las condiciones de trabajo, las exigencias laborales y la salud mental del personal de enfermería de una institución pública.

Metodología: estudio descriptivo transversal en una muestra de 200 profesionales de la salud, las variables se obtuvieron a partir del cuestionario *SWS-Survey*, la escala de salud mental y del cuestionario de evaluación y seguimiento de salud laboral (PROESSAL). Se empleó el análisis de correspondencia para las categorías de exigencias laborales y condiciones de trabajo y se comprobó las asociaciones mediante el estadístico de chi cuadrado; para el análisis de salud mental vs. exigencias laborales y salud mental vs. condiciones de trabajo se empleó el estadístico de Kruskal- Wallis.

Resultados: existe una relación entre salud mental frente al tipo de actividad ($r = 0.287, p < 0.001$), descanso ($r = 0.150, p = 0.021$) y calidad del trabajo ($r = -0.296, p < 0.001$); la salud mental se asocia con el servicio mixto de trabajo OR: 0.02 (IC95%: 0.003-0.154, $p < 0.001$) y el puesto de auxiliar de enfermería OR: 7.65 (IC95%: 3.49-16.73, $p < 0.001$).

Conclusiones: la salud mental se relaciona con ciertas dimensiones en las exigencias laborales y condiciones de trabajo, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura.

Keywords:

Mental Health
Working Conditions
Nursing
Job Demands

Abstract

Introduction: Healthcare personnel may be affected in their mental health due to long working hours, the loss of patients, the fear of getting infected or transmitting the virus to their loved ones, and the social isolation they face.

Objective: To determine the relationship between the working conditions, the work demands and the mental health of the nursing staff of a public institution.

Methodology: Cross-sectional study that I analyzed with 200 health professionals; The variables were obtained from the *SWS-Survey* questionnaire, the mental health scale and the occupational health evaluation and follow-up questionnaire (PROESSAL). Correspondence analysis was used for the categories of work demands and working conditions and the associations were verified using the chi-square statistic; For the analysis of mental health vs work demands and mental health vs work conditions, the Kruskal-Wallis statistic was used.

Results: There is a relationship between mental health vs type of activity ($r = 0.287, p < 0.001$), rest ($r = 0.150, p = 0.021$) and quality of work ($r = -0.296, p < 0.001$); Mental health is associated with the mixed work service OR: 0.02 (95%CI: 0.003-0.154, $p < 0.001$) and the nursing assistant position OR: 7.65 (95%CI: 3.49-16.73, $p < 0.001$).

Conclusions: Mental health is related to certain dimensions in work demands and working conditions, which agrees with what has been reported in the literature.

Correspondencia:

Nephtys López Sánchez
Correo electrónico:
nephtys.lopez@gmail.com
Fecha de recepción:
25/02/2024
Fecha de aceptación:
15/10/2024

Introducción

La salud mental es definida como el “bienestar emocional, psicológico y social de un individuo o grupo”.¹ El personal de salud, y en particular los profesionales de enfermería, son susceptibles a tener mayor afectación en su salud mental debido a sus largas jornadas de trabajo, la muerte de los pacientes bajo su cuidado, al riesgo de contagiarse o contagiar a sus familias por estar laborando y al aislamiento social.² Aun cuando las horas de trabajo extraordinarias involuntarias (ya sea por sobrecarga de trabajo, para adaptarse en entornos nuevos o por autodesarrollo) sean para una mayor satisfacción al logro, estas son siempre perjudiciales para la salud mental.³ Dentro de los factores de riesgo descritos para la salud mental en el personal de salud, se han descrito ser mujer y el estado civil soltero,⁴ dar atención en primera línea de pacientes,⁵ calidad y cantidad del equipo de protección personal,⁶ actividad física relacionada con el trabajo,⁷ trabajos fuera de un horario de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.,⁸ inseguridad alimentaria,⁹ altas temperaturas en el ambiente laboral.¹⁰ Otras condiciones descritas con problemas de salud mental incluyen: educación secundaria, ingresos bajos, estar sin trabajo o incapaz de trabajar, no tener seguro médico (solo para hombres), pobre salud general, diagnóstico previo de asma, cáncer de piel o diabetes y no tener un chequeo médico reciente, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sueño inadecuado, falta de actividad física en el tiempo libre y sobrepeso u obesidad (solo entre las mujeres).¹¹

Por otro lado, las condiciones de trabajo han sido definidas como “el conjunto de factores que influyen sobre el bienestar físico y mental de los trabajadores”.¹² Para el caso particular de México, estas condiciones son agrupadas en: contrato laboral, salario, jornada de trabajo, aguinaldo, vacaciones, días de descanso, finiquito (en caso de despido), reparto de utilidades, antigüedad y ascensos, créditos, seguridad e higiene, capacitación y adiestramiento.¹³

Por su parte, las exigencias laborales se han descrito como “las necesidades específicas que impone el proceso laboral a los trabajadores como consecuencia de las actividades que ellos desarrollan y de las formas de organización y la división técnica del trabajo en un centro laboral”, y que han sido conceptualizadas en al menos las siguientes: rotación de turnos, dobles turnos, mucha atención, ritmo intenso, exceso de trabajo, trabajo aburrido, supervisión estricta, mucha responsabilidad, emergencias, trabajo peligroso, esfuerzo físico pesado y posiciones forzadas.¹⁴

En el presente trabajo se analiza la relación entre la

salud mental del personal de enfermería de un hospital público, sus exigencias laborales y condiciones de trabajo, como una forma de contribuir a visibilizar estos fenómenos en el profesional de la salud.

Metodología

Mediante un estudio descriptivo transversal se incluyó a 250 enfermeras, independientemente de su tipo de contratación o tiempo de antigüedad, que laboraban en el Hospital General de la Ciudad de Querétaro, México. No se incluyó al personal de enfermería que se encontraba de vacaciones, con incapacidad o alguna comisión; tampoco se incluyeron 50 cuestionarios recibidos con información incompleta.

Previo aceptación y firma de su consentimiento informado se aplicaron de forma autoadministrada y bajo anonimato los siguientes instrumentos: a) datos sociodemográficos, b) salud mental evaluada mediante la escala del *SWS-Survey de Salud Mental, Estrés y Trabajo*, c) exigencias laborales evaluadas con un instrumento adaptado del Programa de Evaluación y Seguimiento de Salud laboral (PROESSAL) y d) condiciones de trabajo evaluada con las propuestas en la Ley Federal de Trabajo de México.

Se construyó una base de datos utilizando el *software* estadístico IBM SPSS versión 25. Para el análisis descriptivo de las variables categóricas se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes, y para las variables numéricas se utilizó media y desviación estándar. La comparación de las dimensiones en las variables de estudio fue por correlación *tau-b* de Kendall; asimismo, se determinó la asociación entre la salud mental y variables seleccionadas mediante un análisis de correspondencia y verificación de la fuerza de la relación mediante un cálculo de *Odds ratio* (OR) y su correspondiente prueba de chi cuadrada. El nivel de significancia establecido para el estudio fue de 0.05.

El estudio se realizó de acuerdo con las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki, además se consideró como una investigación sin riesgo y con riesgo mínimo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Resultados

La tasa de recolección fue del 80%, con un total de 200 cuestionarios entregados con información completa.

Se destaca el predominio de las mujeres en una relación de 9:1 respecto a los hombres, con promedio de

36.1± 8.57 años y escolaridad de nivel licenciatura. El 61% percibe una salud mental en nivel regular (cuadro I).

En referencia a las condiciones de trabajo evaluadas, la mitad del personal tiene categoría laboral de enfermera general, sin embargo, la mayor proporción de puesto desempeñado es el de auxiliar de enfermería, con una contratación de base en, aproximadamente, 2 de cada 3 profesionales de enfermería (cuadro II).

En el cuadro III se presentan las exigencias laborales determinadas en la población objetivo. El 90% del personal de enfermería hace referencia a la mala calidad en el trabajo, el 66% del personal califica los periodos vacacionales como malos y, a pesar de que el salario se percibe como bueno y muy bueno en el 18.5% de las personas

encuestadas, el aguinaldo se percibe como malo y muy malo para el 43% de las enfermeras.

En el cuadro IV se analiza la precisión entre las variables de salud mental, exigencias laborales y condiciones de trabajo, utilizando una escala ordinal para cada una de ellas. Se puede apreciar que las correlaciones con significancia estadística (< 0.05) son bajas en general; sin embargo, existen indicios a destacar, como el sentido negativo de la relación entre salud mental frente a calidad del trabajo, tipo de trabajo y vacaciones, calidad del trabajo y tipo de actividad, jornada laboral frente a descanso y vacaciones. El coeficiente de correlación más alto está señalado para salario frente a aguinaldo; sin embargo, esta relación teórica, aunque evidente, no presenta valores elevados.

Cuadro I Características sociodemográficas y de salud mental de las enfermeras del Hospital General de Querétaro (n = 200)

Características		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	180	90
	Hombre	20	10
Escolaridad	Secundaria	29	14.5
	Preparatoria	75	37.5
	Bachillerato	95	47.5
	Licenciatura	1	0.5
	Maestría	-	-
Estado civil	Casado/a	104	52
	Soltero/a	67	33.5
	Unión libre	18	9.0
	Divorciado/a	10	5.0
	Viudo/a	1	0.5
Nivel socioeconómico	Alto	4	2.0
	Medio	182	91
	Bajo	14	7
Tiene otro trabajo	Sí	43	21.5
	No	157	78.5
Percepción de salud mental	Muy mala	5	2.5
	Mala	39	19.5
	Regular	122	61
	Buena	34	17
	Muy buena	-	-
		Promedio ± DE	
Edad en años	36.12 ± 8.57		
Número de dependientes económicos	1.5 ± 1.30		
Horas de trabajo doméstico al día	6.64 ± 7.14		
Horas de trabajo doméstico a la semana	5.67 ± 4.9		

Los valores ± son medias y desviaciones estándar

Cuadro II Condiciones de trabajo de las enfermeras en el Hospital General de Querétaro (n = 200)

Condiciones laborales		Frecuencia	Porcentaje
Categoría laboral	Enfermera general	102	51
	Auxiliar de enfermería	67	33.5
	Licenciada en enfermería	20	10
	Enfermera especialista	11	5.5
Puesto desempeñado	Auxiliar A	82	41
	General A	70	35
	Especialista A	14	7
	General B	11	5.5
	Auxiliar B	8	4
	General C	7	3.5
	Administrativo	5	2.5
	Auxiliar D	2	1.0
	General D	1	0.5
Turno laboral	Matutino	39	19.5
	Nocturno A	37	18.5
	Vespertino	36	18
	Nocturno B	35	17.5
	Especial	31	15.5
	Otro	22	11
Servicio en el que labora	Mixto	45	22.5
	Urgencias	32	16
	Medicina interna	27	13.5
	UCIA	22	11
	Cirugía	18	9.0
	Quirófano	13	6.5
	Diálisis peritoneal	12	6.0
	Traumatología	11	5.5
	Jefatura de enfermería	6	3.0
	Central de equipos y esterilización	5	2.5
	Consulta externa	3	1.5
	Epidemiología	2	1
	Quimioterapia	2	1
	Calidad	1	0.5
Rayos X	1	0.5	
Tipo de contratación	Base federal	89	44.5
	Contrato	43	21.5
	Base estatal	38	19
	Eventual federal	28	14
	Eventual estatal	1	0.5
	Jornada efectiva de trabajo	1	0.5
Tipo de trabajador	Sindicalizado	196	98
	Confianza	4	2.0
	Promedio ± DE		
Antigüedad en la institución (meses)		117.98 ± 91.95	
Antigüedad como enfermera (meses)		147.71 ± 94.75	
Horas de trabajo a la semana		42.19 ± 13.33	

Los valores ± son medias y desviaciones estándar

Cuadro III Exigencias laborales de las enfermeras del Hospital General de Querétaro (n = 200)

Exigencias laborales		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de trabajo	Muy malo	5	2.5
	Malo	24	12
	Regular	98	49
	Bueno	66	33
	Muy bueno	7	3.5
Cantidad de trabajo	Muy malo	-	-
	Malo	43	21.5
	Regular	89	44.5
	Bueno	68	34
	Muy bueno	-	-
Vigilancia del trabajo	Muy mala	4	2.0
	Mala	113	56.5
	Regular	79	39.5
	Buena	4	2.0
	Muy buena	-	-
Calidad del trabajo	Muy mala	87	43.5
	Mala	93	46.5
	Regular	20	10
	Buena	0	-
	Muy buena	0	-
Tipo de actividad	Muy mala	2	1.0
	Mala	42	21
	Regular	135	67.5
	Buena	21	10.5
	Muy buena	-	-
Jornada laboral	Muy mala	9	4.5
	Mala	84	42
	Regular	104	52
	Buena	3	1.5
	Muy buena	-	-
Descanso	Muy malo	11	5.5
	Malo	79	39.5
	Regular	101	50.5
	Bueno	9	4.5
	Muy bueno	-	-
Periodos vacacionales	Muy malo	44	22
	Malo	89	44.5
	Regular	47	23.5
	Bueno	20	10
	Muy bueno	-	-
Salario	Muy malo	4	2.0
	Malo	53	26.5
	Regular	106	53
	Bueno	36	18
	Muy bueno	1	0.5
Aguinaldo	Muy malo	15	7.5
	Malo	71	35.5
	Regular	60	30
	Bueno	41	20.5
	Muy bueno	13	6.5

Se hizo una exploración de las categorías de las variables para reducir las dimensiones a través del análisis de correspondencia.

Con base en el análisis anterior se construyó una variable temporal (variable *Dummy*) a partir de las categorías *mala* y *muy mala* salud mental para su comparación con el puesto desempeñado de auxiliar de enfermería, según los resultados del análisis de correspondencia (figura 1); el resultado obtenido fue un OR: 7.65 (IC95%: 3.49-16.73) con una $p < 0.001$, lo indica una asociación entre una mala salud mental en los auxiliares de enfermería.

Además, se desarrolló una variable temporal (variable *Dummy*) a partir de las categorías *mala* y *muy mala* salud mental, a fin de compararlas con la categoría de servicio mixto, conforme a los resultados del análisis de correspondencia (figura 2). Los hallazgos revelan un resultado de OR: 0.02 (IC95%: 0.003-0.154) con una $p < 0.001$, lo que sugiere un riesgo significativamente menor de presentar mala salud mental en personal que labora en un servicio mixto.

Discusión

La satisfacción y bienestar general se ven afectadas directamente por factores laborales,¹⁵ existen reportes que indican que la salud mental se ve afectada hasta en el 83% de los trabajadores en general.¹⁶ En nuestra investigación se calculó en un 22% para la población estudiada, lo que refleja una cantidad menor a lo reportado en la literatura.

Los salarios bajos conducen a trastornos en la salud mental,¹⁷ y se reporta como en el 32.8 al 41.5%, y con una probabilidad de que este factor sea un riesgo para la salud mental de OR: 0.9 (IC95%: 0.6 a 1.2); reportamos un 28.5% de salarios malos que no están asociados a la salud mental en el grupo estudiado.

Los trabajos complejos o exigentes se reportan entre el 21.2 y 28.7%,¹⁸ con una probabilidad de que este factor sea un riesgo para la salud mental de OR: 2.6 (IC95%: 2.0 a 3.4).¹⁹ En nuestro estudio el 58.5% reporta excesiva vigilancia en el trabajo, que es casi el doble a lo publicado en otros estudios, sin embargo, no se encontró relación con la salud mental.

La cantidad de trabajo es significativamente mayor para el personal de enfermería calificado que en el que no.²⁰ En nuestro estudio el 21.5% reporta exceso de trabajo, pero sin relación con la salud mental.

Por descanso, los trabajadores de la salud tienen mayor ausentismo por enfermedad que otro tipo de trabajado-

Cuadro IV Relación entre la salud mental, exigencias laborales y condiciones de trabajo de las enfermeras del Hospital General de Querétaro (n = 200)

		Salud Mental	Tipo de trabajo	Cantidad de trabajo	Vigilancia del trabajo	Calidad del trabajo	Tipo de actividad	Jornada laboral	Descanso	Vacaciones	Salario
Tipo de trabajo	r	0.078									
	p	0.221									
Cantidad de trabajo	r	0.044	0.001								
	p	0.492	0.983								
Vigilancia del trabajo	r	-0.098	0.082	0.110							
	p	0.140	0.213	0.095							
Calidad del trabajo	r	-0.296	-0.051	-0.032	0.127						
	p	0.000	0.427	0.618	0.059						
Tipo de actividad	r	0.287	-0.040	-0.061	-0.116	-0.137					
	p	0.000	0.532	0.347	0.084	0.038					
Jornada laboral	r	-0.127	0.130	-0.088	-0.087	0.067	-0.003				
	p	0.053	0.045	0.179	0.201	0.312	0.960				
Descanso	r	0.150	-0.112	0.049	0.130	0.086	0.076	-0.155			
	p	0.021	0.081	0.446	0.052	0.191	0.250	0.020			
Vacaciones	r	0.059	-0.327	0.005	0.067	0.089	0.116	-0.154	0.178		
	p	0.345	0.000	0.938	0.300	0.162	0.068	0.016	0.005		
Salario	r	0.030	-0.030	0.043	-0.013	-0.021	0.015	-0.030	0.120	0.183	
	p	0.641	0.636	0.494	0.840	0.742	0.812	0.641	0.063	0.003	
Aguinaldo	r	0.095	-0.084	0.022	-0.048	-0.150	0.104	-0.050	0.159	0.254	0.302
	p	0.125	0.170	0.725	0.455	0.016	0.095	0.426	0.011	0.000	0.000

Correlación tau-b de Kendall

Figura 1 Salud mental y puesto de trabajo desempeñado según sus dimensiones de estudio

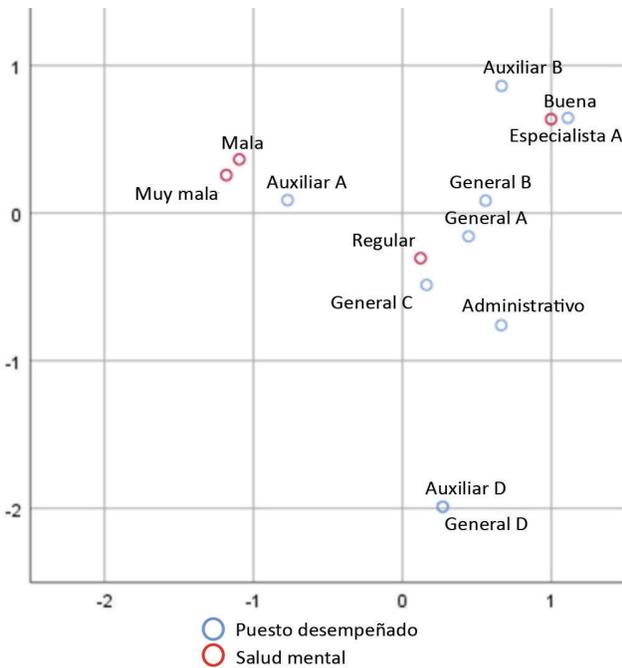
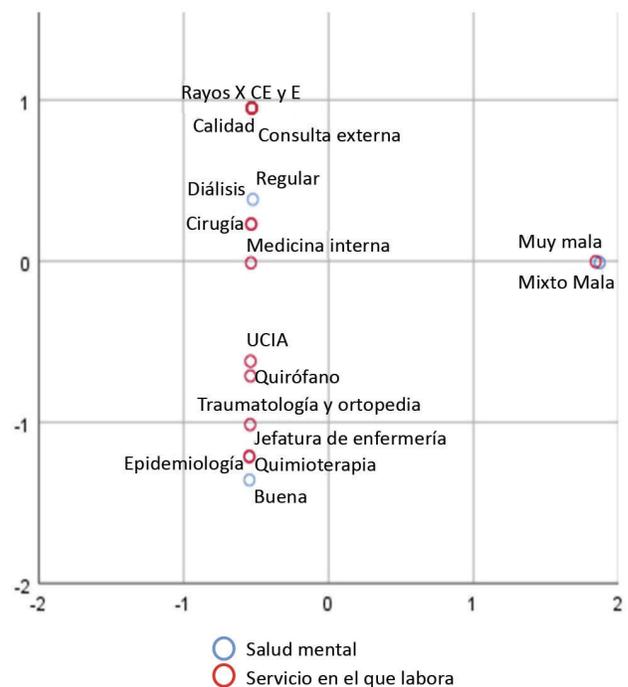


Figura 2 Salud mental y servicio de trabajo según sus dimensiones de estudio



res,²¹ nosotros reportamos buen descanso percibido por el 4.5% del personal, que tampoco se asocia a la salud mental.

Otras publicaciones²² coinciden en la edad promedio de 36 años y la mayor proporción de educación universitaria para personal de salud objeto de estudio por temas de salud mental, la misma literatura señala una proporción menor de mujeres frente a hombres como personal de enfermería (77%), lo que difiere de nuestros resultados (90%).

Conclusiones

La salud mental en el personal de enfermería es fundamental para el propio bienestar y para lograr la eficacia

de los roles profesionales que desempeñan.²³ Existe evidencia de que en el primer y segundo nivel de atención el personal de enfermería presenta factores más intensos que impactan en su salud mental;²⁴ sin embargo, en esta investigación solo el puesto desempeñado y el servicio en que se elabora mostraron una asociación con la salud mental.

Es probable que existan otras condiciones relacionadas a la salud mental que no fueron del alcance de esta investigación. Se debe continuar analizando los datos a la luz de nuevas evidencias.

Referencias

1. Biblioteca Virtual en Salud. Definición | Salud mental [Internet]. 2021 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decslocador/?lang=es&mode=&tree_id=F02.418
2. Duarte M de LC, Silva DG da, Bagatini MMC. Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;42(spe):e20200140.
3. Watanabe M, Yamauchi K. The effect of quality of overtime work on nurses' mental health and work engagement. *J Nurs Manag.* septiembre de 2018;26(6):679-88.
4. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli et al. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract.* 2020;26(6):1583-7.
5. Wright HM, Griffin BJ, Shoji K, et al. Pandemic-related mental health risk among front line personnel. *J Psychiatr Res.* 2021;137:673-80.
6. Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study. *J Occup Environ Med.* 2020;62(10):783-7.
7. White RL, Babic MJ, Parker PD, et al. Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2017;52(5):653-66.
8. Torquati L, Mielke GI, Brown WJ, et al. Shift Work and Poor Mental Health: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Am J Public Health.* 2019;109(11):e13-20.
9. Pourmotabbed A, Moradi S, Babaei A, et al. Food insecurity and mental health: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr.* 2020;23(10):1778-90.
10. Thompson R, Hornigold R, Page L, et al. Associations between high ambient temperatures and heat waves with mental health outcomes: a systematic review. *Public Health.* 2018;161:171-91.
11. Massetti GM, Thomas CC, King J, et al. Mental Health Problems and Cancer Risk Factors Among Young Adults. *Am J Prev Med.* septiembre de 2017;53(3S1):S30-9.
12. Organización Internacional del Trabajo. Condiciones de trabajo [Internet]. [citado el 20 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/working-conditions/lang-es/index.htm>
13. Gobierno de México. Condiciones de Trabajo [Internet]. gob.mx. [citado el 20 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/derechoslaborales/articulos/condiciones-de-trabajo>
14. Noriega M, Laurell C, Martínez S, et al. Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cad Saúde Pública.* 2000;16:1011-9.
15. Siebenhüner K, Battegay E, Hämmig O. Temporal work stressors and satisfaction with work, life and health among health professionals in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20175.
16. Daly A, Carey RN, Darcey E, et al. Workplace psychosocial stressors experienced by migrant workers in Australia: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2018;13(9):e0203998.
17. Rössler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;262 Suppl 2:S65-69.
18. Daly A, Carey RN, Darcey E, et al. Using Three Cross-Sectional Surveys to Compare Workplace Psychosocial Stressors and Associated Mental Health Status in Six Migrant Groups Working in Australia Compared with Australian-Born Workers. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(5).
19. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med Oxf Engl.* 2010;60(4):277-86.
20. Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs.* 2004;48(6):622-31.
21. Strauss C, Gu J, Pitman N, et al. Evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for life and a cognitive behavioural therapy stress-management workshop to improve healthcare staff stress: study protocol for two randomised controlled trials. *Trials.* 2018;19(1):209.
22. Cheng W-J, Cheng Y. Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions. *J Formos Med Assoc.* 2017;116(4):300-5.
23. De Cieri H, Shea T, Cooper B, et al. Effects of Work-Related Stressors and Mindfulness on Mental and Physical Health Among Australian Nurses and Healthcare Workers. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* 2019;51(5):580-9.
24. Trifunovic N, Jatic Z, Kulenovic AD. Identification of Causes of the Occupational Stress for Health Providers at Different Levels of Health Care. *Med Arch Sarajevo Bosnia Herzeg.* 2017;71(3):169-72.

Cómo citar este artículo/To reference this article:

López-Sánchez N, Leal-García ML. Salud mental del personal de enfermería, sus exigencias laborales y condiciones de trabajo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(1):e1469. doi: 10.5281/zenodo.14366962

Edgar Eduardo Hernández-Velázquez^{1a}, Patricia Luna-González^{1b}, Teresita de Jesús Romero-Muñiz^{1c}, Christian Jesús Ramírez-Almaguer^{1d}, Alma Patricia González^{1e}, Gloria Patricia Sosa-Bustamante^{1f}, Carlos Paque-Bautista^{1g}, Gabriela del Rocio Saldivar-Lara^{1h}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Dirección de Educación e Investigación en Salud. León, Guanajuato, México

Doi: 10.5281/zenodo.14366996

ORCID

0009-0001-1924-0827^a
0009-0001-0753-3892^b
0009-0003-9166-7387^c
0009-0000-6560-1737^d
0000-0002-3401-7519^e
0000-0002-8460-4965^f
0000-0002-2658-0491^g
0009-0001-3189-4938^h

Palabras clave:

Recién Nacido
Educación
Enfermería
Reanimación Cardiopulmonar
Paro Cardiorrespiratorio

Keywords:

Infant, Newborn
Education
Nursing
Cardiopulmonary Resuscitation
Heart Arrest

Correspondencia:

Gabriela del Rocio Saldivar Lara

Correo electrónico:

gsaldivar799@gmail.com

Fecha de recepción:

05/04/2024

Fecha de aceptación:

28/08/2024

Resumen

Introducción: la reanimación neonatal (RENEO) es un programa educativo que introduce conceptos y competencias básicas en la atención del periodo neonatal, el aprendizaje basado en casos (ABC) favorece el pensamiento crítico necesario para la toma de decisiones.

Objetivo: evaluar el efecto de una intervención educativa (IE) del ABC de RENEO sobre el nivel de conocimiento en enfermería.

Metodología: estudio cuasiexperimental en el personal de enfermería que atiende recién nacidos. Se desarrolló y validó un instrumento de evaluación que midió el impacto de la IE del ABC, que consistió en tres sesiones que incluyeron cinco dimensiones (*Preparación para la Reanimación, Pasos Iniciales para la Reanimación, Ventilación con Presión Positiva, Compresiones Torácicas y Uso de Medicamentos en la Reanimación*) en apego al *Manual de Reanimación Neonatal*® 8ª edición.

Resultados: se analizaron 102 participantes con edad de 33 años (29-37), con antigüedad laboral de 6 años (5-8). En la evaluación preintervención aprobaron 5 (4.9%) alumnos, a diferencia de la evaluación postintervención en que el número incrementó a 68 (66.7%) alumnos ($p < 0.0001$).

Conclusiones: el ABC incrementó considerablemente el nivel de conocimiento de RENEO. El ABC es una herramienta educativa que facilita el análisis y discusión de soluciones para la resolución de problemas reales.

Abstract

Introduction: Neonatal resuscitation program (NRP) is an educational course that introduces basic concepts and skills in health care during the neonatal period, case-based learning (CBL) promotes the critical thinking necessary for decision making.

Objective: To evaluate the effect of an educational intervention (EI) of the CBL of NR on the level of knowledge in nursing.

Methodology: Quasi-experimental study in nursing staff who take care of newborns. An assessment instrument was developed and validated that measured the impact of EI of the CBL, which consisted of three sessions that included 5 dimensions (*preparation for resuscitation, initial steps for resuscitation, positive pressure ventilation, chest compressions, and use of drugs in resuscitation*) in accordance with the *Neonatal Resuscitation*® 8th. Edition manual.

Results: 102 participants aged 33 (29-37) years and with 6 (5-8) years of work experience were analyzed. In the pre-intervention evaluation, 5 (4.9%) students passed, while in the post-intervention evaluation, the number increased to 68 (66.7%) students ($p < 0.001$).

Conclusions: The CBL considerably increased the level of knowledge of NR. The CBL is an educational tool that facilitates the analysis and discussion of solutions for the resolution of real problems.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad neonatal se define como la muerte producida a partir del nacimiento y hasta los 28 días de vida.^{1,2} En el 2019 murieron 2.4 millones de neonatos a nivel mundial,² y, en México, en el 2022 se registraron 25,041 muertes fetales; los estados con tasa de mortalidad fetal más alta fueron: San Luis Potosí, Ciudad de México y Aguascalientes.³ En estudios internacionales se ha detectado que las patologías maternas, como la diabetes gestacional, la hipertensión arterial, la preeclampsia y la eclampsia, aumentan el riesgo de mortalidad neonatal.^{4,5} En el recién nacido las principales causas de mortalidad neonatal, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, son los trastornos respiratorios y cardíacos.^{1,3,4} El parto seguro y los cuidados neonatales por parte del personal de salud son esenciales para la prevención de la mortalidad neonatal.^{6,7}

El personal de enfermería, dentro de sus competencias, brinda atención de acuerdo con sus conocimientos y experiencia, enfrentándose a diferentes desafíos, tales como la insuficiencia de material e insumos y falta de capacitación y actualización. Una adecuada intervención educativa (IE) puede contribuir a la consolidación del conocimiento y habilidades para ofrecer atención de calidad de la persona recién nacida.^{8,9,10} La falta de atención oportuna a las complicaciones del nacimiento puede modificar el pronóstico del neonato, por lo que la *reanimación neonatal* (RENEO) debe ser una intervención rápida y oportuna.¹

El personal de enfermería es parte fundamental en la atención inmediata del recién nacido, sin embargo, un estudio reciente refiere que en el plan académico de la Licenciatura en Enfermería solo se imparte en un promedio de 4 horas durante toda la carrera formativa.¹¹

El aprendizaje basado en casos (ABC) es una herramienta pedagógica que permite al alumno estructurar conocimiento nuevo y adquirir habilidades técnicas, estimulando la autonomía, favoreciendo el pensamiento crítico y argumentativo en contextos de casos. Tiene hoy en día mayor auge y gran aceptación en el personal de salud. Otros beneficios de este tipo de aprendizaje son: que conduce a mayor compromiso y motivación del estudiante, así como a desarrollar habilidades para la toma de decisiones, además de que se centra en la construcción del aprendizaje, además de que la experiencia, tanto para el docente como para el alumno, es gratificante.^{12,13}

La Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA3-2013 “Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuida-

dos intensivos”, indica que para las unidades de cuidados intensivos neonatales, el personal de enfermería debe tener conocimiento sobre RENEEO avalado con un documento oficial¹⁴ que acredite este curso con los lineamientos internacionales.¹⁵ Estudios recientes reportan que la capacitación de RENEEO periódica e *in situ*, mejora la adquisición de habilidades teóricas y prácticas, así como el grado de satisfacción del personal de salud.^{16,17} Considerando que existe diversidad en los planes de formación educativa en enfermería, la finalidad de las unidades hospitalarias que proporcionan atención al neonato debe estar encaminada a que los conocimientos de RENEEO sean estandarizados, ya que aún existe mayor necesidad de capacitación en el personal de enfermería, por lo que el enfoque del estudio fue dirigido a esta categoría. La hipótesis planteada fue la IE tiene efecto sobre el conocimiento de RENEEO en el personal de enfermería, es por ello que el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una IE del ABC de RENEEO sobre el nivel de conocimiento en enfermería en una unidad médica de tercer nivel de atención.

Metodología

Se realizó un estudio cuasiexperimental en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Pediatría No. 48 del Centro Médico Nacional del Bajío. El estudio se llevó a cabo en las siguientes fases:

Fase 1. Selección de participantes. Se incluyó al personal de enfermería asignado a los servicios de: Cunero patológico, Tococirugía, Quirófano, Urgencias, Puerperio fisiológico y Puerperio quirúrgico de todos los turnos. Se eliminó a quienes desearon retirarse del estudio, cambiaron de servicio o adscripción y/o no asistieron a las tres sesiones programadas.

Fase 2. Diseño y validación de la estrategia educativa. Se diseñó la IE teórico-práctica con la herramienta educativa de ABC de acuerdo con el manual de Reanimación Neonatal® 8ª edición en español de la *American Heart Association* y la *American Academy of Pediatrics*. Los participantes se distribuyeron en tres grupos, de acuerdo con el turno laboral. La IE se proporcionó en el área clínica de los sujetos de estudio. La IE se conformó por tres sesiones, las cuales se otorgaron una vez a la semana, con duración de 60 minutos: *Sesión 1* (Dimensión 1. Módulo de Preparación para la Reanimación y Dimensión 2. Módulo de Pasos Iniciales para la Reanimación), *Sesión 2* (Dimensión 3. Módulo de Ventilación a Presión Positiva) y *Sesión 3* (Dimensión 4. Módulo de Compresiones Torá-

cicas y Dimensión 5. Módulo de Uso de Medicamentos en la Reanimación).

Fase 3. Diseño y validación del instrumento de medición. Se elaboró un cuestionario para la evaluación pre y postintervención para personal de enfermería, el cual fue validado por cuatro expertos en Enfermería, Neonatología, Investigación y Educación. Tanto el desarrollo como la organización del instrumento se llevaron a cabo después de la revisión de la literatura. Se definieron las dimensiones y se redactaron las preguntas, obteniendo como resultado el instrumento. Una vez que se obtuvo el consentimiento informado de los cuatro expertos, se procedió a la validación del instrumento, la cual consistió en la presentación de un cuestionario estructurado de las cinco dimensiones: Dimensión 1 (3 ítems), Dimensión 2 (4 ítems), Dimensión 3 (9 ítems), Dimensión 4 (4 ítems) y Dimensión 5 (6 ítems), con un total de 26 ítems, se anexaron las instrucciones y criterios de evaluación. Tras analizar la concordancia entre las opiniones de los expertos, se modificó el cuestionario y se ajustaron los ítems, teniendo un coeficiente de validez de contenido de 0.96 de acuerdo con Hernández Nieto.¹⁸ Posteriormente, se realizó una prueba piloto con cuatro enfermeros con previa firma de consentimiento informado y se aplicó el cuestionario. La confiabilidad interna del instrumento se confirmó con alfa de Cronbach de 0.90.

Fase 4. Implementación de la IE. Para implementar la IE, una vez seleccionados los sujetos participantes para el estudio, previa firma de consentimiento informado, se reunieron en el área clínica y se realizó la evaluación preintervención, y, posteriormente, iniciaron las sesiones teórico-prácticas programadas y, una vez concluidas, se realizó la evaluación postintervención y se aplicó, además, el cuestionario de percepción para conocer el grado de satisfacción y opinión sobre la IE.

Análisis estadístico

Para establecer la confiabilidad interna del instrumento se utilizó el alfa de Cronbach. Las variables cualitativas se reportaron con número y porcentaje siendo analizadas con prueba de Chi cuadrada y exacta de Fisher de acuerdo con su frecuencia. A las variables cuantitativas se les aplicó prueba de Kolmogorov-Smirnov para establecer la distribución de normalidad; se utilizó prueba de rangos de Wilcoxon para la comparación de los grupos de estudio, antes y después de la estrategia educativa. Se utilizó el paquete estadístico NCSS 2024. Se consideró significancia estadística con valor de $p < 0.05$.

Muestreo

No probabilístico, de casos consecutivos.

Tamaño de muestra

Se calculó el tamaño de muestra por poblaciones finitas, considerando que el personal de enfermería, con los criterios de inclusión en la unidad hospitalaria, es de 138. Con nivel de confianza del 95% y margen de error del 5% se obtuvo un total de 102 enfermeros.

Aspectos éticos

Esta investigación se catalogó como riesgo mínimo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo 17. Fue realizada con la autorización del Comité de Ética para la Investigación en Salud 10028 y Comité Local de Investigación en Salud 1002, con número de registro: R-2022-1002-017

Resultados

Se incluyeron 122 participantes de enfermería; durante el desarrollo de la investigación, 20 participantes decidieron retirarse del estudio por lo que se analizaron 102 sujetos. En el **cuadro I** se muestran las características generales de los participantes.

Al comparar el porcentaje de aprobación entre la evaluación preintervención y la postintervención, se observó un incremento significativo de 61.8% de personal aprobado (**cuadro II**).

El puntaje más bajo en la evaluación preintervención se observó en la Dimensión 4 (Módulo de Compresiones Torácicas) y la Dimensión 5 (Módulo de Uso de Medicamentos en la Reanimación). Al comparar los puntajes de las evaluaciones realizadas de cada dimensión, se observó incremento significativo en todos los casos de la evaluación postintervención (**cuadro III**).

Se analizaron las respuestas del cuestionario, en la evaluación preintervención se observó que en las cinco dimensiones hubo al menos una pregunta con bajo porcentaje de respuestas correctas, las cuales se incrementaron en la postintervención en la mayoría de los casos, como se observa en el **cuadro IV**.

Al analizar el turno en el que labora el personal incluido en el estudio se observó una diferencia significativa

Cuadro I Características generales de la población incluida en el estudio

Variables	n = 102
Sexo*	
Hombre	29 (28.43)
Mujer	73 (71.57)
Edad (años)**	33 (29-37)
Antigüedad (años)**	6 (5-8)
Servicio*	
Cunero Patológico	37 (36.27)
Tococirugía	19 (18.63)
Puerperio Fisiológico	13 (12.75)
Puerperio Quirúrgico	12 (11.76)
Urgencias Pediátricas	14 (13.73)
Quirófano	7 (6.86)
Turno*	
Matutino	37 (36.27)
Vespertino	40 (39.22)
Nocturno	25 (24.51)
Escolaridad*	
Licenciatura	46 (45.1)
Técnico	56 (54.9)
Curso de RENEО previo al estudio*	
Cursado	4 (3.92)
No cursado	98 (96.08)

*Valores expresados en número y porcentaje

**Valores expresados en mediana y rangos intercuartílicos

entre los participantes aprobados y no aprobados solo en la evaluación postintervención; no se observó diferencia significativa al analizar la escolaridad y antigüedad tanto en la evaluación pre y postintervención (cuadro V).

La encuesta de percepción de la IE de RENEО realizada a los enfermeros participantes reportó grado de satisfacción elevado, con una adecuada sintonía en motivación, característica manifestada con mayor frecuencia. Se observó que cada pregunta tuvo puntaje ≥ 4 .

Cuadro II Comparación de calificación aprobatoria y no aprobatoria en la evaluación preintervención y postintervención

Variables	Evaluación preintervención (n = 102)	Evaluación postintervención (n = 102)
Aprobados*	5 (4.9)	68 (66.7)
No aprobados	97 (95.1)	34 (33.3)

*Valores expresados en número y porcentaje

Datos analizados con prueba exacta de Fisher, $p < 0.0001$

Discusión

La IE con el método de ABC se lleva a cabo de forma habitual en escenarios clínicos y contribuye a la adquisición de conocimientos de manera estructurada y guiada, preparando a los alumnos para la práctica clínica con el uso de casos clínicos auténticos mediante la combinación de la teoría y práctica.

Los resultados reportados en este estudio demostraron que la IE sobre RENEО con el método ABC influyó de forma significativa sobre el nivel de conocimiento en el personal de enfermería, aceptando la hipótesis del presente trabajo. Un estudio reciente sobre el grado de conocimientos de la reanimación cardiopulmonar en un hospital de segundo nivel mostró que el conocimiento, en general, no es adecuado, sobre todo en el personal de los servicios de Pediatría, lo cual es similar a los resultados basales identificados en este estudio.¹⁹ Por lo tanto, se requiere capacitación continua y evaluaciones periódicas para reforzamiento de habilidades y destrezas clínicas en RENEО.

Donohue *et al.* analizaron la asociación de la autoevaluación y el desempeño en su capacidad para realizar ventilaciones con presión positiva y compresiones torácicas, y reportaron que los participantes sobreestimaron su competencia y habilidades clínicas en los temas de compresiones torácicas y ventilación, ya que obtuvieron baja puntuación en los resultados finales. Aunque en el presente estudio no se realizó evaluación de la autopercepción, es posible que el personal de enfermería asumiera que contaba con las competencias necesarias para RENEО, dada su experiencia laboral; sin embargo, en la mayoría de los casos, la calificación pre-intervención fue baja, lo que demuestra que se requiere actualización continua del personal.²⁰

En el estudio de Nvonako *et al.* se comparó el nivel de conocimientos de RENEО con habilidades prácticas pre y postcapacitación; los alumnos mostraron efecto positivo en las habilidades prácticas, pero en las habilidades teóricas hubo bajos resultados. Cabe mencionar que distribuyeron la IE en tres sesiones, con duración cada una de 35 minutos para la parte teórica y 45 minutos para la práctica. A diferencia del presente estudio, las sesiones tuvieron duración de 60 minutos usando la herramienta de ABC, observando también un incremento en el conocimiento teórico y práctico en la postintervención.²¹

Romero *et al.* en su estudio "Efectividad de un proceso de capacitación en resucitación cardiopulmonar pediátrica" mencionan que la IE demostró ser efectiva en docentes de

Cuadro III Comparación de los resultados de la intervención educativa en reanimación neonatal en enfermería

Variable	Evaluación preintervención (n = 102)	Evaluación postintervención (n = 102)	Diferencia	Valor p
Cuestionario completo*	5.7 (4.6-6.5)	8.5 (7.3-8.9)	2.3 (1.1-3.8)	< 0.0001
Dimensión 1 Módulo de Preparación	6.6 (3.3-6.6)	9.5 (6.6-10)	3.0 (0-3.3)	< 0.0001
Dimensión 2 Módulo de Pasos Iniciales	7.5 (5-10)	9 (7.5-10)	1.2 (0-4)	< 0.0001
Dimensión 3 Módulo de Ventilación con Presión Positiva	6.2 (5-7.5)	8 (6-7-10)	2.0 (-0.5-3.7)	< 0.0001
Dimensión 4 Módulo de Compresiones Torácicas	4 (2-6)	8 (6-10)	4 (0-6)	< 0.0001
Dimensión 5 Módulo de Medicamentos	5 (3.3-6.6)	8.3 (7.5-10)	3.2 (1.2-5)	< 0.0001

*Valores expresados en mediana y rangos intercuartílicos
Prueba de rangos de Wilcoxon

una institución de educación infantil, a quienes se les entregó material con contenidos escritos sobre reanimación cardiaca pulmonar pediátrica para su lectura y estudio, a diferencia de la presente investigación en la que no se entregó este tipo de material, pero cuyo contenido temático se brindó en las sesiones otorgadas.²²

Hernández *et al.* en su estudio “*Nivel cognitivo de reanimación cardiopulmonar cerebral en enfermeros*”, que consistió en soporte vital básico en adultos, encontraron que el grupo que tenía mayor antigüedad en los servicios hospitalarios obtuvo malos resultados en conocimientos de reanimación cardiopulmonar preintervención.²³ En el presente estudio no se observó asociación entre la antigüedad y el nivel de conocimiento en la RENEEO, aunque cabe resaltar que los sujetos de estudio en su mayoría tuvieron antigüedad menor de cinco años.

La capacitación en RENEEO en el personal de enfermería puede reducir tanto las muertes neonatales como los costos de atención del recién nacido. La revisión realizada por Wang *et al.* en su estudio reporta que una variable importante es la capacitación del personal para la disminución de la mortalidad neonatal.²⁴ El *Diario Oficial de la Federación* en el rubro de *Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica* estima que por día de estancia en una unidad de cuidados intensivos neonatales el costo es de alrededor de \$122,487 pesos mexicanos.²⁵ Por ello, resaltamos que la capacitación permanente en RENEEO debería ser considerada una prioridad para el personal que atiende a recién nacidos, ya que mejora la supervivencia neonatal, disminuye la probabilidad de secuelas derivadas de una inadecuada atención y reduce los costos en salud.

Entre las fortalezas del presente estudio se encuentra la evidencia del incremento en el nivel de conocimiento posterior a la IE implementada, por lo que se sugiere contar con un programa permanente de capacitación que involucre al personal de enfermería en hospitales de atención neonatal. Además, el ABC conduce al compromiso por la adquisición de conocimiento, situación que se reflejó en la encuesta de percepción del estudio. Y también la implementación de la IE teórico-práctica en los servicios de atención hospitalaria favorecida por el ABC, dada la accesibilidad de esta técnica didáctica, que favorece el disfrute y compromiso por parte del alumno, acercando el curso a su área de trabajo con efecto deseable y positivo. La principal limitante del estudio es que no se contempló la evaluación del conocimiento adquirido a mediano y largo plazo, por lo que para futuras investigaciones se recomienda realizar evaluaciones periódicas para determinar la retención del conocimiento y habilidades técnicas de la RENEEO en el personal de enfermería.

Conclusiones

La IE del ABC de RENEEO en personal de Enfermería mostró mejoría en el nivel de conocimiento, demostrando que el ABC es una herramienta educativa que favorece la adquisición de conocimientos, ya que proporciona situaciones auténticas en la que se aplican una variedad de información que fortalece el aprendizaje, facilitando el análisis y discusión de soluciones para la resolución de problemas reales.

Cuadro IV Frecuencia de respuestas correctas a las preguntas del cuestionario

Dimensiones	Ítems	Respuesta correcta	
		Preintervención n (%)	Postintervención n (%)
Dimensión 1 Módulo de Preparación	¿Cuáles son las 4 preguntas prenatales que le hacen al profesional de obstétrico antes de cada parto?	32 (31.37)	74 (72.5)
	Usted se encuentra en el servicio de tococirugía, le avisa su jefa inmediata que van a pasar un trabajo de parto de alto riesgo, ¿Quién debe estar presente en el parto, para dar atención al bebé?	78 (76.47)	92 (90.2)
	Una enfermera calificada o un terapeuta respiratorio que ha sido capacitado en reanimación neonatal y tenga fuertes habilidades de liderazgo ¿Puede ser líder del equipo de reanimación neonatal?	76 (74.51)	94 (92.2)
Dimensión 2 Módulo de Pasos Iniciales	¿Cuáles son las 3 preguntas de evaluación rápida para determinar si se lleva al bebé a una cuna radiante para proporcionar los pasos iniciales de la reanimación?	66 (64.7)	92 (90.2)
	Inicia los pasos de aspiración de secreciones con la perrilla ¿Qué aspira primero en el bebé?	66 (64.7)	90 (88.2)
	¿Cuál es la saturación que debe tener el bebé que ha pasado 10 minutos de vida extrauterina?	92 (90.2)	92 (90.2)
	Usted está auscultando la frecuencia cardíaca de un bebé durante 6 segundos y cuenta 6 latidos. ¿Cuál es la frecuencia cardíaca de este bebé?	51 (50)	68 (66.7)
Dimensión 3 Módulo de Ventilación con Presión Positiva	¿Cuál es el paso más importante y eficaz en la reanimación neonatal?	83 (81.4)	92 (90.2)
	Un bebé nace flácido y apneico. Se coloca el bebé debajo de un cuna radiante, se seca y estimula, se posiciona para abrir la vía aérea, y se succiona la boca y nariz. Ha pasado 1 minuto desde el nacimiento y el bebé sigue apneico. ¿Cuál es el siguiente paso para la reanimación de este bebé?	82 (81.4)	67 (65.7)
	¿A cuántos litros por minutos debe estar el flujometro para la ventilación a presión positiva?	47 (46.1)	75 (73.5)
	Inicia la ventilación a presión positiva a un bebé, ¿Cuál es la presión inspiratoria recomendable para proporcionar al bebé?	41 (40.2)	83 (81.4)
	Se utilizar un dispositivo que administra presión positiva al final de la espiración (PEEP), ¿Cuál es la PEEP recomendada que se aplicará en el bebé?	66 (64.7)	82 (80.4)
	Usted recibe a un bebé en el servicio de la tococirugía, presenta una apnea al nacer. El bebé no mejora con los pasos iniciales y se inicia la VPP. Después de 30 segundos, la frecuencia cardíaca ha aumentado de 40 latidos por minuto a 80 latidos por minuto. ¿Se deberían aplicar en este caso compresiones torácicas?	17 (16.7)	59 (57.8)
	En el caso anterior, ¿se debe continuar proporcionando ventilación con presión positiva?	77 (36.3)	91 (89.2)
	Para insertar una sonda orogástrica, se mide la distancia desde la comisura de la boca al hasta el lóbulo de la oreja, ¿Cuál sería el siguiente paso para la correcta medición de la sonda orogástrica?	37 (36.3)	90 (88.2)
	Se inserta una máscara laríngea en la boca del bebé y se avanza a la garganta. ¿Dónde debe quedar posicionada para realizar el sellado de la máscara laríngea?	85 (83.3)	85 (83.3)
Dimensión 4 Módulo de compresiones torácicas	Ha iniciado la ventilación con presión positiva para un bebé con apnea. Se ha auscultado la frecuencia cardíaca de 40 latidos por minuto a pesar de realizar todos los pasos correctivos de ventilación y la ventilación a través de un tubo endotraqueal durante 30 segundos. Su ayudante observa movimientos del pecho con ventilación a presión positiva. ¿Cuál sería su siguiente acción a realizar en este paciente?	66 (64.7)	69 (67.6)
	¿En qué región corporal se aplican las compresiones torácicas en el bebé?	18 (17.7)	79 (77.5)
	¿Cuál es la relación entre compresiones torácicas y ventilación en el bebé?	29 (28.4)	84 (82.4)
	¿Cuánto tiempo se debe detener brevemente las compresiones torácicas, para comprobar la respuesta de la frecuencia cardíaca del bebé?	50 (49)	76 (74.5)
Dimensión 5 Módulo de medicamentos	¿Qué efectos realiza la adrenalina sobre el flujo sanguínea de las arterias coronarias?	76 (74.5)	76 (74.5)
	¿Qué efectos realiza la adrenalina sobre la fuerza y la frecuencia de las contracciones cardíacas?	64 (62.7)	93 (91.2)
	¿Cuál es la dosis para iniciar los expansores de volumen en una emergencia en el bebé?	26 (25.5)	84 (82.4)
	¿Cuál es la dosis intravenosa inicial recomendada en el bebé que está en paro cardiorrespiratorio?	33 (32.4)	84 (82.4)
	Si la frecuencia cardíaca del bebé permanece por debajo de los 60 latidos por minuto, ¿Con qué frecuencia puede repetir la dosis de adrenalina?	70 (68.6)	90 (88.2)
	Su equipo está resucitando a un bebé de término. La frecuencia cardíaca del bebé es de 40 latidos por minuto después de 30 segundos de ventilación por un tubo endotraqueal y 60 segundos adicionales de compresiones torácicas coordinadas con ventilación de oxígeno al 100%. No tiene ningún acceso venoso. Esta indicado la epinefrina. ¿Cuál sería la mejor opción de acceso intravenoso para la administración de la epinefrina?	54 (52.9)	78 (76.5)

Fuente: elaboración propia

Cuadro V Comparación de turnos, nivel de estudio y antigüedad entre participantes aprobados y no aprobados en la evaluación preintervención y postintervención

Variables	Evaluación preintervención (n = 102)		Valor p	Evaluación postintervención (n = 102)		Valor p
	Aprobados	No aprobados		Aprobados	No aprobados	
Turno*			0.55			< 0.001
Matutino	3 (2.9)	34 (33.3)		21 (20.6)	16 (15.7)	
Vespertino	2 (2)	38 (37.3)		22 (21.6)	18 (17.6)	
Nocturno	0	25 (24.5)		25 (24.5)	0	
Escolaridad*			1.00			0.571
Técnicos en Enfermería	3 (2.9)	56 (54.9)		38 (37.3)	21 (20.6)	
Licenciados en Enfermería	2 (2)	41 (40.2)		30 (29.4)	13 (12.7)	
Antigüedad*			0.73			0.35
≤ 5 años	2 (1.9)	43 (42.2)		33 (33.35)	12 (11.76)	
6 a 10 años	2 (1.9)	23 (22.6)		18 (17.64)	7 (6.86)	
11 a 15 años	0 (0)	15 (14.7)		7 (6.86)	8 (7.84)	
16 a 20 años	1 (1)	7 (6.9)		4 (3.92)	4 (3.92)	
21 a 25 años	0 (0)	8 (7.8)		5 (4.9)	3 (2.94)	
> 25 años	0 (0)	1 (1)		1 (0.98)	0 (0)	

Valores expresados en número y porcentaje
Analizados con prueba Chi cuadrada

Referencias

- American Academy of Pediatrics, American Heart Association. Libro de texto sobre reanimación neonatal. 8a ed. Weiner GM, editor. Elk Grove Village, IL, Estados Unidos de América: American Academy of Pediatrics; 2022.
- WHO. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de Defunciones Fetales (EDF) INEGI; 2022.
- Halling C, Raymond T, Brown LS, et al. Neonatal delivery room CPR: An analysis of the Get with the Guidelines®—Resuscitation Registry. *Resuscitation*. 2021;158:236-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.10.007>
- Merchán CMS. Factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal en el Hospital Dr. León Becerra Camacho Del Cantón Milagro 2014-2017. *Bol Malariol Salud Ambient*. 2020;60(1). Disponible en: <http://iaes.edu.ve/iaespro/ojs/index.php/bmsa/article/view/35>
- Cevallos Á, Rodríguez JMT, Tello L, et al. Alternativas y cuidados en una RCP avanzada en lactantes y niños. *Recimundo*. 2020;4(2):226-35. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/842>
- Intriago JJS, Carranza ACB, Mendoza CCL, et al. Alternativas de cuidado para evitar la mortalidad neonatal. *Recimundo*. 2019;3(4):271-90. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/687>
- Pereira BSS, Matos PBC, Pinto ACS, et al. Percepção da enfermagem sobre manejo da parada cardiorrespiratória em neonatologia. *Revista Recien*. 2022;12(37):386-95. Disponible en: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/570>
- Moon H, Hyun HS. Nursing students' knowledge, attitude, self-efficacy in blended learning of cardiopulmonary resuscitation: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 2019; 19(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-019-1848-8>
- Lima dos Santos IJ, Castelo Branco de Oliveira AL, Assis Brito M, et al. Atención de enfermería en la unidad de cuidado intensivo neonatal desde la perspectiva de las enfermeras. *Rev Cubana Enferm*. 2021;37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192021000200006&script=sci_arttext&tlng=en
- López-Herce J. Formación en reanimación cardiopulmonar pediátrica en los grados de Medicina y Enfermería en las universidades españolas. *Educ Médica*. 2022; 25(5):225. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/fem.255.1228>
- Jácome-Hortua AM, Muñoz-Robles SC, Gonzáles HL. Impacto de la implementación de la estrategia del Aprendizaje Basado en Casos (ABC) en estudiantes de prácticas clínicas en fisioterapia. *Iatreia*. 2022;35(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932022000100048#:~:text=En%20conclusi%C3%B3n%2C%20el%20ABC%20implementado,el%20proyecto%20educativo%20del%20programa.
- Williams C, Gómez G, Soto SM. Clinical Case-based Learning (CCBL): an active methodology applicable to health sciences careers. *J health med sci*. 2022;8(3):207-214. [Internet][citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1442867>

14. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. Diario Oficial de la Federación. 17 de Septiembre de 2013 [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5234984&fecha=23/02/2012
15. Montesinos-Ramírez C, Pinacho-Velázquez JL, Torres-Lira SF, et al. Talleres de reanimación neonatal en la Sociedad Mexicana de Pediatría durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Rev Mex Pediatr.* 2021;88(2):51-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/101277>
16. Pescador CMI, Zeballos SSE, Marsinyach RMI, et al. Training, experience and need of booster courses in neonatal cardiopulmonary resuscitation. *Survey to pediatricians. An Pediatr (Engl Ed).* 2022;96(2):122-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpede.2020.11.014>
17. Samanez OAF, Paucar EE. Autopercepción de la eficacia en enfermeras neonatales entrenadas en una simulación in situ de reanimación cardio pulmonar neonatal. *An Fac Med.* 2022;83(4):340-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v83i4.23368>
18. Sánchez SR. El tema de validez de contenido en la educación y la propuesta de Hernández-Nieto. *Lat Am J Phys Educ.* 2021;15(3):3309-1-3309-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8358273>
19. Benítez VSE, Ordano PJV, Ortega FEA. Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del personal de enfermería. *Rev Cient Cienc Salud.* 2024;6:01-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.53732/rccsalud/2024.e6129>
20. Donohue LT, Underwood MA, Hoffman KR. Relationship between self-efficacy and performance of simulated neonatal chest compressions and ventilation. *Simul Healthc.* 2020;15(6):377-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/sih.0000000000000446>
21. Nvonako H, Ojee E, Masika M, et al. Effect of in-hospital training in newborn resuscitation on the competence of health-care workers in resuscitating newborn infants at birth at Mboppi Baptist Hospital, Douala, Cameroon. *Pan Afr Med J.* 2022;42(169). Disponible en: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/42/169/full/>
22. Romero KTB, Borrero AAN, Rodríguez MB. Vista de Efectividad de un proceso de capacitación en resucitación cardiopulmonar pediátrica. *Avances en Enfermería.* 2023;41(2):109-19. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/109119/90375>
23. Hernández A, Hernández R, Jach M. Nivel cognitivo de reanimación cardiopulmonar cerebral en enfermeros. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana.* 2020;27(4):512-520. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99975>
24. Wang C, Yue Q, Xu T. Reducing neonatal mortality with a three-stage neonatal resuscitation training programme - China, 2004-2021. *China CDC Wkly.* 2022;4(36). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46234/ccdcw2022.168>
25. ACUERDO número ACDO.AS3.HCT.251022/299.P.DF dictado por el H. Consejo Técnico, en sesión ordinaria de 25 de octubre de 2022, relativo a la aprobación de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica [Internet]. Diario Oficial de la Federación. Actualizados al año 2023 [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5672661&fecha=29/11/20

.....
 Cómo citar este artículo/To reference this article:

Hernández-Velázquez EE, Luna-González P, Romero-Muñiz TJ et al. Reanimación neonatal en enfermería: conocimiento y aprendizaje basado en casos. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(1):e1477. doi: 10.5281/zenodo.14366996

María Valeria Jiménez-Báez^{1a}, Luis Sandoval-Jurado^{2b}, María Margarita Chávez-Hernández^{3c}, Francisco Javier Alcocer-Núñez^{4d}, Carlos Iván Domínguez-Vázquez^{4e}, Rodrigo Alejandro Santoyo-Tenorio^{4f}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Prestaciones Médicas, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Cancún, Quintana Roo, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Prestaciones Médicas, Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud. Cancún, Quintana Roo, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Prestaciones Médicas, Coordinación Auxiliar de Educación en Salud. Cancún, Quintana Roo, México

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 15, Coordinación Clínica de Educación e Investigación. Cancún, Quintana Roo, México

Número de aprobación del proyecto: R-2023-2301-011

Doi: 10.5281/zenodo.14367020

Resumen

ORCID

0000-0002-9114-4741^a

0000-0002-1172-7972^b

0009-0000-0352-7930^c

0009-0002-5890-9383^d

0000-0001-9551-524X^e

0009-0005-8001-3809^f

Palabras clave:

Educación en Salud

Tecnología Digital

Benchmarking

Servicios de Salud

Keywords:

Health Education

Digital Technology

Benchmarking

Health Services

Correspondencia:

María Valeria Jiménez Báez

Correo electrónico:

valeria.jimenezb@gmail.com

Fecha de recepción:

09/04/2024

Fecha de aceptación:

15/10/2024

Introducción: la pandemia impulsó la digitalización educativa. El servicio social es una etapa crucial en la formación de profesionales de la salud, donde aplican sus conocimientos.

Objetivo: estandarizar un modelo digital para la gestión del servicio social.

Metodología: estudio analítico, observacional, ambispectivo y longitudinal con dos grupos: *Grupo A* ($n = 133$) con modelo no digital y *Grupo B* ($n = 50$) con modelo digital. La *Etapa I* validó el modelo digital con expertos usando el método Delphi. El modelo se implementó en la plataforma *Classroom*[®] con cuatro rúbricas: rotación mensual, servicios asistenciales, caso clínico o proceso enfermero y proyecto de innovación. Se midieron variables como escuela de origen, carrera, unidad de asignación, inscripción y entrega de rúbricas. Se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney para comparar grupos.

Resultados: la validación del modelo logró un acuerdo del 100% ($K = 1$). El elemento “*proyecto de innovación*” tuvo la menor tasa de entrega (69 frente a 81%, $p = 0.001$). La inscripción oportuna fue mayor en el Grupo A (89% frente a 80%, $p = 0.001$). La entrega oportuna de los cuatro elementos fue mayor en el Grupo B (91% frente a 81%, $p = 0.001$) en los primeros seis meses posteriores a la implementación.

Conclusión: la plataforma digital representa un avance significativo en la adaptación de la educación médica a las circunstancias de la pandemia, resaltando la viabilidad y efectividad de los métodos de enseñanza digital en la formación de profesionales de la salud.

Abstract

Introduction: The pandemic has driven the digitalization of education. Social service is a crucial stage in the training of healthcare professionals, where they apply their knowledge.

Objective: to standardize a digital model for social service management.

Methodology: Analytical, observational, two-sided, and longitudinal study with two groups: *Group A* ($n = 133$) with a non-digital model and *Group B* ($n = 50$) with a digital model. *Stage I* validated the digital model with experts using the Delphi method. The model was implemented on the *Classroom*[®] platform with four rubrics: monthly rotation, healthcare services, clinical case or nursing process, and innovation project. Variables such as school of origin, career, assignment unit, registration, and rubric submission were measured. The Mann-Whitney *U* test was used to compare groups.

Results: Model validation achieved 100% agreement ($K = 1$). The “*innovation project*” element had the lowest submission rate (69% vs. 81%, $p = 0.001$). Timely registration was higher in Group A (89% vs. 80%, $p = 0.001$). Timely submission of all four elements was higher in Group B (91% vs. 81%, $p = 0.001$) in the first 6 months after implementation.

Conclusion: The digital platform represents a significant advancement in adapting medical education to pandemic circumstances, highlighting the feasibility and effectiveness of digital teaching methods in healthcare professional training.

Introducción

Las medidas de confinamiento implementadas y adoptadas en respuesta al covid-19 interrumpieron la educación convencional basada en escuelas a nivel nacional; la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) informó que esto afectó a más de 1.2 mil millones de estudiantes a nivel global.^{1,2} Mientras la profesión educativa lanzó importantes iniciativas para mantener la continuidad del aprendizaje durante este periodo, los estudiantes tuvieron que depender más de sus propios recursos para continuar aprendiendo a distancia a través de internet, televisión o radio. Los maestros también tuvieron que adaptarse a nuevos conceptos pedagógicos y formas de enseñar, para los cuales no habían recibido capacitación previa en su educación.³

El servicio social en México es el conjunto de actividades temporales y obligatorias realizadas por estudiantes de disciplinas técnicas y profesionales en las que aplican sus conocimientos científicos, técnicos y humanos en contextos prácticos.⁴ Se lleva a cabo en el último año de la licenciatura o carrera técnica, proporcionando una valiosa experiencia futura al ingresar al mercado laboral.

En el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), como parte de la acreditación del programa de servicio social, los pasantes de servicio social informan mensualmente sobre sus actividades de acuerdo al programa operativo anual. Estos informes sirven como instrumentos de evaluación de desempeño a lo largo del año. Este procedimiento está alineado con la Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA3-2013.⁵

El propósito de estudio es implementar un modelo digital para gestionar productos de evaluación de servicio social previamente estandarizados, facilitando el proceso para estudiantes, maestros y coordinadores a través de la propuesta de implementar un modelo digital estandarizado utilizando la plataforma *Classroom*[®].

Metodología

Se trata de un estudio cuasi experimental, realizado en 13 unidades de atención del IMSS en Quintana Roo, México, de las cuales siete unidades eran de medicina familiar y seis unidades de segundo nivel de atención.

La muestra estuvo compuesta por becarios en servicio social de las carreras de pregrado y técnicas relacionadas con la atención a la salud (medicina, enfermería, farmacia,

nutrición, fisioterapia y rehabilitación, odontología, técnicos en enfermería y técnicos en radiología). La muestra seleccionada para el análisis estuvo conformada por los pasantes inscritos en dos periodos: *Grupo A* correspondiente a la promoción I, periodo de agosto de 2021 a julio de 2022, con un modelo híbrido que incluyó seis meses con la metodología no digital y seis meses usando la plataforma digital; *Grupo B* de la promoción II, periodo de febrero de 2022 a enero de 2023, el cual inició con la plataforma digital que se utilizó a partir del momento de su inscripción.

Selección de participantes

Los participantes debían cumplir con los siguientes criterios de selección: A) inclusión: estar registrado como pasante de servicio social en la institución educativa de procedencia, tener un registro activo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, tener registro actualizado en el Sistema de Información de Coordinación Educativa en Salud (SIICES), dirección de correo electrónico de *Gmail* y estar registrado en la plataforma *Moodle* de la Coordinación, Planeación y Enlace Institucional (CPEI). B) los criterios de exclusión fueron: ser pasante de servicio social en áreas administrativas. C) los criterios de eliminación: pasantes que fueron dados de baja del IMSS por cualquier motivo durante el periodo de estudio.

Tamaño de la muestra

Para este estudio se consideraron todos los pasantes inscritos en el servicio social en los periodos de febrero de 2022 a julio de 2022. Un total de 183 sujetos distribuidos en dos grupos: *Grupo A* (133 sujetos) y *Grupo B* (50 sujetos).

Este estudio fue sometido y aprobado por el comité local de investigación y ética en salud COFEPRIS (Comité Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios) CLEI 2301, registrado bajo el número de registro R-2023-2301-011. Después de la autorización se recopilaron e integraron los datos de la plataforma CPEI.

Variable de intervención

- *Estandarización del Modelo Digital*: se refiere al modelo digital para la gestión de los criterios de acreditación del servicio social en el área de atención médica dentro de las unidades de atención médica del IMSS en Quintana Roo.

a) El modelo está compuesto por un administrador digital (*Classroom*[®]). El proceso de desarrollo de la innovación destinada a gestionar los productos de los pasantes de servicio social en su programa operativo comenzó con la integración de rúbricas estandarizadas, que fueron validadas por el método Delphi por un panel de tres expertos, obteniendo un Kappa (K) = 1 en una escala de Likert de 0 a 1

b) a) Rúbrica de rotación mensual, b) hoja de servicios de asistencia, c) caso clínico/proceso de enfermería, y d) proyecto de innovación/educación.

c) Los participantes fueron incorporados especificando la unidad asignada, grado académico, carrera, escuela, nombre completo, género y la promoción a la que pertenecen.

d) Para facilitar la gestión, se crearon dos cuentas de correo electrónico de *Google Gmail*, una para cada promoción de servicio social: *serviciosocialagosto@gmail.com* y *serviciosocialfebrero@gmail.com*. Estas cuentas constituyen la administración del Modelo Digital. Dentro de cada cuenta se establece un horario de clases en *Google Classroom*[®] correspondiente a la unidad asignada de los pasantes. Esta estructura permite la organización y administración efectiva de la información y actividades relacionadas con cada grupo de pasantes. Dentro de cada clase (unidad asignada) se insertó una tarea para cada producto y mes de acuerdo con el ca-

lendario de presentación mensual de rúbricas, como se muestra en las *figuras 1 y 2*.

Variable de resultado

- Se consideró la verificación de una rúbrica por cada dimensión: a) Rúbrica de rotación mensual, b) Rúbrica de servicios asistenciales, c) Rúbrica de Caso Clínico (aplicable a medicina y carreras relacionadas), d) Rúbrica de proceso de enfermería estandarizado (aplicado solo a enfermería) y e) Rúbrica Proyecto de Innovación/Educación.
- a) Rúbrica de rotación mensual: instrumento de evaluación utilizado para medir y documentar el desempeño y competencias de los practicantes en diferentes rotaciones mensuales o asignaciones, asignadas por su tutor clínico. Se evalúa mensualmente.
- b) Rúbrica de servicios asistenciales: registro de servicios médicos, dentales, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, así como servicios paramédicos y auxiliares de diagnóstico y tratamiento proporcionados por el practicante de servicio social, con el objetivo de preservar o restaurar la salud de los pacientes.
- c) Rúbrica de Caso Clínico (aplicable a medicina y carreras relacionadas): presentación de un infor-

Figura 1 Classroom[®] por unidad de afiliación

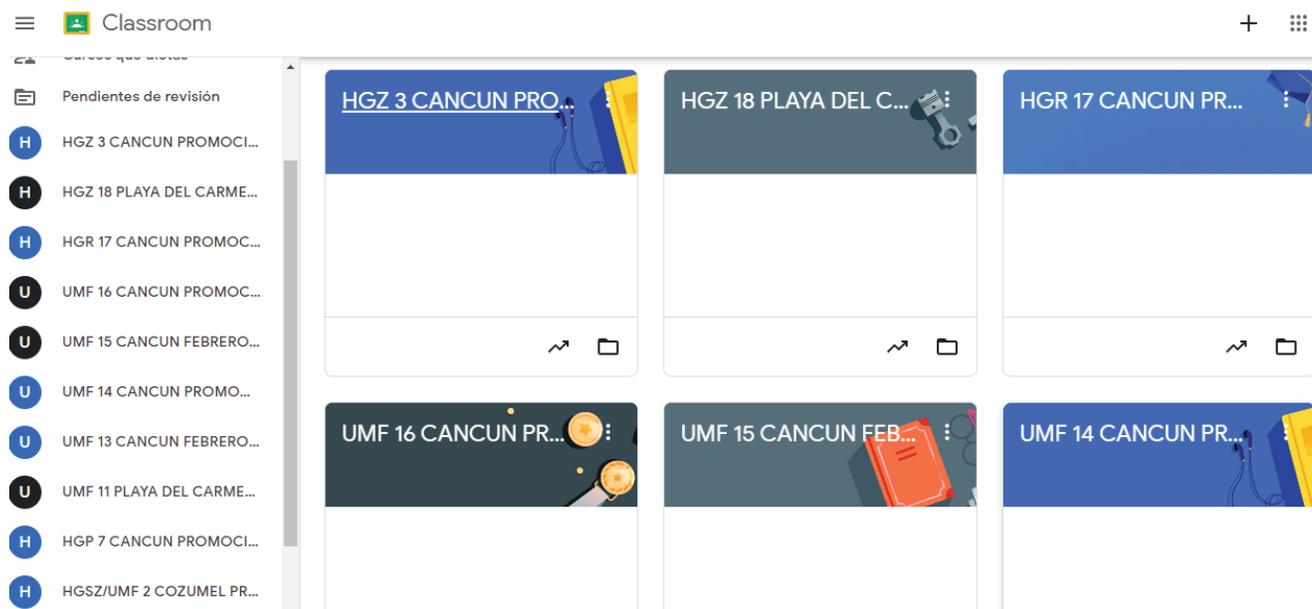
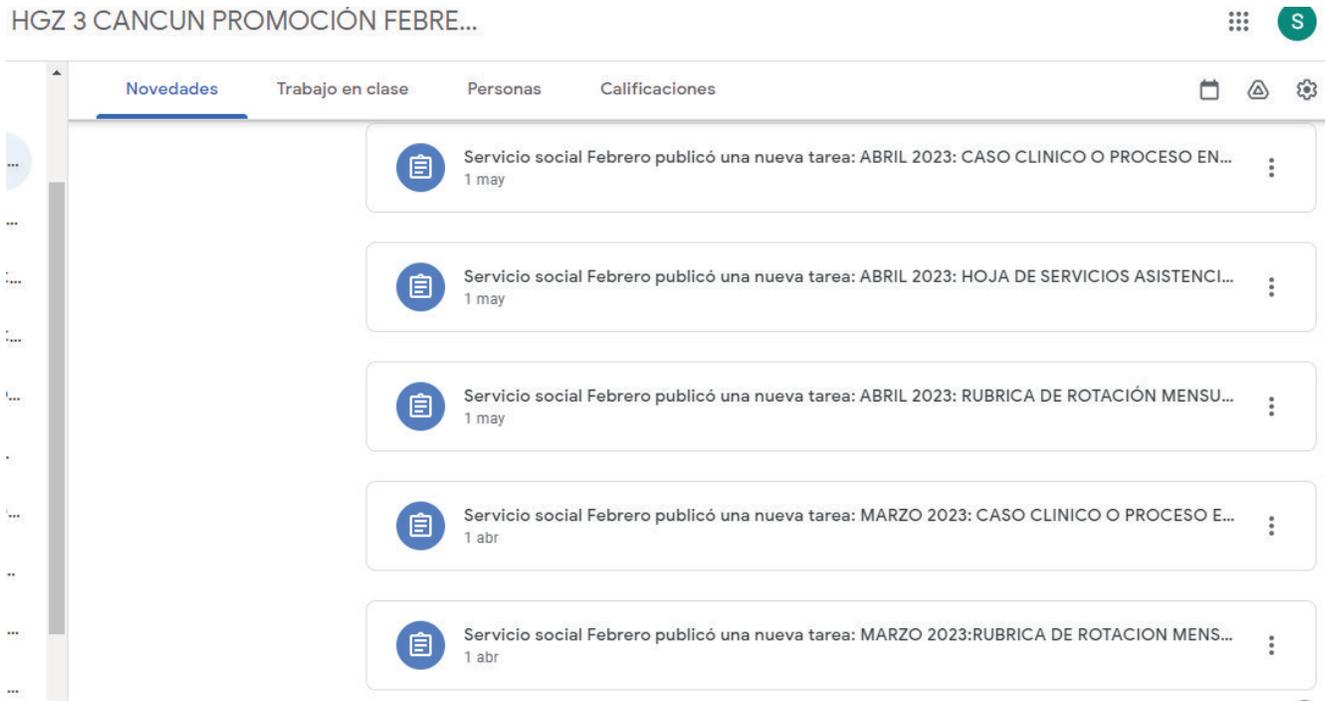


Figura 2 Asignación de tarea en Classroom®



me que comenta sobre el problema de salud de un paciente en el cual se describen la enfermedad del paciente, su historial, diagnóstico, intervenciones terapéuticas y evolución.

- d) Proceso de enfermería estandarizado (aplicado solo a enfermería): proceso de pensamiento crítico utilizado por las enfermeras para aplicar la mejor evidencia disponible a su atención y promover la función humana y las respuestas a la salud y la enfermedad.
- e) Rúbrica Proyecto de Innovación/Educación: presentación de una innovación a través de una metodología de Canvas que tiene como objetivo ofrecer soluciones de alto valor con un impacto para la población que tiene derecho a ellas.

Variables sociodemográficas

- Tipo de grado: licenciatura/técnico. Grado académico o diploma obtenido después de completar ciertos estudios de educación superior de entre tres a seis años de duración.
- Técnico: educación terciaria (superior) no universitaria enfocada en la formación de profesionales en áreas técnicas.

- Institución de origen: escuela o institución donde los participantes estudiaron o completaron sus estudios.

Para la promoción I (Grupo A), se llevaron a cabo 13 clases bajo los nombres de: Hospital General De Zona / Medicina Familiar 1 Chetumal; Hospital General De Subzona, Medicina Familiar 2 Cozumel; Hospital General De Zona 3 Cancún, Unidad De Medicina Familiar 5 Pucté; Unidad De Medicina Familiar 6 Felipe Carrillo Puerto; Hospital De Gineco Pediatría 7 Cancún; Unidad De Medicina Familiar 11 Playa Del Carmen; Unidad De Medicina Familiar 13 Cancún; Unidad De Medicina Familiar 14 Cancún; Unidad De Medicina Familiar 15 Cancún; Unidad De Medicina Familiar 16 Cancún; Hospital General Regional 17 Cancún, y Hospital General De Zona 18 Playa Del Carmen.

Para la promoción II (Grupo B) se llevaron a cabo 9 clases con los nombres de: Hospital General De Zona / Medicina Familiar 1 Chetumal; Hospital General De Zona 3 Cancún; Hospital De Gineco Pediatría 7 Cancún; Unidad De Medicina Familiar 11 Playa Del Carmen; Unidad De Medicina Familiar 13 Cancún; Unidad De Medicina Familiar 14 Cancún; Unidad De Medicina Familiar 15 Cancún; Unidad De Medicina Familiar 16 Cancún, y Hospital General Regional 17 Cancún.

En cada clase de *Google Classroom*[®] se asignaron las tareas correspondientes, las cuales debían ser entregadas mensualmente. Estas tareas diferían según el grado o carrera técnica del practicante y de acuerdo con el programa operativo diseñado y validado por el coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud (CCEIS), subjefe de Educación en Enfermería y Técnicos (SJEET) y el profesor titular o tutor clínico del servicio social. La fecha límite de entrega para cada tarea se fijó el día 5 de cada mes.

Análisis estadístico

Para el análisis e interpretación se aplicó estadística descriptiva. Para las variables cualitativas se determinaron frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza al 95%. Para las variables cuantitativas se realizó un análisis estadístico inferencial, determinando medidas de tendencia central, rango, media, mediana, moda y desviación estándar. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrada y *U* de Mann-Whitney para evaluar el impacto y las diferencias entre los dos grupos estudiados. Posteriormente, estos datos fueron analizados utilizando el *software* estadístico SPSS versión 24.0.

Aspectos éticos

En el aspecto ético de la presente investigación no hubo riesgos para los practicantes de servicio social que formaron parte de esta, según lo estipulado en el Título Dos, Capítulo I, Artículo 17, Sección I, Investigación sin riesgos. Por lo tanto, esta investigación cumple con los estándares éticos, los Reglamentos de la Ley General de Salud sobre Investigación en Salud y la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Resultados

Un total de 183 practicantes de servicio social fueron registrados, todos pertenecientes a licenciaturas en medicina, farmacia, nutrición, enfermería, fisioterapia y rehabilitación, así como técnicos en enfermería y radiología de diversas instituciones educativas, tal como se detalla en el **cuadro I**. De este total, 133 practicantes pertenecen a la promoción del 1 de agosto de 2021 (*Grupo A*). Esta promoción incluye a 16 practicantes de la licenciatura en Medicina, 36 de la licenciatura en Enfermería, 3 de la licenciatura en Farmacia, 2 de Fisioterapia, 2 de Odontología y 74 técnicos en enfermería. La promoción II de febrero de 2022 (*Grupo B*) comprende a 50 practicantes, distribuidos

de la siguiente manera: 18 de la licenciatura en Medicina, 13 de la licenciatura en Enfermería, 5 de la licenciatura en Nutrición, 3 de la licenciatura en Fisioterapia, 7 técnicos en enfermería y 4 técnicos en radiología (**cuadro I**).

De la promoción de agosto de 2021, el 11% de los practicantes no se inscribieron correctamente a su promoción y unidad asignadas, tal como se detalla en el **cuadro II**. Este grupo incluyó a 8 técnicos en enfermería y 7 practicantes de la licenciatura en enfermería. En cuanto a la promoción de febrero de 2022, el 20% de los practicantes no se registraron correctamente, de entre ellos 3 pasantes pertenecían a la licenciatura en Medicina, 4 a la licenciatura en Enfermería y 3 eran técnicos en enfermería, como se muestra en el mismo cuadro.

La razón de este error en ambas promociones fue la confusión del enlace de acceso a la promoción correspondiente, que fue notificado por correo electrónico para su corrección. Por lo tanto, se estima que la efectividad del acceso a la plataforma *Classroom*[®] en ambas promociones alcanzó el 84.5%. Después de la implementación de la plataforma *Google Classroom*[®], se identificó una evolución satisfactoria en la puntualidad de las entregas, en comparación con la metodología anterior.

En el **cuadro III** y en el **cuadro IV** se muestran los registros de evidencia de los pasantes de servicio social de la promoción de agosto de 2021 por sede durante el semestre de febrero de 2022 a julio de 2022. Se identifica que en febrero la gran mayoría de los practicantes tuvieron problemas utilizando esta plataforma, como se evidencia por la entrega incompleta de sus tareas, específicamente en el Hospital General de la Zona No. 1 en Chetumal, Unidad de Medicina Familiar No. 6, Unidad de Medicina Familiar No. 11, Unidad de Medicina Familiar No. 16 y Hospital General de la Zona No. 18; sin embargo, esta situación se revirtió en marzo y se mantuvo la mejora hasta julio.

Con respecto a la promoción de febrero de 2022, la gran mayoría accedió al sistema y entregó sus evidencias de manera oportuna, excepto en la Unidad de Medicina Familiar No. 14, situación que se mantuvo consistente hasta julio. Es importante mencionar que esta promoción tuvo una mejor accesibilidad y satisfacción en general desde el principio en comparación con la promoción de agosto de 2021. En el análisis de la entrega puntual de evidencia por mes, con respecto a la promoción II de febrero de 2022, se observa que en febrero y marzo tuvieron registros de entregas puntuales; mientras que la promoción I de agosto de 2021 mostró una notable mejora en julio, alcanzando el mayor número de entregas a

Cuadro I Pasantes de servicio social por institución educativa y nivel académico de la promoción agosto 2021 y febrero 2022

Promoción I (Grupo A)				Promoción II (Grupo B)			
Escuela de origen	n	%	IC95% [LS – LI]	Escuela de origen	n	%	IC95% [LS – LI]
CONALEP	74	55.6	47.16 – 64.04	CONALEP	7	14	4.38 – 23.62
Instituto de Educación y Desarrollo Profesional	7	5.26	1.47 – 9.06	Facultad de Ciencias Paramédicas	1	2	-1.88 – 5.88
UAEQROO	27	20.3	13.46 – 27.14	UAEQROO	17	34	20.87– 47.13
U Mayab	1	0.75	-0.72 – 2.22	Instituto Universitario Metropolitano SCDGO	1	2	-1.88 – 5.88
U del Sur	1	0.75	-0.72 – 2.22	Instituto Universitario S.C	14	28	15.55 – 40.45
U La Salle	19	14.28	8.33 – 20.23	Universidad Autónoma de Tlaxcala	1	2	-1.88 – 5.88
U Modelo	1	0.75	-0.72 – 2.22	U La Salle	6	12	2.99 – 21.01
U Politécnica Q Roo	2	1.50	-0.56 – 3.57	U Politécnica Q Roo	3	6	-058 – 12.58
Centro Profesional de Chiapas	1	0.75	-0.72 – 2.22				
Tipo de grado	n	%	IC95% [LS – LI]	Tipo de grado	n	%	IC95% [LS – LI]
Medicina	16	12.03	6.50 – 17.56	Medicina	18	36	22.70 – 49.30
Nutrición	0	0	0	Nutrición	5	10	1.68 – 18.32
Enfermería	36	27.06	19.52 – 34.62	Enfermería	13	26	13.86 – 38.16
Farmacia	0	0	-0.27 – 4.78	Farmacia	0	0	0
Terapia física	2	1.50	-0.56 – 3.57	Terapia física	3	6	-0.58 – 12.58
Odontología	2	1.50	-0.56 – 3.57	Odontología	0	0	0
Técnico de enfermería	74	55.63	47.20 – 64.08	Técnico de enfermería	7	14	4.38 – 23.62
Técnico en radiología	0	0	0	Técnico en radiología	4	8	0.48 – 15.52

n: número total de pasantes de servicio social; %: porcentaje; IC95%: intervalo de condición; LI: límite inferior; LS: límite superior

Cuadro II Inscripción correcta y oportuna de la promoción de los pasantes agosto de 2021 y febrero de 2022

Promoción I (Grupo A)				Promoción II (Grupo B)			
	n	%	IC 95% [LI – LS]		n	%	IC 95% [LI – LS]
Registro oportuno	118	89	83.68 – 94.32	Registro oportuno	45	80	80.33 – 97.67

n: número total de pasantes de servicio social; %: porcentaje; IC95%: intervalo de condición; LI: límite inferior; LS: límite superior

tiempo. La diferencia entre los grupos A y B fue significativa (figura 3).

Se analizó el uso de la plataforma *Google Classroom*® para cada sitio, centrándose en la evidencia solicitada mensualmente. Para la promoción de agosto de 2021 los porcentajes de entrega de evidencia en *Classroom*® fueron los siguientes: para la evidencia de rotación mensual, se observó un porcentaje promedio del 87% (± 12), con un notable rendimiento en el Hospital General de la Subzona No. 2 y la Unidad de Medicina Familiar No. 13, y el rendimiento más bajo siendo en la Unidad de Medicina Familiar No. 11. Para los servicios de atención, se identificó un porcentaje promedio del 88% (± 9), con el

Hospital General de la Subárea No. 2 y las Unidades de Medicina Familiar No. 6 y No. 13, siendo las de mejor rendimiento, mientras que la Unidad de Medicina Familiar No. 11 tuvo el rendimiento más bajo. Con respecto a los casos clínicos o proceso de enfermería, se obtuvo un porcentaje promedio del 81% (± 13), destacando el Hospital General de la Subárea No. 2 y las Unidades de Medicina Familiar No. 6 y No. 13 con el mejor rendimiento, mientras que el Hospital General de la Zona No. 1, la Unidad de Medicina Familiar No. 11 y No. 16 tuvieron el rendimiento más bajo. Para el proyecto educativo, hubo un porcentaje promedio del 69% (± 18), con el Hospital General de la Subzona No. 2 y la Unidad de Medicina

Cuadro III Registro de evidencias mensuales de la promoción agosto 2021 (Grupo A) durante el semestre de febrero a julio de 2022

Grupo A	Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio	
	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]
HGZ 1	2 (7)	-2.33 - 16.12	26 (90)	78.57 - 100.74	24 (83)	69.01 - 96.51	25 (86)	73.66 - 98.76	23 (79)	59.2 - 90.76	26 (90)	78.57 - 100.74
HGSZ 2	6 (100)	100 - 100	6 (100)	100 - 100	6 (100)	100 - 100	6 (100)	100 - 100	6 (100)	100 - 100	6 (100)	100 - 100
HGZ3	9 (60)	35.21 - 84.79	13 (87)	69.46 - 103.87	14 (93)	80.71 - 105.96	13 (87)	69.46 - 103.87	12 (80)	59.76 - 100.24	13 (87)	69.46 - 103.87
UMF 5	1 (33)	-20.01 - 86.68	3 (100)	100 - 100	2 (67)	13.31 - 120.01	2 (67)	13.31 - 120.01	2 (67)	13.31 - 120.01	3 (100)	100 - 100
UMF 6	0	0	1 (100)	100 - 100	1 (100)	100 - 100	1 (100)	100 - 100	1 (100)	100 - 100	1 (100)	100 - 100
HGP 7	12 (80)	59.76 - 100.24	14 (93)	80.71 - 105.96	15 (100)	100 - 100	15 (100)	100 - 100	15 (100)	100 - 100	15 (100)	100 - 100
UMF 11	0	0	0	0	4 (80)	44.94 - 115.06	0	0	0	0	5 (100)	100 - 100
UMF 13	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100
UMF 14	4 (44)	11.98 - 76.91	8 (89)	68.36 - 109.42	8 (89)	63.35 - 109.42	9 (100)	100 - 100	9 (100)	100 - 100	8 (89)	63.35 - 108.42
UMF 15	3 (50)	9.99 - 90.01	5 (83)	53.51 - 113.15	5 (83)	53.51 - 113.15	4 (67)	28.95 - 104.39	5 (83)	53.51 - 113.15	4 (67)	28.95 - 104.39
UMF 16	0	0	5 (83)	53.51 - 113.15	5 (83)	53.51 - 113.15	5 (83)	53.51 - 113.15	5 (83)	53.51 - 113.15	4 (67)	28.95 - 104.39
HGZ 17	17 (57)	38.93 - 74.39	29 (97)	90.24 - 103.09	29 (97)	90.24 - 103.09	30 (100)	100 - 100	30 (100)	100 - 100	30 (100)	100 - 100
HGZ 18	1 (25)	-17.44 - 67.44	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	3 (75)	32.56 - 117.44	0	0	4 (100)	100 - 100
Global	59 (44)	35.56 - 52.44	118 (89)	83.68 - 94.32	118 (89)	86.14 - 95.86	117 (88)	82.48 - 93.52	112 (84)	77.77 - 90.23	123 (92)	87.39 - 96.61

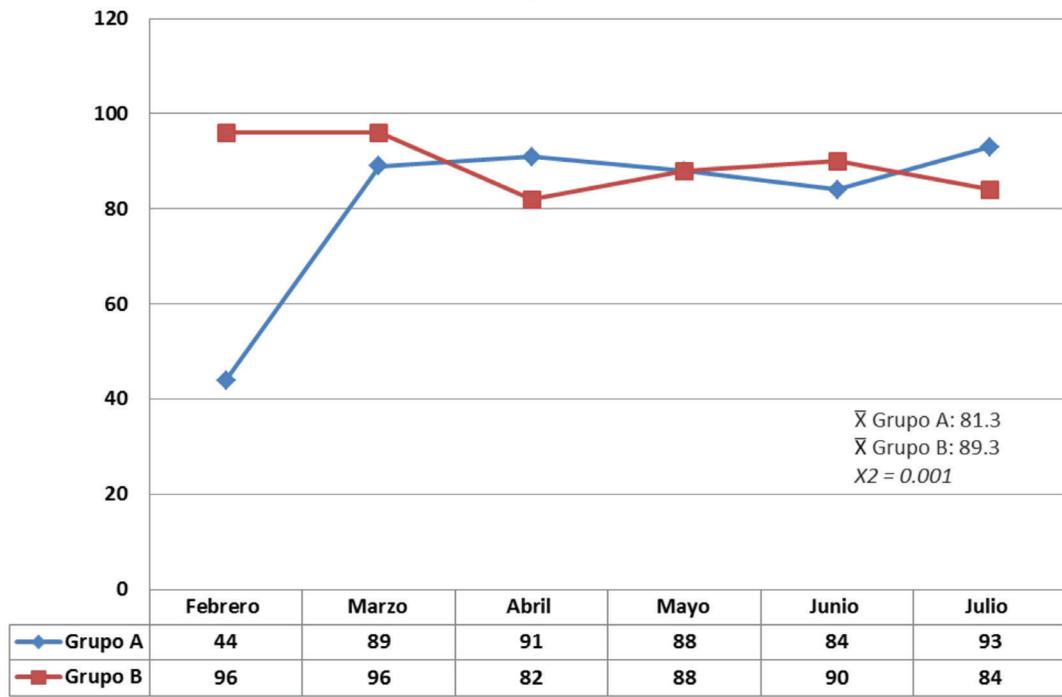
n: número total de pasantes de servicio social; %: porcentaje; IC95%: intervalo de condición; LI: límite inferior; LS: límite superior

Cuadro IV Registro de evidencias mensuales de la promoción febrero 2022 (Grupo B) en el periodo febrero a julio 2022

Grupo B	Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio	
	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]	n (%)	IC 95% [LI - LS]
HGZ 1	2 (100)	100 - 100	2 (100)	100 - 100	2 (100)	100 - 100	2 (100)	100 - 100	2 (100)	100 - 100	2 (100)	100 - 100
HGP 7	2 (100)	100 - 100	2 (100)	100 - 100	0	0	2 (100)	100 - 100	2 (100)	100 - 100	2 (100)	100 - 100
UMF 11	6 (100)	100 - 100	6 (100)	100 - 100	6 (100)	100 - 100	6 (100)	100 - 100	6 (100)	100 - 100	4 (67)	28.95 - 104.39
UMF 13	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100
UMF 14	3 (75)	26 - 124	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100	4 (100)	100 - 100
UMF 15	3 (100)	100 - 100	3 (100)	100 - 100	2 (67)	13.32 - 120.01	3 (100)	100 - 100	3 (100)	100 - 100	3 (100)	100 - 100
UMF 16	3 (100)	100 - 100	3 (100)	100 - 100	3 (100)	100 - 100	3 (100)	100 - 100	3 (100)	100 - 100	3 (100)	100 - 100
HGR 17	25 (96)	88.47 - 103.53	24 (92)	81.57 - 102.43	20 (77)	60.82 - 93.18	20 (77)	60.82 - 93.18	21 (81)	65.92 - 96.08	20 (77)	60.82 - 93.18
Global	48 (96)	90.57 - 101.43	48 (96)	90.57 - 101.43	41 (82)	71.35 - 92.65	44 (88)	78.99 - 97.01	45 (90)	81.68 - 98.32	42 (84)	73.84 - 94.16

n: número total de pasantes de servicio social; %: porcentaje; IC95%: intervalo de condición; LI: límite inferior; LS: límite superior

Figura 3 Diferencia entre los grupos A y B en el periodo febrero a julio de 2022



Familiar No. 13, mostrando el mejor rendimiento, en contraste con la Unidad de Medicina Familiar No. 11 con bajo rendimiento, como se detalla en el cuadro V.

Con respecto a la promoción de febrero de 2022, los porcentajes de entrega de evidencia en Classroom® fueron los siguientes: para la evidencia de rotación mensual, se puede observar un porcentaje promedio del 97% (± 5.2), destacando el Hospital General de la Zona No. 1, el Hospital de Ginecología-Pediatría No. 7, la Unidad de Medicina Familiar No. 13, No. 15 y No. 16 con el mejor rendimiento, mientras que el Hospital General Regional No. 17 tuvo el rendimiento más bajo. Para los servicios de atención médica, se identificó un porcentaje promedio del 97% (± 5.1), con el Hospital General de la Zona No. 1, el Hospital de Ginecología-Pediatría No. 7, las Unidades de Medicina Familiar No. 13, No. 15 y No. 16 teniendo un buen desempeño, mientras que el Hospital General Regional No. 17 tuvo un bajo rendimiento. Con respecto a los casos clínicos o procesos de enfermería, se obtuvo un porcentaje promedio del 97% (± 5.5), con el Hospital General de la Zona No. 1, el Hospital de Ginecología-Pediatría No. 7, las Unidades de Medicina Familiar No. 13, No. 14, No. 15 y No. 16 con un rendimiento sobresaliente y el Hospital General Regional No. 17 con un rendimiento deficiente. Para el proyecto educativo, el porcen-

taje promedio fue del 81% (± 0.1), con los hospitales de mejor desempeño siendo el Hospital General de la Zona 1, las Unidades de Medicina Familiar No. 11, No. 13, No. 14 y No. 16 y el de peor desempeño el Hospital de Ginecología-Pediatría No. 7, como se detalla en el cuadro VI.

El análisis estadístico que utilizó una prueba Chi cuadrada reveló una diferencia significativa en el número de entregas entre el Grupo A y el Grupo B, con un valor de $p < 0.0001$. Esto indica que la aplicación del modelo digital estandarizado tuvo un efecto positivo significativo en la tasa de entrega de evidencia por parte de los practicantes en servicio social (figura 4).

Discusión

El servicio social en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se lleva a cabo en beneficio de la salud de la comunidad del país,⁴ mediante la prestación de servicios profesionales en unidades de atención médica ordinarias. Su propósito es colaborar y promover la participación con las instituciones educativas en la continuidad del proceso educativo para los practicantes de servicio social,⁶ fomentando una vocación de servicio, compromiso profesional y social hacia la atención de la salud de individuos, familias y comunidades en el país.⁷

Cuadro V Porcentaje promedio de entrega de evidencias por unidad sede de la promoción agosto 2021 en el período febrero a julio 2022 (Grupo A)

Unidad	Rubrica de rotación mensual % [n] (±) IC.LI-LS	Hoja de servicios asistenciales % [n] (±) IC.LI-LS	Caso clínico / Procedimiento de enfermería % [n] (±) IC.LI-LS	Proyecto de innovación % [n] (±) IC.LI-LS	Completo % [n] (±) IC.LI-LS	Incompleto % [n] (±) IC.LI-LS
HGZ 1 (29)	82% [24] (±18) IC 64-100	80% [24] (±18) IC 62-98	68% [19] (±41) IC 27-109	43% [13] (±51) IC 8-94	72% [20] (±32.4) IC 39.6-104.4	28% [9] (±32.4) IC -4.4-60.4
HGSZ 2 (6)	100% [6] (±0) IC 100-100	100% [6] (±0) IC 100-100	100% [6] (±0) IC 100-100	100% [6] (±0) IC 100-100	100% [6] (±0) IC 100-100	0% [0] (±0) IC 0-0
HGZ 3 (15)	87% [13] (±5) IC 82-92	87% [13] (±4) IC 83-91	82% [12] (±6) IC 76-88	80% [12] (±10) IC 70-90	82% [12] (±11.6) IC 70.4-93.6	18% [3] (±11.6) IC 6.4-29.6
UMF 5 (3)	83% [2] (±30) IC 53-113	83% [2] (±28) IC 55-111	75% [2] (± 32) IC 43-107	50% [1] (±23) IC 27-73	72% [2] (±25.09) IC 46.91-97.09	28% [1] (±25.09) IC 2.91-53.09
UMF 6 (2)	83% [1] (±45) IC 38-128	100% [2] (±0) IC 100-100	100% [2] (±0) IC 100-100	100% [2] (±0) IC 100-100	83% [1] (±40.82) IC 42.18-131.82	17% [1] (±40.82) IC -23.82-57.82
HGP 7 (15)	98% [14] (±4) IC 94-102	98% [14] (±4) IC 94-102	95% [14] (±6) IC 91-101	94% [14] (±9) IC 85-103	96% [14] (±8.07) IC 87.93-104.07	4% [1] (±8.07) IC -4.07-12.07
UMF 11 (5)	67% [3] (±23) IC 44-90	67% [3] (±21) IC 46-88	5% [1] (±10) IC -5-15	10% [1] (±14) IC -4-24	30% [1] (±46.90) IC 46.18-127.82	70% [4] (±46.90) IC 23.1-116.9
UMF 13 (4)	100% [4] (±0) IC 100-100	100% [4] (±0) IC 100-100	100% [4] (±0) IC 100-100	100% [4] (±0) IC 100-100	100% [4] (±0) IC 100-100	0% [0] (±0) IC 0-0
UMF 14 (9)	87% [8] (±17) IC 70-104	87% [8] (±16) IC 71-103	89% [8] (±22) IC 67-111	78% [7] (±31) IC 47-109	85% [8] (±20.68) IC 64.32-105.68	15% [1] (±20.68) IC -5.68-35.68
UMF 15 (6)	78% [4] (±7) IC 71-85	75% [1] (±9) IC 66-84	79% [4] (±8) IC 71-87	75% [4] (±11) IC 64-86	72% [4] (±13.68) IC 58.32-85.68	18% [2] (±13.68) IC 4.32-31.68
UMF 16 (6)	75% [5] (±15) IC 60-90	75% [5] (±14) IC 61-89	66% [4] (±33) IC 33-99	50% [3] (±47) IC 3-97	67% [4] (±33.33) IC 33.67-100.33	33% [2] (±33.33) IC 0.33-66.33
HGR 17 (30)	98% [29] (±4) IC 94-102	98% [29] (±4) IC 94-102	97% [29] (±7) IC 90-104	87% [26] (±19) IC 68-106	92% [27] (±17.22) IC 74.78-109.22	8% [3] (±17.22) IC -9.22-25.22
HGZ 18 (4)	92% [3] (±11) IC 81-103	92% [3] (±13) IC 79-105	94% [3] (±13) IC 81-107	38% [1] (±53) IC -15-91	67% [3] (±43.77) IC 23.23-110.77	33% [1] (±43.77) IC -10.77-76.77
GLOBAL	87% [115] (±12) IC 75-99	88% [117] (±9) IC 81-97	81% [107] (±13) IC 68-94	69% [91] (±18) IC 51-87	78% [103] (±18.01) IC 59.99-96.01	22% [30] (±18.01) IC 3.99-40.01

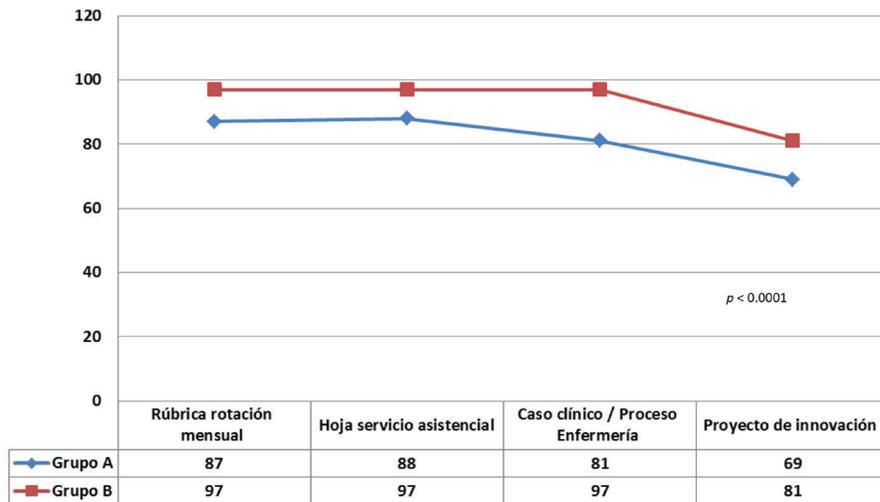
%. porcentaje; n = número de pasantes de servicio social por sede, ±= desviación estándar, IC 95%=Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior.

Cuadro VI Porcentaje promedio de entrega de evidencias por unidad sede promoción febrero 2022 en el período febrero a julio 2022 (Grupo B)

Unidad	Rubrica de rotación mensual % [n] (±) IC.LI-LS	Hoja de servicios asistenciales % [n] (±) IC.LI-LS	Caso clínico o Procedimiento de enfermería % [n] (±) IC.LI-LS	Proyecto de innovación % [n] (±) IC.LI-LS	Completo % [n] (±) IC.LI-LS	Incompleto % [n] (±) IC.LI-LS
HGZ 1 (2)	100% [2] (±0) IC 100-100	100% [2] (±0) IC 100-100	100% [2] (±0) IC 100-100	100% [2] (±0) IC 100-100	100% [2] (±0) IC 100-100	0% [0] (±0) IC 0-0
HGP 7 (2)	100% [2] (±0) IC 100-100	100% [2] (±0) IC 100-100	100% [2] (±0) IC 100-100	0% [2] (±0) IC 0-0	83% [1] (±40.82) IC 42.18-123.82	17% [1] (±40.82) IC -23.82-57.82
UMF 11 (6)	94% [5] (±13.6) IC 80.4-107.6	95% [5] (±13.5) IC 81.5-108.5	92% [5] (±16.5) IC 75.5-108.5	100% [6] (±0) IC 100-100	94% [5] (±13.60) IC 80.4-107.60	6% [1] (±13.60) IC -7.60-29.60
UMF 13 (4)	100% [4] (±0) IC 100-100	100% [4] (±0) IC 100-100	100% [4] (±0) IC 100-100	100% [4] (±0) IC 100-100	100% [4] (±0) IC 100-100	0% [0] (±0) IC 0-0
UMF 14 (4)	96% [3] (±10.2) IC 85.8-106.2	96% [3] (±10.2) IC 85.8-106.2	100% [4] (±0) IC 100-100	100% [4] (±0) IC 100-100	96% [3] (±10.20) IC 85.8-106.20	4% [1] (±10.20) IC -6.20-14.20
UMF 15 (3)	100% [3] (±0) IC 100-100	100% [3] (±0) IC 100-100	100% [3] (±0) IC 100-100	67% [2] (±0.2) IC 66.8-67.8	94% [2] (±13.60) IC 80.4-107.6	6% [1] (±13.60) IC -7.60-19.60
UMF 16 (3)	100% [3] (±0) IC 100-100	100% [3] (±0) IC 100-100	100% [3] (±0) IC 100-100	100% [3] (±0) IC 100-100	100% [3] (±0) IC 100-100	0% [0] (±0) IC 0-0
HGR 17 (29)	88% [25] (±7.1) IC 80.9-95.1	87% [25] (±6.1) IC 80.9-93.1	86% [24] (±4.7) IC 81.3-90.7	83% [24] (±0.1) IC 82.9-83.1	85% [24] (±7.80) IC 77.20-92.8	15% [5] (±7.80) IC 7.20-22.80
GLOBAL	97% [48] (±5.2) IC 91.8-102.2	97% [48] (±5.1) IC 91.9-102.1	97% [48] (±5.5) IC 91.5-102.5	81% [40] (±0.1) IC 80.9-81.1	94% [47] (±6.18) IC 87.82-100.18	6% [3] (±6.18) IC -0.18-12.18

%= porcentaje, n = número de pasantes de servicio social por sitio, ±= desviación estándar, IC 95%=Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior

Figura 4 Diferencia entre grupos según la evidencia



Una rúbrica es una herramienta de evaluación basada en escalas cuantitativas y/o cualitativas combinadas con criterios preestablecidos para medir el desempeño de los estudiantes en los aspectos de la actividad evaluada.^{8,9} Esta herramienta sistemática se emplea ya que se considera una valiosa herramienta para la evaluación de competencias. Urias *et al.*,¹⁰ en su estudio, señalaron que las rúbricas de evaluación ofrecen un impacto positivo en el proceso de aprendizaje, debido a la estandarización de criterios, y Morales *et al.*¹¹ señalaron que las rúbricas sirven como medios para transmitir criterios de calidad de tarea y así mejorar la calidad de las actividades.

En este trabajo, se propone el uso de *Google Classroom*[®], una plataforma virtual, para gestionar y controlar el registro mensual de la evidencia de los practicantes en servicio social. Este enfoque facilita el cumplimiento de los requisitos, ofreciendo un acceso fácil y reducción de costos para todas las partes involucradas. Como parte de la formación profesional, se solicitan diferentes tipos de evidencia mensualmente. Estas son evaluadas a través de rúbricas estandarizadas para registrar objetivamente el desempeño y conocimientos de cada aprendiz, alineando el entorno educativo del evaluador con el de los estudiantes.

El rápido desarrollo de la tecnología muestra que hoy en día hay una necesidad de reevaluar el enfoque de la educación y, con ello, la necesidad de repensar el proceso de enseñanza y aprendizaje¹² con un cambio en el proceso cognitivo del facilitador-formador antes conocido como *maestro*.⁴ Las plataformas virtuales se han convertido en una herramienta poderosa de tecnología educativa, capaz

de fomentar en muchos casos la independencia del conocimiento y las relaciones construidas entre maestros y alumnos.¹³ La tecnología educativa, como paradigma educativo, se centra en los aspectos psicológicos del comportamiento, considerando que el aprendizaje se basa principalmente en estímulos y respuestas, pero principalmente cuando se busca de forma autónoma, se centra en el deseo real de aprender resultando en un aprendizaje preprogramado.¹⁴ En estos, hay instrucciones programadas y responsivas que involucran a maestros y alumnos,¹⁵ como en este proyecto donde solo el 15% tuvo problemas para acceder a la plataforma, a pesar de recibir instrucciones específicas, y esto fue diferente en el grupo A que tuvo un modelo no digital.

Actualmente, la educación médica ha adoptado la era digital debido a la democratización, accesibilidad y desmonetización de la información.¹⁶ Un momento decisivo fue sin duda la pandemia global de SARS-CoV-2, generando así, por un lado, mejoras en la calidad de la atención y, por otro, proporcionando a los profesionales información en cualquier momento al buscar fuentes sólidas que les permitan construir el aprendizaje deseado.¹⁷

Numerosos centros de educación médica implementan sus cursos con métodos de enseñanza combinados (tradicional y virtual) y, en algunos casos, el contenido se entrega en línea a través de sistemas de aprendizaje interactivo en plataformas cerradas (*Blackboard*, *e-educativa*) o abiertas (*Moodle*), generando aprendizaje en grupos pequeños, aprendizaje basado en problemas y presentación de casos.^{18,19} El aprendizaje electrónico mejora el rendimiento

académico de los estudiantes en comparación con aquellos entrenados en métodos de aprendizaje tradicionales.^{20,21}

Las plataformas educativas virtuales se integran en las instituciones educativas como apoyo para la asignación de tareas, gestión de recursos educativos, evaluación, intercambio de recursos y más.²² *Google Classroom*[®] es una herramienta académica gratuita que permite la organización en segmentos para evitar mezclar información y facilita la comunicación entre estudiantes y profesores. Por lo tanto, es una de las plataformas más utilizadas, según un estudio de San Román López *et al.*,²³ destacando su preferencia porque optimiza el tiempo y mejora la calidad del proceso de aprendizaje.

El uso de *Google Classroom*[®] como entorno de aprendizaje permite a los maestros crear y almacenar sus actividades digitalmente,²⁴ lo que les permite revisar quién realiza las actividades y quién no, lo que fomenta la retroalimentación directa a los estudiantes que la necesitan, mejora la comunicación en tiempo real a través de preguntas o comentarios, mantiene las carpetas en *Drive* organizadas por actividades y por estudiantes, entre otras características.^{25,26}

La implementación de esta plataforma resultó en una mejor organización y control de la asignación y registro de la evidencia mensual para los proveedores de servicios de salud que participan en el servicio social. Construye evidencia a través de tres pilares fundamentales centrados en el servicio social: 1) Asistencia, 2) Enseñanza e 3) Innovación en Investigación. El objetivo es guiar a los profesionales de la salud en la adquisición de competencias durante este período al fomentar una herramienta que conecte la práctica asistencial con la evidencia solicitada. Asimismo, la realización de sesiones académicas y actividades de difusión, y objetivarlas en instrumentos, permite la evaluación del progreso en el programa de servicio social. Finalmente, y no por ello menos importante, anima a los practicantes en servicio social a contribuir a la institución a través de proyectos de innovación o investigación en colaboración con tutores y profesionales en su campo, ofreciendo mejoras en los procesos o realizando investigaciones clínicamente relevantes para la organización. Además, logra una reducción en el tiempo requerido para la evaluación de las actividades de los practicantes en servicio social.

Los resultados obtenidos permiten dar cuenta de la efectividad de la plataforma virtual (efectividad inicial del 84.5% en ambas promociones) como herramienta educativa que, por lo tanto, contribuye a potenciar el espacio de aprendizaje que permite una interacción dinámica y sig-

nificativa entre maestro y alumno, optimizando tiempo y recursos,²⁷ por lo que los estudiantes ahorrarían tiempo y recursos económicos al generar un fácil acceso.²⁸ La efectividad de estos resultados depende principalmente de la disponibilidad de una conexión a internet confiable y del estímulo del Estado para que esta herramienta tenga una mayor cobertura, ya que el nivel de penetración de conectividad en ciertas regiones de México como Chiapas, Oaxaca y la Sierra Tarahumara es bajo.²⁹ A pesar de ser un destacado destino turístico, Quintana Roo también enfrenta deficiencias en sus unidades hospitalarias como lo mencionaron Heinze Martin *et al.*³⁰ De acuerdo con un estudio realizado, aproximadamente, el 50% de las unidades hospitalarias avaladas por la UNAM para residencias médicas no tienen acceso gratuito a internet inalámbrico, o solo tienen acceso limitado a internet en la biblioteca del hospital. Además, hay escasez de equipos informáticos para uso del personal médico. Sin embargo, el personal de salud intenta superar estas deficiencias utilizando sus propios recursos tecnológicos, como teléfonos inteligentes, tabletas y computadoras portátiles, e, incluso, comprando la red inalámbrica externa.^{25,27} En nuestro entorno, desafortunadamente, lo mencionado anteriormente sucede y, a menudo, se resuelve por méritos de los propios practicantes en servicio social, aunque algunos eligen espacios públicos para acceder a la plataforma virtual.

El uso de la tecnología de la información y comunicación (TIC) se convierte en una herramienta funcional para una mejor comprensión del aprendizaje que el estudiante aspira a adquirir, ya que una variedad de estrategias de mediación apoya procesos educativos siempre que estén diseñados para fines académicos y totalmente planificados, orientados a mejorar habilidades profesionales y comprensión del conocimiento.^{22,28}

Al principio de la implementación de esta plataforma se identificó que una minoría de practicantes en servicio social tenía deficiencias en su manejo, lo cual era evidente en la presentación incompleta de tareas o acceso incorrecto a la promoción correspondiente. Sin embargo, después de ajustar y refinar la metodología, se observó un cambio drástico en su manejo de manera objetiva, en su mayoría evidenciado por la entrega oportuna de evidencia en los meses siguientes.

Por otro lado, se menciona que algunos estudios han demostrado que uno de los obstáculos para el uso de las TIC, además de la tecnología, es la falta de cultura entre maestros y estudiantes, quienes deben comprender y valorar el concepto de TIC.^{22,28} Es esencial que el concepto

de *educación virtual* sea entendido por la diada (maestro-estudiante), como explican González *et al.*¹² Por lo tanto, es importante reconocer la importancia de la capacitación para el uso y funcionamiento de estas herramientas para evitar prejuicios contra la era digital. Esto no pasa por alto que la apertura, el interés y la disposición para aprender requieren un proceso de transformación en cómo varios actores perciben la educación.^{30,31}

Se enfatiza la importancia de implementar nuevas estrategias educativas, lo cual es imperativo frente a los cambios tecnológicos actuales. En este sentido, la formación de maestros y, por lo tanto, la formación de estudiantes debería orientarse hacia la innovación y experimentación con el uso de las TIC, favoreciendo el desarrollo y la adquisición de diversas competencias.^{32,33} La implementación de la plataforma *Google Classroom*[®] representa una innovación en la gestión de las actividades mensuales de los practicantes en servicio social, ofreciendo una nueva forma de administración y monitoreo.

La implementación de plataformas virtuales en el proceso de enseñanza es una herramienta válida, innovadora y efectiva para lograr un aprendizaje significativo en la cultura digital actual. Es esencial mencionar que los estudiantes no solo ahorrarán costos, recordarán fechas límite y tendrán acceso a una variedad de materiales, sino que también podrán plasmar sus ideas y aprender de manera creativa, de acuerdo con sus intereses y tiempo, fomentando un aprendizaje significativo. Sin embargo, la implementación de estas herramientas enfrenta desafíos, principalmente técnicos y relacionados con la conectividad, debido a la cobertura de internet limitada en algunas regiones de México. Sin embargo, la cobertura de internet actual se está expandien-

do progresivamente, prometiendo un mejor acceso a estas tecnologías en un futuro cercano en todo el país.

Conclusiones

El uso y la estandarización de modelos digitales dentro del proceso educativo con un enfoque en la evaluación demuestran una diferencia favorable desde el inicio de su aplicación debido a su facilidad de uso por parte de los practicantes en servicio social en instituciones públicas en Quintana Roo.

Con respecto al aspecto de la enseñanza, se ha demostrado que se trata de una solución más económica y eficiente para organizar y almacenar evidencia mensual, así como gestionar evaluaciones y productos de acreditación (asistencia, enseñanza e investigación). Es destacable que los productos con un enfoque práctico tienen una tasa de entrega más alta en comparación con aquellos centrados en la generación de conocimiento, enfatizando la importancia de equilibrar aspectos prácticos y teóricos en la formación de los practicantes.

En conclusión, se destaca que la plataforma *Google Classroom*[®] es una herramienta adecuada para recibir y almacenar evidencia mensual de los practicantes en servicio social, facilitando así su proceso formativo.

Todavía queda mucho por hacer en términos de investigación sobre entornos digitales y entornos de aprendizaje en recursos humanos en salud. Iniciar la evaluación y estandarización de rúbricas en el proceso de servicio social es un paso, pero en el análisis cualitativo es necesario promover la generación de proyectos que contribuyan y demuestren las competencias integradoras de los practicantes para su aplicación dentro de la institución de salud.

Referencias

1. CEPAL-UNESCO. Education in times of the COVID-19 pandemic. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and the Regional Bureau of Education for Latin America and the Caribbean of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO Review. 2020, 21(2): pp. 2-22. [Consult: 10-04-2023]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45904/1/S2000510_es.pdf
2. García-Aretio, L. COVID-19 and digital distance education: preconfinement, confinement and postconfinement RIED. Iberoamerican Journal of Distance Education. 2021;24(1):9-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3314/331464460001/331464460001.pdf>
3. Robles-Bárcena M. El servicio social. Sistema Educativo Nacional. 2019. Pag 237-243. Disponible en: https://www.planeducativonacional.unam.mx/PDF/CAP_09.pdf
4. Flores-Fernández F. Contreras-Michel N, Martínez-González A. Evaluation of learning in medical education. Rev Fac Med (Mex.) 2012; 55(3):42-48. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300008&lng=es
5. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología. México, D.F.: SEGOB; 2014. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5354092&fecha=28/07/2014#gsc.tab=0
6. ONU. Policy brief: education during covid-19 and beyond. United Nations; 2020. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_education_during_covid-19_and_beyond_spanish.pdf

7. Riande-Juárez N. Digital education in Mexico and the world. *Praxis journal of tax and administrative justice*. 2019-2020:1-49. Disponible en: https://www.tfja.gob.mx/investigaciones/pdf/r27_trabajo-2.pdf
8. Torres-Gordillo J, Perera-Rodríguez V. La rúbrica como instrumento pedagógico para la tutorización y evaluación de los aprendizajes en el foro online en educación superior. *Pixel-Bit. Journal of Media and Education*. 2012;36:141-149. Disponible en: <https://www.uaem.mx/sites/default/files/facultad-de-medicina/descargas/larubrica-como-instrumento-pedagogico.pdf>
9. Cano E. Rubrics as a competency assessment tool in higher education: use or abuse? *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*. 2015;19(2):265-280. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/567/56741181017.pdf>
10. Urías CM, Rodríguez CL, Zarate NE. The rubric in the evaluation of clinical case presentations: assessments of dental students. *Revista Investigación en Educación Médica*. 2017;8(29). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572019000100085
11. Morales S, Hershberger R, Acosta E. Competency-based assessment: how is it done? *Rev Fac. Med.* 2020;63(3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422020000300046&script=sci_arttext
12. Gonzalez MA, Perdomo KV, Pascuas Y. Application of ICT in blended learning educational models: A systematic literature review. *Sophia*. 2017;13(1):144-154. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4137/413750022015.pdf>
13. Pérez-Zúñiga R. Contemporary educational models assisted by information and co-communication technologies. *Journal of Education and Development*. 2016;39(1):91-98. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/39/39_Perez.pdf
14. Marcillo-Zambrano S, Tomalá-Leal E. Educational management and its influence on the new challenges of curriculum development in the Bartolomé Garelli Educational Unit. *593 Digital Publisher CEIT*. 2021;6(2-1):76-93. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7897384.pdf>
15. Giménez-Giubbani A. The role of school management in a competency-based learning model. *Páginas de Educación Journal*. 2016;9(1):5-15. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-74682016000100001&lng=es&nrm=iso
16. Murillo J, Román M. Retos en la evaluación de la calidad de la educación en américa latina. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2010;53(11):97-120. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/documentos/rie53a05.pdf>
17. Da Silva Bernardo E. Education in integral time: some challenges for school management. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. 2020;15(1):79-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6198/619864611006/html/>
18. Gonzales-Mendieta JJ, Váscones-Román FF, Ticse R. Virtual platforms in undergraduate medical education during quarantine by COVID-19: A student perspective. *Rev Med Hered*. 2020;31(4):290-292. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000400290&lng=es
19. Prado-Prado S. Google Classroom: educational application as a Learning Environment in rural areas in COVID-19 contexts. *KOINONIA Interdisciplinary Journal*. 2020;V(5).
20. Guevara-Maldonado L. El uso de Google Classroom como apoyo para el docente. *Benemérita Escuela Normal Federalizada de Tamaulipas*. 2019. Disponible en: <http://www.conisen.mx/memorias2019/memorias/5/P717.pdf>
21. Pérez-Martinot M. Current use of information and communication technologies in medical education. *Rev Med Hered*. 2017; 28:258-265. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n4/a08v28n4.pdf>
22. Barrera-Rea V, Guapi-Mullo A. The importance of the use of virtual platforms in higher education. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. 2018. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/07/plataformas-virtuales-educacion.html>
23. Vargas-Cubero A, Villalobos-Torres G. The use of virtual platforms and their impact on the learning process in the subjects of Criminology and Police Sciences careers, at the State Distance University of Costa Rica. *Educare Electronic Journal*. 2018;22(1):20-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1941/194154980001/html/>
24. San Román-Lopez K. Use of virtual educational platforms in university teaching practice: a case study. *Iberoamerican Journal of Science*. 2020;7(1):11-19. Disponible en: <http://www.reibci.org/publicados/2020/jul/4000111.pdf>
25. Guerrero-Aragón SC, Chaparro-Serrano MF, García-Perdomo A. Competency-based assessment in health: literature review. *Educación y Educadores*. 2017;20(2):211-225. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/316871159_Evaluacion_por_competencias_en_salud_revision_de_literatura
26. Kraus G. The use of Google Classroom as a complement to face-to-face training for primary level teachers. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología*. 2019;24. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/24/241044010/html/>
27. Sosa-Agurto J. Application of virtual classroom Google Classroom in the educational environment: A systematic review. *Pol Con*. 2021;6(54):499-519.
28. Suárez-Mejía L. Google Classroom as a formative tool in teaching safety and occupational health for eleventh grade. *Faculty of Education*. Santo Tomas University. Chiquinquirá. Colombia. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/34606/2021LeninSuarez.pdf?sequence=1>
29. Chiriguaya-Morales M. Google Classroom: a way to develop the teaching-learning process. *Instituto Tecnológico Superior Bolivariano de Tecnologías*. Disponible en: <https://www.pedagogia.edu.ec/public/docs/8cf912237757183f7cb2b574fe60e2.pdf>
30. Heinze-Martin G. Use of information and communication technologies (ICT) in medical residencies in Mexico. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2017;15(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2017/am172p.pdf>
31. Córdova-Ventura. M. The virtual Classroom platform and the improvement in the perception of learning of fifth-cycle students of the advertising design career of the Higher Technological Institute of Design and Communication in 2019. *USMP Academic Repository*. 2020. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6810/c%3B3rdova_vl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Tarango-Ortiz J. Evaluation according to design and learning of Google Classroom and Chamilo. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*. 2019;10(19)91-104. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5216/521658239005/html/>
33. Fuentes-Maturano R. The use of the Classroom application in the teaching and learning process. *La Rioja*, 2021. Disponible en: <https://ria.utn.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/20.500.12272/6585/>

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

Jiménez-Báez MV, Sandoval-Jurado L, Chávez-Hernández MM et al. Modelo digital para la gestión del servicio social en instituciones públicas del sector salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025; 33(1):e1481. doi: 10.5281/zenodo.14367020

Efraín Merari Moreno-Caballero^{1a}, Ana Rosa Hernández-Villarreal^{1b}, José Emeterio Burgos-Jiménez^{2c}, Griselda Gaspar-González^{1d},
Assenet Gómez-López^{1e}, Claudia Erika Hernández-Flores^{1f}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades No. 25, Dirección de Enfermería. Monterrey, Nuevo León, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades No. 25, Dirección de Educación e Investigación. Monterrey, Nuevo León, México

Autorización de comité de ética e investigación: R-2023-1901-099

Doi: 10.5281/zenodo.14367050

ORCID

0009-0004-2573-5158^a

0009-0006-7329-6983^b

0000-0001-7185-3252^c

0009-0002-5307-5359^d

0009-0006-3525-4942^e

0009-0009-2975-8556^f

Palabras clave:

Quimioterapia

Enfermería

Guía

Preparaciones Farmacéuticas

Administración del Tratamiento

Farmacológico

Keywords:

Drug Therapy

Nursing

Guideline

Pharmaceutical Preparations

Medication Therapy Management

Correspondencia:

Efraín Merari Moreno Caballero

Correo electrónico:

efrain.moreno@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

23/05/2024

Fecha de aceptación:

15/10/2024

Resumen

Introducción: los errores durante la preparación y administración de medicamentos oncológicos pueden poner en riesgo la seguridad del paciente. Desarrollar una guía de intervenciones de enfermería relaciona fundamentos conceptuales y procedimentales de la práctica del cuidado, fortalece al personal con relación a las acciones a realizar.

Objetivo: diseñar y validar una guía de intervenciones de enfermería para la preparación y administración de medicamentos oncológicos

Metodología: diseño cuasi-experimental con personal de enfermería. Primera fase: revisión documental bibliográfica la cual fundamentó el diseño de la guía. Segunda fase: diseño y validación por expertos evaluando cinco criterios (alcance, participación de implicados, rigor, claridad y aplicabilidad). Tercera fase: evaluación de la estrategia mediante la capacitación en cinco sesiones, con instrumento de 30 ítems, indicadores: teórico, preparación y administración (KR 0.69). Se utilizó estadística descriptiva, Chi cuadrada, V de Aiken y t de Student (NS < 0.05).

Resultados: la guía incluye intervenciones para la preparación y administración de 77 medicamentos oncológicos. Cuenta con validez de contenido con estabilidad y consenso por expertos (mediana 7, 86% de respuestas superior a este intervalo, V de Aiken 0.8). Calificación pre 69.89 y post 91 (0.000). Conocimiento bueno en el 83.3% del personal.

Conclusiones: la guía cuenta con una validez adecuada y confiabilidad alta para su réplica, por lo que representa un aporte para fortalecer el conocimiento conceptual y comportamental del personal de enfermería.

Abstract

Introduction: Errors during the preparation and administration of oncological medications put patient safety at risk. Developing a nursing intervention guide relates conceptual and procedural foundations of care practice, strengthens the staff in relation to the actions to be performed.

Objective: Design and validate a guide to nursing interventions for the preparation and administration of oncological medications.

Methodology: Quasi-experimental design with nursing staff. First phase bibliographic documentary review which based the design of the guide. Second phase design and validation by experts evaluating five criteria: scope, participation of those involved rigor, clarity and applicability. Third phase evaluation of the strategy through training in five sessions, 30-item instrument, indicators: theoretical, preparation and administration (KR .69). Descriptive statistics, Chi square, Aiken's V and Student's T (NS <.05) were used.

Results: The guide includes interventions for the preparation and administration of 77 oncological medications. It has content validity with stability and consensus by experts (median 7, 86% of responses above this interval, Aiken V 0.8). Pre-score 69.89 and post-score 91 (0.000). Good knowledge in 83.3% of the staff.

Conclusions: The guide has adequate validity and high reliability for its replication, so it represents a contribution to strengthening the conceptual and behavioral knowledge of nursing staff.

Introducción

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que viene creciendo entre la población mundial como consecuencia de una mayor expectativa de vida y de la exposición de los individuos a productos potencialmente cancerígenos,¹ en donde algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras, haciendo posible que el cáncer comience en cualquier parte del cuerpo humano.² La Organización Mundial de la Salud (OMS) la sitúa como la principal causa de muerte en todo el mundo, pues en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones.³

Existen muchos tratamientos para el cáncer, pero los convencionales (cirugía, radiación y quimioterapia) siguen siendo los más utilizados y efectivos, pero invasivos y tóxicos.⁴ gracias a este tipo de tratamientos se ha alcanzado una mejoría sustancial en la supervivencia global y en el porcentaje de pacientes vivos a largo plazo, sobre todo con el empleo de las modernas inmunoterapias.⁵ Sin embargo, en lo que se refiere al tratamiento con quimioterapia, es conocida la toxicidad de los fármacos antineoplásicos, ya que afectan tanto a las células cancerosas como a las no cancerosas, lo que da lugar a efectos secundarios.⁶

La quimioterapia actúa evitando que las células cancerosas crezcan, se dividan y formen más células, ya que se constituye de sustancias químicas potentes que atacan a las células en diferentes momentos del ciclo celular.⁷ Estos medicamentos tienen características especiales que los hacen diferentes a otros grupos farmacológicos, ya que presentan margen terapéutico estrecho, toxicidad elevada y pueden incluir la aparición de resistencias en las células cancerosas. Además, actúan sobre fases específicas del ciclo celular, puesto que actúan en las células que se encuentran en proceso de división. Este mecanismo hace que, a su vez, sean carcinogénicos, mutagénicos y/o teratogénicos. Por estas razones el manejo de los citostáticos ha de considerarse altamente riesgoso para la salud del personal que labora con estos fármacos.⁸

Entre los principales tratamientos farmacológicos contra el cáncer destaca el uso del Rituximab que pertenece al grupo de los anticuerpos, al igual que el Trastuzumab, entre otros. Estos anticuerpos monoclonales son glicoproteínas especializadas del sistema inmune, se producen a partir de las células B y presentan la capacidad de reconocer un antígeno. Los anticuerpos monoclonales específicos, junto con los avances de los mecanismos fisiopatológicos del cáncer, se han convertido en una alternativa terapéutica.⁹

Algunos de estos medicamentos producen complicaciones potencialmente graves, tal es el caso de la polineuropatía inducida por quimioterapia, la cual se produce cuando los medicamentos citotóxicos que dañan las células nerviosas, su estructura y/o su capacidad de funcionar como deberían, lo cual es secundario a la toxicidad limitante de dosis de múltiples agentes antineoplásicos; entre estos medicamentos se encuentran los alcaloides de la vinca, siendo los más utilizados la Vincristina y Vinblastina, así como el grupo de los platinos, carboplatino, oxaliplatino y el cisplatino, y el grupo de los taxanos al cual pertenecen medicamentos como el paclitaxel y docetaxel.¹⁰

Los bifosfonatos administrados por vía intravenosa, como el ácido zoledrónico, se utilizan habitualmente como parte del tratamiento de la osteopenia grave, las metástasis óseas y la hipercalcemia severa. Se ha establecido que la terapia con bifosfonatos en estos casos reduce el número de fracturas, mejora la morfología del hueso y disminuye el dolor.¹¹

Los agentes alquilantes tienen como objetivo principal el ADN. Son citotóxicos, mutagénicos y carcinogénicos. Para la mayoría, el mecanismo primario de acción es la unión cruzada con los haces de ADN. Son específicos del ciclo celular pero no son específicos de fase. Entre sus indicaciones están: los tumores cerebrales (glioblastoma multiforme, meduloblastoma, astrocitoma y ependimoma), la enfermedad de Hodgkin, el linfoma no Hodgkin y el mieloma múltiple. Entre los agentes alquilantes más utilizados podemos encontrar: la ciclofosfamida, el cisplatino y la ifosfamida.¹²

El ácido folínico participa en la síntesis y reparación del ADN, por lo que es esencial para el metabolismo celular.¹³ El mesna es un medicamento desintoxicante que se usa para prevenir la cistitis hemorrágica en pacientes que reciben quimioterapia con dosis altas de ciclofosfamida o ifosfamida.¹⁴

La L-asparaginasa es un fármaco usado en quimioterapia de objetivo anticanceroso (antineoplásico o citotóxico). Este medicamento se clasifica como *enzima* ya que es extraída de la bacteria *Escherichia coli* y la bacteria *Erwinia chrysanthemi*, cumpliendo la función de hidrolizar la asparaginasa en amonio y ácido aspártico, y la glutamina en ácido glutámico y amonio.¹⁵

Todos estos medicamentos antineoplásicos, por su principio activo y toxicidad, suponen un riesgo para la salud del personal que los manipula, en este sentido se requiere el cumplimiento de normas y recomendaciones específicas para su manejo seguro, a fin de prevenir daños en el pa-

ciente, el personal y el medio ambiente.¹⁶ Es ampliamente conocido que varios agentes antineoplásicos son cancerígenos, mutagénicos y/o teratógenos. Específicamente, los agentes con efecto irritante, vesicante y/o alérgico se han vinculado con la aparición de neoplasias secundarias, daño local en el epitelio cutáneo y en las membranas mucosas. Por estas razones se recomienda que el personal de enfermería encargado de la manipulación de estos medicamentos deba adquirir conciencia del riesgo potencial que esto representa, de la necesidad de trabajar con precaución y seguridad, y de adherirse a los procedimientos de trabajos previamente establecidos y autorizados.

Una forma de apoyar el proceso de formación es a través de las guías clínicas de intervención de enfermería, las cuales han sido elaboradas para proporcionar la información necesaria para ser aplicada en el continuo del cuidado de enfermería que se proporciona a la persona en el curso de vida en los diferentes problemas de salud. Estas han sido elaboradas a través de la búsqueda de información bibliográfica, experticia de los profesionales y la necesidad de continuar documentando y estandarizando los cuidados de enfermería en la atención proporcionada al paciente.¹⁷

Una guía de intervenciones es un documento técnico científico de la práctica asistencial que plantea paso a paso cómo realizar de manera secuencial una determinada práctica de enfermería. Estos instrumentos para uso de la práctica asistencial son desarrollados a partir de investigaciones de enfermería acorde al conocimiento actualizado y el juicio clínico de la enfermera.¹⁸ El propósito principal de estos documentos es enseñar las intervenciones de enfermería, resolviendo las dificultades para relacionar los fundamentos conceptuales y profesionales de enfermería que se producen en algunos casos durante la práctica del cuidado.¹⁹

Algunos estudios de investigación demuestran la efectividad de estas guías tanto sobre el conocimiento como sobre la práctica profesional de la enfermería, tal es el caso de los trabajos de Vera Núñez y Castellanos Sánchez, quienes, posterior a una intervención, concluyeron que la guía de buenas prácticas para el manejo de la bioseguridad hospitalaria aplicada resulta efectiva en el mejoramiento del nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería que trabajaban en las unidades de mayor riesgo biológico.²⁰ En el caso de los trabajos de Durán Flórez y Casallas Murillo se logran identificar niveles de cumplimiento de un 83 a 100% en los criterios de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario; destacando que es importante llevar a cabo procesos de

evaluación de la atención hospitalaria en conjunto con las pacientes y los profesionales de la salud, lo que conduce a lograr aportaciones positivas a la retroalimentación y el mejoramiento continuo en un problema tan sensible como el duelo perinatal.²¹ De la misma manera, Granados Oliveros y Esparza Bohórquez destacan la importancia de la auditoría y verificación periódica de las estrategias implementadas para promover la adherencia del personal de los servicios en el cumplimiento de las metas institucionales y la sostenibilidad del cambio logrado.²²

La Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25 del Centro Médico Nacional Noreste cuenta con un Centro de Mezclas Medicamentosas, que prepara 25,000 mezclas mensuales, así como con 369 camas censables, de las que el 53% de los egresos hospitalarios es representado por pacientes con diagnósticos oncológicos. Para la atención del paciente oncológico la unidad cuenta con 853 plazas de enfermeras, de las cuales solo 20 son enfermeras oncólogas, cabe resaltar que el personal de enfermería general no cuenta con formación estandarizada en cuanto a la atención y manejo de tratamientos oncológicos.

Diversos eventos adversos se presentan en relación con la administración como son: el orden, la incorrecta infusión en velocidad y tiempo, la extravasación, la exposición de riesgos, el inadecuado manejo de residuos y los derrames, que ponen en riesgo la seguridad del paciente, del medio ambiente y del mismo personal de enfermería.

Contar con una guía nos ayudaría a prevenir errores y a incrementar el nivel de conocimiento; asimismo, el personal podría tener acceso a un documento donde puede consultar las dudas que se presentan durante su trabajo, garantizando un manejo de medicamentos oncológicos seguro y libre de riesgos. El presente estudio tuvo como objetivo diseñar y validar una guía de intervenciones de enfermería para la preparación y administración de medicamentos oncológicos

Metodología

Se realizó un estudio de diseño cuasi-experimental longitudinal prospectivo. Con un tamaño de muestra para una población finita para comparación de medias de 30 enfermeras (IC95%), utilizando una técnica de muestreo no probabilística por serie consecutiva de casos. La población de estudio estuvo conformada por personal de enfermería, especialistas, generales y auxiliares de las áreas de hospitalización, central de mezclas y terapia intravenosa, de turno matutino y vespertino de la Unidad

Médica de Alta Especialidad No. 25, Hospital de Especialidades del IMSS en Monterrey, México.

El estudio incluyó tres fases, en la primera de ellas se realizó una revisión documental bibliográfica de artículos publicados en bases de datos como *Pub Med*, *Scielo* y *Redalyc*; las palabras claves (PICO) utilizadas fueron los nombres de los medicamentos a integrarse en la guía, la estabilidad de los medicamentos, la extravasación, los efectos adversos de los medicamentos oncológicos y la preparación de los medicamentos oncológicos.

En la segunda fase se realizó el diseño y validación de la guía a través de la revisión de expertos utilizando la técnica *Delphi* para lo cual se construyó, basado en la metodología *AGREE*, un cuestionario integrado por cinco criterios: *alcance y objetivos*, *participación de los implicados*, *rigor en la elaboración*, *claridad de presentación y aplicabilidad*. Para la validez de la guía el criterio de decisión se estableció a partir de las recomendaciones de Liston y Turoff, en donde para obtener el grado de estabilidad y consenso entre los participantes se buscó un porcentaje de respuestas situadas en el intervalo de la mediana ± 1 superior al 80% de las respuestas del cuestionario.

En la tercera fase, una vez diseñada y validada la guía y habiendo solicitado el consentimiento informado, se realizó la capacitación al personal de enfermería la cual consistió en cinco sesiones y la aplicación del instrumento de conocimientos antes y después de la intervención, el cual integra tres criterios: el *criterio teórico* con 10 ítems, el *criterio preparación de los medicamentos oncológicos* con 10 ítems y el *criterio administración de los medicamentos oncológicos* con 10 ítems. El instrumento está construido en escala dicotómica, con opción de respuesta falsa y verdadera. Para la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto, obteniendo una consistencia interna de 0.69 KR. Los puntos de corte para clasificar el nivel de conocimiento fueron de 0 a 59 puntos: *deficiente*, 60 a 80: *medio* y 81 a 100: *bueno*. Para la caracterización de las variables sociodemográficas se utilizó estadística descriptiva, para la validez del contenido coeficiente V de Aiken y *t* de Student para establecer la diferencia de las medias de conocimiento pre y postcapacitación de la guía (NS < 0.05).

Resultados

Diseño de la guía de intervenciones de enfermería para la preparación y administración de medicamentos oncológicos

La guía se organizó en 15 secciones, y está integrada por cada grupo de medicamentos oncológicos y una sección final de recomendaciones y medidas generales; la finalidad fue la de estandarizar los procedimientos de preparación y administración de medicamentos oncológicos con apego a la normatividad y recomendaciones internacionales, que garantice la idoneidad, pureza, concentración, potencia e inocuidad requeridas para su uso, con enfoque a la mejora de la atención del paciente en tratamiento oncológico.

La estructura general para las recomendaciones de cada grupo de medicamentos incluye una breve descripción del grupo y del medicamento en específico, así como recomendaciones para la preparación: presentación, reconstitución, mezcla, estabilidad y observaciones.

Las recomendaciones para la aplicación: premedicación, vía de administración, tiempo de infusión y observaciones; reacciones adversas y recomendaciones específicas para cada medicamento. Las recomendaciones generales están integradas por el uso correcto del equipo de protección personal, la recepción y transporte de los medicamentos oncológicos, preparación de fármacos citotóxicos, el transporte y almacenamiento posterior a su preparación, gestión de los residuos, exposición accidental, manejo de derrames y el manejo de la extravasación (figura 1)

La selección del contenido de las recomendaciones se realizó a través de la revisión documental bibliográfica consultando un total de 160 fichas técnicas, 38 vademécum, cuatro PLM, cinco artículos científicos y tres guías de preparación y administración de medicamentos.

Validez del contenido de la guía intervenciones de enfermería para la preparación y administración de medicamentos oncológicos

Para lograr el grado de estabilidad y consenso de la guía se realizaron dos rondas de expertos, en la segunda se obtuvo una mediana de 7 y 86% de respuestas por arriba de este intervalo; la validez basada en el contenido de la guía se calculó a través del coeficiente V de Aiken en

Figura 1 Guía de intervenciones de enfermería en preparación y administración de medicamentos oncológicos



Fuente: elaboración propia

el que el 100% de los criterios obtuvo calificaciones por arriba del 0.8 y el 80% con límites inferiores por arriba de 0.70. Las principales observaciones se dieron en los criterios para monitorizar el cumplimiento de la guía, así como en considerar los beneficios en salud, efectos secundarios y riesgos en cada una de las recomendaciones (cuadro I).

Nivel de conocimiento en el manejo de los medicamentos oncológicos pre y post a la capacitación

A las sesiones de capacitación asistieron 30 enfermeras, principalmente mujeres, con escolaridad técnica y categoría laboral de enfermera general. El intervalo de edad fue de los 27 a 57 años con una media de 37.67 años (DE: 7.599) y su experiencia laboral osciló entre 3 a 27 años, media de 10.47 años (DE: 5.917) (cuadro II).

La calificación en el examen diagnóstico fue de 69.89 (DE: 13.9) y en el post 91.0 (DE: 8.6), observando la mejoría en el conocimiento del personal de enfermería posterior a la capacitación con una *t* de Student de 8.07 (0.000).

Para caracterizar los cambios en el nivel de conocimiento sobre el manejo de los medicamentos oncológicos por el personal de enfermería posterior a la capaci-

tación con la guía se analizaron tres indicadores: el nivel teórico que presentó una media pre de 69 (DE: 15) y post de 89 (DE: 13) (.000), el indicador preparación de medicamentos el cual obtuvo una calificación previa de 72.6 (DE: 16) y post de 90 (DE: 9) (0.000) y el tercer indicador que analizó el conocimiento en la administración de los medicamentos oncológicos con una calificación pre de 68 (DE: 19) y post 94 (DE: 11) (0.000). El nivel de conocimiento posterior a la capacitación con la guía fue calificado como *bueno* en 25 enfermeras (83.3%) y *medio* en 5 (16.7%) (0.000).

Discusión

Como resultado del estudio se logró diseñar y validar una guía de intervenciones de enfermería para la preparación y administración de medicamentos oncológicos, integrada en 15 grupos de recomendaciones y un total de 77 medicamentos oncológicos. La validez del contenido demostró una alta confiabilidad en donde los principales cambios sugeridos por los expertos se dieron en los criterios de *alcance y objetivos y aplicabilidad*, por lo que fue necesario poner énfasis y especificar los beneficios

Cuadro I Validación del contenido de la guía de intervenciones de enfermería para la preparación y administración de medicamentos oncológicos

Criterio	Descripción	Mediana	V de Aiken		
			V	Límite inferior	Límite superior
Alcance y objetivos	El objetivo general de la guía está específicamente descrito	6	0.91	0.80	0.96
	El (los) aspectos de salud cubiertos por la guía está (n) específicamente descrito (s)	7			
	La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita	7			
Participación de los implicados	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	0.89	0.78	0.95
	Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.):	7			
	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos	7			
Rigor en la elaboración	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	0.83	0.68	0.92
	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	6			
Claridad de presentación	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas	6	0.87	0.76	0.94
	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente	7			
	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables	7			
Aplicabilidad	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica	7	0.81	0.70	0.88
	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos	5			
	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría	5			
	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía	7			

Fuente: elaboración propia

en salud, efectos secundarios y riesgos de cada uno de los medicamentos y agregar un capítulo a la guía en el cual se integró un conjunto de recomendaciones, como el uso correcto del equipo de protección personal, la recepción y transporte de los medicamentos oncológicos, el desembalaje y almacenamiento, el transporte y almacenamiento posterior a su preparación, la gestión de los residuos, gestión de derrames y las acciones a realizar en caso de exposición accidental, así como las instrucciones que el personal de enfermería debe dar al paciente y a sus familiares para sus cuidados en el hogar posteriores a la administración de los fármacos.

El diseño y validación de la guía estuvo estructurado en tres fases: *el diseño*, en donde a través de la revisión documental bibliográfica se formularon las recomendaciones para el conjunto de medicamentos oncológicos de mayor uso en nuestra unidad hospitalaria, en una segunda fase se procedió a *validar* la guía con un grupo de expertos y la tercera fase, *evaluación*, responde a la pregunta de si la guía de recomendaciones cubre las necesidades de los

profesionales de enfermería y cuál es el efecto positivo sobre la práctica del cuidado.²³ Centrados en el marco de conocimientos claves relacionados para determinar si la intervención, a través de una guía de recomendaciones, ha sido efectiva y tiene impacto, tanto en el conocimiento comportamental o instrumental como en el conocimiento conceptual, es en este segundo donde hemos dirigido nuestras actividades en la fase de monitorización del uso del conocimiento y evaluación de los resultados entendiendo como conocimiento conceptual la interiorización del conocimiento y de la información por parte de los profesionales.²⁴

Los cambios en el nivel de conocimiento, los cuales fueron evaluados después de la intervención, se clasificó como *bueno* en el 83.3% del personal que participó en la estrategia de capacitación, lo cual concuerda con lo publicado por Daneysis Vera *et al.*,²⁰ quienes, con el objetivo de evaluar la efectividad de una guía de buenas prácticas en el manejo de la bioseguridad hospitalaria, diseñaron y validaron a través de expertos una guía de buenas prácticas

Cuadro II Características sociodemográficas del personal de enfermería participante en el pilotaje (n = 30)

	Media	Desviación Estándar
Edad	37.6	7.5
Antigüedad laboral	10.4	5.9
Antigüedad en el servicio	3.5	3.8
	fx	%
Sexo		
Mujer	20	66.7
Hombre	10	33.3
Estado civil		
Soltero	7	23.3
Casado	18	60
Divorciado	1	3.3
Viudo	1	3.3
Unión libre	3	10
Escolaridad		
Técnica	20	66.7
Licenciatura	10	33.3
Categoría laboral		
Auxiliar enfermería	7	23.3
Enfermera general	22	73.3
Enfermera especialista	1	3.3
Tipo de contratación		
Base	28	93.3
Interina		
Eventual	2	6.7
Servicio		
Noveno piso	16	53.3
Octavo piso	14	46.7

Fuente: elaboración propia

para el manejo de la bioseguridad hospitalaria y, a los seis meses de su implementación, lograron alcanzar buenos niveles de conocimiento en más del 80.35 % de los participantes. Estos mismos niveles de conocimiento, pero a nivel comportamental, fueron reportados por Duran y Casallas Murillo una vez implementada una guía en salud mental para la atención del duelo perinatal.²¹

La propuesta de esta guía está dirigida al personal de

enfermería que durante su actividad laboral realiza actividades de preparación, administración y manejo de medicamentos oncológicos; asimismo, representa un aporte para fortalecer el conocimiento conceptual y comportamental que impacte de manera positiva en la disminución de eventos adversos relacionados con el uso de las terapias antineoplásicas, así como en la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en el manejo de medicamentos oncológicos. En este sentido, la propuesta de evaluación de esta guía se ha centrado en esta primera etapa del conocimiento, sin embargo, una de las principales recomendaciones de los revisores fue la construcción de una herramienta que evaluara la aplicación concreta de ese conocimiento en las prácticas clínicas y en la adherencia a las recomendaciones de la guía.

Es importante recordar que la utilización del conocimiento conceptual modela o influye en la manera en la que el profesional de enfermería aplica el conocimiento en la práctica, creando cambios en el comportamiento, desarrollando actitudes positivas con impacto tanto a nivel individual como organizacional.²⁴

Conclusiones

La validez del contenido de la guía de intervenciones de enfermería para la preparación y administración de medicamentos oncológicos fue adecuada y su confiabilidad alta, por lo que consideramos que puede ser una herramienta confiable y aplicable en la capacitación del personal de enfermería que prepara y administra medicamentos oncológicos al paciente hospitalizado y/o ambulatorio. Además, nos fue útil para caracterizar el conocimiento del personal de enfermería de nuestro hospital en el manejo de los medicamentos oncológicos el cual es considerado como bueno posterior a la capacitación con base a la guía.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Manuel Fidencio Guerrero Garza, a la Dra. Sara María Estevane Díaz y a la Mtra. Laura Guadalupe Martínez Gaytán, por su participación en la validación interna y valiosa contribución al presente documento.

Referencias

1. De Souza M, Turrini R. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador paciente oncológico terminal: sobrecarga do cuidador. *Enferm. Glob.* 2022;22:1-13. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/administracion2.pdf>

2. Instituto Nacional del Cáncer. ¿Qué es el cáncer? Cancer Gov. 2021. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20una%20enfermedad,formado%20por%20billones%20de%20c%C3%A9lulas>.
3. Organización Mundial de la Salud. Cáncer Datos y Cifras. WHO Int. 2022 (Citado 16 de agosto de 2023). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20principal,colon%20y%20recto%20y%20pr%C3%B3stata>.
4. Reyes-Sebastián J, González-Konstanza B, Rodríguez C, et al. Actualización general sobre inmunoterapia en cáncer. Rdo Promedio Chile. 2020;148(7):970-982. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000700970&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000700970>
5. Macedo-Pérez EO. ¿Cómo optimizar los recursos en México para el tratamiento oncológico en la era de la inmunoterapia?. Gac Mex Oncol. 2019;18(2):42-47. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2019000200042&lng=es.
6. Duran-López P. Percepción del riesgo laboral en el personal de enfermería, que maneja medicamentos antineoplásicos, en el hospital Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa", de Xalapa, Ver. en el año 2022. (Internet) (Tesis). Puebla, Puebla. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2022. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/db133a8e-1ef1-43d3-a87a-bf2946714660/content>
7. Asco.org. ¿Qué es la quimioterapia? (Internet). Cancer.Net 2022 (Citado 16 de agosto de 2023) Disponible en: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/quimioterapia/qu%C3%A9-es-la-quimioterapia#:~:text=La%20quimioterapia%20es%20el%20uso,muchos%20tipos%20de%20c%C3%A1ncer%20diferentes>.
8. Megret-Deispagne R, Calzado-Ruiz M, Perrand-Robert M, et al. Diseño de un procedimiento normalizado de operaciones para la preparación de mezclas citostáticas. Orangejournal. 2020;2(3):54-67.
9. Bermúdez-Carvajal K, Hidalgo-Carrillo G, Mora-Mata R, et al. Anticuerpos monoclonales bioespecíficos: desarrollo, producción y uso como terapia a anticancerígena. Revista Médica de la Universidad de Costa Rica. 2019;13(1):11-29. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/37573/38425>
10. Sepúlveda-Sánchez JM. Toxicidad neurológica de los tratamientos antineoplásicos farmacológicos. Revisiones en Cáncer. 2019;33(2):21-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7027576>
11. Teuber L, Fonca RC, Rojas CF, et al. Prevalencia de osteonecrosis de los maxilares asociada a medicamentos en pacientes tratados con bifosfonatos intravenosos: análisis epidemiológico en Centro del Cáncer - Red de Salud UC-CHRISTUS. Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2020;80(4):469-476. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0718-48162020000400469>
12. Casas Fernández-de Tejerina AM, Corral JJ, Pérez-Valderrama B. Agentes Antineoplásicos: Dosis, Indicaciones y Efectos Secundarios. 2023. Disponible en: <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/practicaclinica/cap2.pdf>
13. Perez-Arenas LU, Torres-Ortega H, Escamilla-Zuñiga M, et al. Beneficios del ácido fólico como terapia coadyuvante. Medicina Interna de México. 2022;38(3):571-585. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105777>
14. MedlinePlus. Inyección de mesna. Biblioteca Nacional de Medicina. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a695034-es.html#:~:text=Mesna%20se%20utiliza%20para%20reducir,clase%20de%20medicamentos%20llamados%20citoprotectores>.
15. Canelo-Chavez L. Prevalencia de reacciones adversas en pacientes tratados con L-Asparginasa del servicio de hematología pediátrica del HNERM, Enero 2018 – febrero 2019. (Tesis). Lima, Perú. Universidad Norbert Wiener; 2021. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5675/T061_74556715_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Maldonado-Chacón A. Seguridad en el manejo de medicamentos peligrosos para tratamiento del cáncer en el personal de salud de oncohematología. (Tesis). La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. 2023. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/31550/TE-2093.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Concepción-Castaneda J, Carmen-Arias G, Hernández-Olmedo C, et al. Guías de atención de enfermería en Medicina interna (Internet) Ministerio de Salud, San Salvador. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiasenfermeriamedicinainterna2018.pdf>
18. Palma-Paredes C. Efectividad de una guía de intervención de enfermería en pacientes adultos sometidos a una angiogramografía coronaria en una clínica privada de Lima de enero a marzo del 2018. (Tesis). Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2018. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3931/Efectividad_PalmaParedes_Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Gu%C3%ADa%20de%20intervenciones%20es,base%20al%20proceso%20de%20enfermer%C3%ADa.
19. García-Puig ME, Torrenteras-Herrera J. Las intervenciones de enfermería como patrón pedagógico de e-learning, wiki y aplicación móvil. RED. Revista de Educación a Distancia. 2013;(39):104-125. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54729539007>
20. Vera-Núñez D. Efectividad de Guía de Buenas Prácticas en la bioseguridad hospitalaria. Revista Cubana de Enfermería. 2017;33(1). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1208>
21. Duran-Flores M, Casallas-Murillo D. Evaluación del Cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. Psicología y Salud. 2023;29(1):91-102. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2571/4466>
22. Granados-Oliveros L, Esparza-Bohorquez M. Implementación y Sostenibilidad de las guías de enfermería basadas en la evidencia. Modelo de la RNAO. MedUnab. 2021;25(1):85-94. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3725/3205>
23. Manual metodológico para el desarrollo de guías de práctica clínica de enfermería en el sistema nacional de salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2013. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/275727/ManualMetodologicoGPC_Enfermeria.pdf
24. Herramienta de implementación de buenas prácticas. RNAO. 2012. Disponible en: https://rno.ca/sites/rno-ca/files/Toolkit_en15.pdf

.....
 Cómo citar este artículo/To reference this article:

Moreno-Caballero EM, Hernández-Villarreal AR, Burgos-Jiménez JE et al. Guía de intervenciones de enfermería en la preparación y administración de medicamentos oncológicos. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(1):e1490. doi: 10.5281/zenodo.14367050

Erika Patricia Rojas-González^{1a}

¹Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Sociales y Administración, Departamento de Ciencias Sociales. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Doi: 10.5281/zenodo.14367077

ORCID

0000-0002-5290-0110^a

Resumen

Este artículo tiene como objetivo examinar los programas sociales en México dirigidos a la prevención del cáncer cervicouterino, con un enfoque de género. Se analiza la implementación del examen de Papanicolaou en el contexto de políticas públicas y se evalúa cómo estas iniciativas han impactado en el acceso de las mujeres a la atención médica. Además, se explora si dichos programas han logrado reducir los obstáculos existentes o si, por el contrario, han contribuido a perpetuarlos. Finalmente, se revisan los factores de riesgo contemplados por estos programas y su efectividad en la reducción de las tasas de mortalidad asociadas al cáncer cervicouterino en México.

Palabras clave:

Planes y Programas de Salud
Género y Salud
Neoplasias
Neoplasias del Cuello Uterino

Keywords:

Health Programs and Plans
Gender and Health
Neoplasms
Uterine Cervical Neoplasms

Abstract

The objective of this scientific article is to identify and discuss programs linked to preventive methods of cervical cancer in Mexico and incorporated into the gender perspective, as well as in medical care for users of the Pap test, to have a broader view of what has been done, I reiterate regarding the prevention of this disease and how not performing the Pap test can affect, that is, whether these policies or programs have contributed to perpetuating some obstacles or have helped to eliminate them. Likewise, a general analysis of the established programs will be carried out, as well as a description of the risk factors of the programs, which have the purpose of reducing mortality rates from cervical cancer in Mexico.

Correspondencia:

Erika Patricia Rojas González-

Correo electrónico:

erika.rojas@uacj.mx

Fecha de recepción:

15/07/2024

Fecha de aceptación:

15/11/2024

Introducción

En cuanto a tasas de mortalidad de cáncer cervicouterino (CaCu), a nivel mundial prevalece una incidencia de 600,000 casos para el año 2022. Asimismo, más del 94% de las 350,000 muertes por esta enfermedad en el año señalado se originaron en países cuya renta per cápita es de niveles bajo y medio, como los estados que conforman América Central, Asia Sudoriental y las naciones localizadas al sur del desierto del Sahara.¹

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública y la información para la prevención y control del cáncer cervical en México, el cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por neoplasias en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 9430 casos nuevos y 4330 muertes para el año 2020 entre mujeres de 20 años o más.²

Conviene subrayar que las altas cifras por CaCu nos llevan a preguntarnos las razones por las que muchas mujeres siguen sin hacer uso del examen de detección oportuna. Esta situación puede deberse a que las pacientes no han sido suficientemente informadas acerca de los beneficios para su salud o a que existen algunos impedimentos que no se han detectado, lo cual indica fallas en el desempeño de los programas de detección oportuna y la necesidad de mejorar el programa de diagnóstico temprano para este padecimiento.³

Perspectiva de género y políticas públicas en cuestión de salud

Castillo y Morales⁴ mencionan que la perspectiva de género permite analizar y entender las características que definen a las mujeres y a los hombres de una manera específica, así como sus semejanzas y sus diferencias. Señalan que esta perspectiva de género no es solo una categoría, es una teoría que abarca *categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos* referentes a un cúmulo de fenómenos históricos construidos en torno al sexo. Indican que, como categoría, corresponde al orden sociocultural establecido sobre la base de la sexualidad y esta, a su vez es, se define históricamente por un orden genérico. De igual modo, enfatizan que para una mejor comprensión sobre la teoría de género es preciso profundizar en los mecanismos de relación que permiten concentrar a las personas y a los grupos sociales.

Ya que la perspectiva de género evidencia también cómo la concepción liberal e idealista que *avala* la igualdad entre los sexos señalada en las leyes y promulgada por los

gobiernos y Estados es solo un *mito cultural*. Las condicionantes de etnia, clase social y casta, así como de raza, modifican los roles sociales y perspectivas asignadas al hombre y a la mujer en una determinada sociedad, y esto, a su vez, condiciona oportunidades y accesos, así como limitantes para cada uno de ellos en los diversos ámbitos: sociales, culturales, económicos y políticas.

Asimismo, Rico *et al.*⁵ señalan que la incorporación de la perspectiva de género a las políticas públicas es producto de un cúmulo de esfuerzos de distintos grupos dentro de la sociedad, de entre ellos los de las mujeres que proclaman legitimidad en cuestión de equidad de género. También mencionan que existe un creciente interés por las investigaciones científicas en torno a las teorías de género y por la generación de conocimiento sobre las relaciones de género y la desigualdad entre las oportunidades de hombres y mujeres en sociedades en desarrollo que afecta en gran parte las cuestiones de salud.

A su vez, Ochoa⁶ señala que la perspectiva de género en las políticas públicas es: *El conjunto de mecanismos y herramientas que inciden en los planes y programas, en las leyes, acciones públicas, en los bienes y servicios tendientes a desmontar y eliminar las inequidades y toda forma de subordinación y dominio entre los sexos*. También, afirma que incidir en las políticas públicas significa una modificación a los contenidos sexistas que están implícitos en la sociedad y, por lo tanto, en las acciones del gobierno. Menciona la necesidad de introducir en la administración pública contenidos sobre la concepción de equidad de género, de la no discriminación, del reconocimiento de derechos y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Es necesario enfatizar que algunos de los beneficios que aporta incorporar una perspectiva de género en políticas públicas son: garantizar una equidad de género, así como la inclusión de las mujeres en los beneficios de su desarrollo integral, una resignificación y transformación de las relaciones de género que incurren cotidianamente en las prácticas y que han afectado su pleno desarrollo en los diferentes ámbitos: sociales, culturales, económicas y esto a su vez ha conllevado en unas prácticas erróneas que afectan su potencial.

Un beneficio en la incorporación de la perspectiva de género en materia de políticas públicas de salud es que se efectúe un empoderamiento en la mujer para que erradique las limitantes socioculturales, como la discriminación y estigmatización por parte de la sociedad que impiden su pleno desarrollo, y que se vea reflejado en un mejoramiento de su salud, en este caso, para que accedan a la

prueba de Papanicolaou (Pap). Es decir, que las medidas preventivas repercutan en la disminución de la mortalidad por cáncer cervicouterino.

La implicación de una perspectiva de género referente a la salud permite visualizar las condicionantes, tanto sociales, culturales y económicas, que impiden a las mujeres no tener plenitud en su estado de salud; por ejemplo, que los factores sociales, culturales y económicos no sean barreras para acceder a los exámenes, ni los costos y tiempo de traslado a los centros de salud; así como el acceso a tratamiento si el resultado fuese adverso. También, esta implicación de perspectiva de género permite cuestionar el impacto de los programas que emite el gobierno en favor de la salud de la mujer.

Cabe mencionar que, a partir del 2003 con la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se señala que en los programas nacionales de salud se incorpora la perspectiva de género.

La metodología que se utilizó para este documento científico es el análisis de contenido, donde se examinan de manera sistemática los materiales textuales, como documentos o discursos, para identificar los factores de la problemática actual de la mortalidad por cáncer cervicouterino.

Evolución de los programas sobre Detección de Cáncer Cervicouterino en México

- Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer (1974)⁷
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) - Programa de acción. Cáncer cervicouterino 2003-2006⁸
- Programa de Acción. Cáncer cervicouterino 2007-2012⁹
- Programa de Acción. Cáncer cervicouterino 2013-2018¹⁰
- Programa de Acción Específico de Prevención y Control de Cáncer 2021-2024¹¹

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2- NOM-014-S4

La Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer cervicouterino. Publicada el 31 de mayo de 2007 en el Diario Oficial de la Federación.¹²

En cuanto a la modificación de la NOM-014-SSA2-1994, se menciona que se han resuelto muchas interrogantes sobre la *etiología* del cáncer cervicouterino y hoy en día se encuentran en desarrollo nuevas alternativas, como en la detección y prevención primaria (vacunas preventivas) y estas, a su vez, se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo y efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, que es el eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer cervicouterino.

Además, esta normatividad señala que su objetivo es proporcionar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaCu. También propone que su campo de aplicación sea de *observancia obligatoria* para todo el personal de salud de los diferentes sectores, tanto de detección como de diagnóstico, y, por supuesto, de tratamiento. Así como un control y vigilancia del cáncer cervicouterino, tanto públicos, como sociales, así como privados que realizan acciones preventivas. Asimismo, señala que como prevención primaria es necesario establecer premisas de educación en salud para reducir las conductas sexuales de alto riesgo e incluir el uso del condón, promover relaciones sexuales monogámicas y el uso de las *vacunas profilácticas* contra los virus de los papilomas humanos (16 y 18) asociados al cáncer cervicouterino.

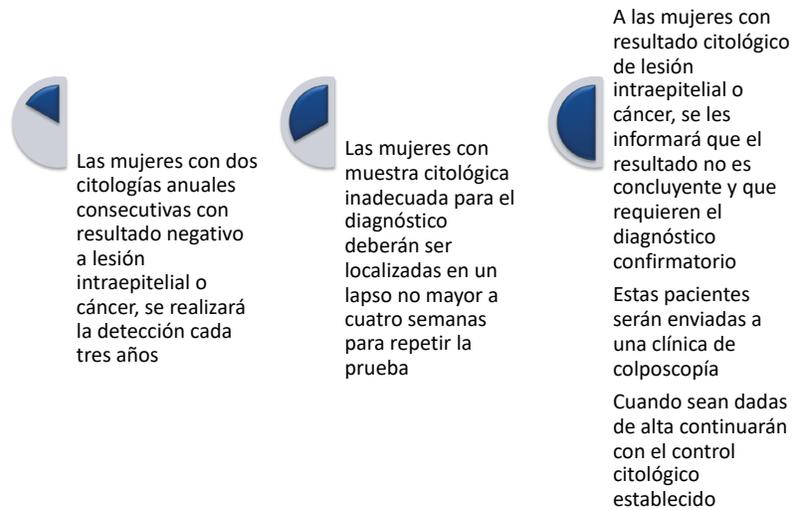
Se sugiere que el uso, aplicación, dosis, indicaciones y periodicidad sean establecidos de acuerdo con la NOM-36-SSA2-2002, en cuanto a la prevención y control de enfermedades; así como con respecto a la aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. En la **figura 1** se muestra el procedimiento para una intervención de detección oportuna de CaCu con base en esta normativa.

Discusión

A continuación, se expone el análisis general a los programas establecidos para bajar las tasas de mortalidad por CaCu.

En lo referente a los objetivos, así como las estrategias establecidas en los programas examinados anteriormente, se puede mencionar que carecen de una perspectiva de género, ya que como lo indica Ochoa:⁶ las mujeres tienen los mismos derechos y el respeto debe ser equivalente para todas las personas, pero existen necesidades específicas que distan mucho de ser homogéneas; por lo tanto,

Figura 1 Procedimiento para una intervención de detección oportuna de CaCu con base en la NOM-36-SSA2-2002



Fuente: Elaboración propia basada en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994

es necesario conocer la especificidad de cada una de estas, para que las leyes y las políticas públicas respondan a ellas.

Además, en los programas examinados se señala que se debe atender a las pacientes de acuerdo con las características de la población (urbana, urbana marginada, rural e indígena), pero no indican cómo llegar a permear en las actitudes o prácticas donde el hombre no permite la realización preventiva hacia el CaCu, es decir, una de las vertientes que no se explora es la cuestión cultural ni de inequidad.

Considerando que, como lo mencionan Lazcano Ponce *et al.*,¹³ en poblaciones rurales las mujeres no se realizan la prueba Pap porque sus parejas no se lo permiten, y Torres Poveda¹⁴ señala que, a pesar de avances en el sistema de salud en México, la mujer indígena seguirá siendo susceptible a desarrollar cáncer cervicouterino mientras sigan permaneciendo en condiciones de inequidad para el acceso a la salud.

Por lo que, a pesar de que actualmente existe el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva,⁹ en estos programas no se contempla cómo acabar con las relaciones de poder asimétricas, que, como lo afirma Moreno,¹⁵ actualmente existen entre las parejas, donde las condicionantes de género propician la subordinación y dependencia económica de las mujeres con respecto a los hombres, lo que limita el acceso a la prueba de Papanicolaou, pues señala la autora que las mujeres no cuentan con los medios económicos para desplazarse a los lugares donde se les puede practicar.

Otra condicionante sociocultural que no está contemplada en ningún programa de gobierno, ya que solo mencionan sobre la orientación a las mujeres y hombres sobre su compromiso en el autocuidado de la salud y sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad, es la de las múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer). Ya que no se contempla cómo abordar el factor sociocultural, pues, como lo mencionan Moreno¹⁵ e Hidalgo Martínez,³ no se ha puesto la atención que se requiere al hecho de que el hombre puede ser el portador del VPH.

Se debe agregar que en nuestra sociedad una de las limitantes que se ha encontrado para realizarse el tamizaje de prevención es que las mujeres tienden a vincular las causas del cáncer cervicouterino con factores que, en nuestro contexto cultural, son valorados como negativos: señalan con frecuencia que se debe a que las mujeres tienen múltiples parejas sexuales –promiscuidad– y no los hombres.

Es decir, las mujeres no le dan importancia a las relaciones de sus parejas con otras mujeres y que ellos también pueden ser portadores y transmisores del virus del papiloma humano (VPH) (Lazcano Ponce, *et al.*)¹⁶ En sí, la sociedad no considera el papel que juega el hombre en la transmisión del VPH, asignando cómo única responsable a la mujer.

Por consiguiente, se presupone que no hay un conocimiento claro acerca de la vinculación entre las prácticas sexuales de los hombres y el cáncer cervicouterino, ya que

muchas mujeres consideran un padecimiento propio de las mujeres.³

Por otra parte, León Maldonado *et al.*¹⁷ mencionan que en México se introdujo recientemente la detección del VPH de alto riesgo al programa de detección y control del CaCu, por lo que se tiene como encomienda que se utilice para reemplazar a la prueba de Papanicolaou como método primario de prevención ante el cáncer cervicouterino. Acorde con lo planteado, se deberían resaltar estos cuestionamientos hacia una perspectiva dirigida a la educación del hombre, con tintes de cambios culturales y, por lo tanto, de idiosincrasia, para que se refleje en las prácticas sobre la sexualidad de él.

Habría que señalar también que esta prueba es altamente sensible (la sensibilidad es la capacidad de la prueba para detectar la enfermedad). Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que se obtenga en la prueba un resultado positivo para un sujeto enfermo. Pese a los beneficios mencionados sobre la prueba de detección del VPH, estos mismos autores mencionan que recibir un diagnóstico positivo trae consigo efectos psicosociales en las mujeres como: ansiedad, angustia y confusión, así como sentimientos de culpa y la estigmatización por parte de la sociedad.

Estas experiencias denotan que es indispensable terminar con las prácticas excluyentes existentes entre cada uno de los grupos de la sociedad. Algunas, las más preocupantes, se encuentran en las relaciones de género, en la desigualdad social y el acceso a la salud, así como en las relaciones de poder asimétricas que se ejercen entre estos dos actores sociales. Además, en los programas examinados, en ningún momento se habla de pláticas sobre equidad de género a los hombres respecto al tema de la sexualidad o, específicamente, sobre la detección del VPH y cáncer cervicouterino.

Hasta ahora no se ha establecido una estrategia para empoderar a las mujeres que les permita tomar decisiones en beneficio de su salud, aún contra la falta de voluntad o ante la negación de sus parejas. A pesar de que se realizó la semana de concientización, no se incluyó al hombre en pláticas sobre el virus del papiloma humano, lo que podría contribuir a que este hiciera conciencia como posible portador y transmisor, y que enfatizaría sobre los cuestionamientos de equidad de género en los factores de riesgo.

Asimismo, en los programas no se contempla la cuestión sobre cómo abordar la vulnerabilidad de la mujer por cuestiones socioculturales. Arellano y Castro¹⁸ mencionan

que las mujeres y las niñas son particularmente vulnerables en países donde las desigualdades de género persisten, mostrándose en las prácticas culturales o religiosas, y esto provoca que sean dependientes de los hombres en los ámbitos económicos y sociales. Esta dependencia es generada por cuestiones de género, pues la falta de oportunidades educativas y económicas limita la capacidad de las mujeres para ejercer su propia autonomía sobre su salud.

Otro de los factores que no se incluye en las campañas de información para la prevención del CaCu ni en las políticas de atención es la desigualdad de poder al interior de las relaciones de pareja. Moreno¹⁵ señala que en diversos sectores de la sociedad se considera que el cuerpo de la mujer es intocable y donde hablar de la sexualidad es un tabú.

De hecho, algunas formas de moralidad religiosa consideran este padecimiento como una forma de castigo, por lo que se les asigna a las mujeres la culpabilidad y responsabilidad de esa enfermedad. Esto, según la creencia cultural, donde el CaCu representa una consecuencia de la desobediencia de normas socioculturales establecidas en la sociedad. Otra situación que se presenta, y no se contempla en los programas, es la percepción de la mujer acerca del diagnóstico de cáncer como sinónimo de muerte.¹³ Al respecto, existen mitos y prejuicios muy arraigados que impiden el cuidado y la recuperación de la salud.¹⁹ El enfoque de los programas por el personal de salud deberá orientarse a la promoción y prevención en la atención oportuna, periódica y de calidad para la detección y/o tratamiento, para garantizar la calidad de la información e incidir sobre el factor social y cultural de la población en México.

En lo referente a la modificación de la NOM-014-SSA2-1994, en la que como prevención primaria se establecen premisas de educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo, que incluyen el uso del condón, la promoción de relaciones sexuales monogámicas y el uso de las vacunas contra los VPH asociados más frecuentemente al cáncer cervicouterino, está implícito que es un cuestionamiento hacia la mujer, ya que estos programas tienen la visión de que la vacunación sea para mujeres de edad temprana, es decir, niñas, en ningún momento enfatiza que las condicionantes sean tanto para mujeres como para hombres o niños, siendo ellos posibles portadores, como ya se ha mencionado anteriormente.

Es decir, en los programas se habla de vacunar a las niñas, escolarizadas y no escolarizadas, pero desde ese enfoque no se visualiza la perspectiva de género, pues con ese referente se sigue estigmatizando que las mujeres son las únicas responsables sobre esa enfermedad.

En la NOM-014-SSA2-1994 se señala que se deberá dar especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbanas en marginación, a través de estrategias de extensión de la cobertura. No se refleja un análisis exhaustivo de cada una de las etnias existentes en México, puesto que cada una tiene sus propios aspectos culturales, es decir, como lo hemos señalado en esta evaluación, no contempla lo referente al aspecto cultural y la aceptación a este planteamiento de prevención sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano, como lo menciona Torres¹⁴ sobre el respeto a las tradiciones culturales de los pueblos: “*La cultura de cada grupo humano debe ser tomada en cuenta al planificar y ejecutar un programa de vacunación, por lo que, en la implementación de las recomendaciones de vacunación en México*”.

Se deben tomar en cuenta las recomendaciones sobre la vacuna del VPH en México, tanto los conceptos sociales de salud como los prejuicios y representaciones antropológicas sobre el cuerpo de la mujer, que son condicionantes para que la población acepte la viabilidad de las vacunas como método preventivo del CaCu. Estos condicionantes culturales deben enfocarse en la población indígena, la cual tiene más vulnerabilidad para desarrollar el cáncer cervicouterino.

A su vez, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)¹⁰ en los retos del programa de acción 2013-2018 no señala las acciones específicas para la disminución de la desigualdad entre mujeres y hombres, denominada como “*condicionantes socioeconómicas y las brechas de desigualdad*” existentes y que representan un desafío para disminuir el CaCu.

Es decir, no sugieren en específico cómo inmiscuirse en actividades de prevención a mujeres y hombres que habitan en las áreas *urbano-marginadas* con niveles educativos bajos. El CNEGSR⁹ señala que en esas zonas existe un índice mayor de mortalidad de cáncer cervicouterino e indican que, como factor de riesgo, se registra muy escasa participación en actividades de detección temprana, por lo cual se asocia a menor nivel educativo.

Cabe destacar que los programas analizados en este trabajo científico mencionan la importancia de la intervención oportuna por parte de personal capacitado para dar seguimiento a las mujeres con resultados anómalos. Aunque se ha incrementado el número de clínicas especializadas en displasias, los estudios realizados muestran que los resultados no coinciden con lo propuesto en las normativas. Cuando los casos donde la prueba de Papanicolaou es positiva se les dice a las pacientes que necesitan

otras consultas, que es necesario realizar más exámenes, porque es posible que tengan un cáncer, lo que conlleva a la desesperación de las mujeres. Este efecto se hace presente especialmente entre las mujeres de menores recursos y educación, porque les resulta difícil comprender y acudir a otras consultas por el tiempo y el costo que esto provoca en su familia.¹³

De igual manera, otro de los problemas que presenta el programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino, vinculado a la perspectiva de género, es que no tiene en cuenta la diversidad étnica, económica, cultural y el lugar de residencia de las mujeres en el diseño de los programas informativos, lo que complica que la información llegue de manera adecuada a las usuarias. En otras palabras, esta diversidad de situaciones condiciona el acceso real de las mujeres a los servicios de salud y, por ende, a la posibilidad de realizarse el examen de detección oportuna. Sin embargo, no hay desde la Secretaría de Salud programas específicos que puedan atender las diferencias (etnia, raza, edad, condición social) entre la población usuaria para que los programas preventivos se lleven a cabo.

Además, otra de las condicionantes que impide el acceso es el lenguaje médico, con el que están redactados los párrafos de los programas de prevención, por lo que no se logra su total comprensión, por lo que, como Lazcano Ponce *et al.*¹³ afirman, un alto porcentaje de mujeres no acuden a realizarse la prueba Papanicolaou debido a su rezago educativo y salarial.

Tejada *et al.*²⁰ señalan que un factor importante en cuanto a la falla del programa de Detección Oportuna de Cáncer cervicouterino es la falta de información adecuada respecto a la utilidad del examen de Pap, ya que señalan que las diferencias socioeconómicas y algunos enfoques mal detallados de los servicios médicos han incidido para que muchas mujeres perciban los exámenes de diagnóstico o tamizaje no como una fase de prevención sino de cura.

Habría que decir también que una de las deficiencias para la realización de la prueba Pap en los servicios de salud es la mala atención, pues asiduamente se registran malos tratos y se originan hechos que marcan de manera negativa la experiencia; en consecuencia, provocan que las mujeres no vuelvan a realizarse la prueba.

Cabe mencionar que otra de las aparentes fallas tiene que ver con la implementación del programa de detección oportuna, si bien se plantea inmiscuir a la mujer y al hombre (factores de riesgo), en la práctica sigue existiendo una

ausencia de enfoque de género, ya que se han documentado conductas discriminatorias por parte del personal de salud en algunos centros de atención médica.¹⁸

Asimismo, otro problema relacionado con los programas de detección oportuna tiene que ver con problemas operativos, como la baja sensibilidad del Papanicolaou, de tal manera que casi un 40% de los casos, principalmente en etapas tempranas no se reconocen, ya que se requiere personal y equipo especializado para asegurar una buena toma y la interpretación de la prueba depende de la capacidad del laboratorista.¹³ Por último, los esfuerzos para aumentar la cobertura del programa de tamizaje han arrojado *“pocos resultados debido a barreras de acceso por cuestiones geográficas y situaciones de percepción cultural”*.²¹

En concreto, los hallazgos presentados anteriormente indican lo opuesto a lo que menciona Gómez²² respecto a las dimensiones de equidad referentes a la salud; es decir, se deben identificar las inequidades de género, y así disfrutar del estado de salud, de no enfermarse, discapacitarse o morir por causas prevenibles, y acceder a la atención médica de acuerdo con la necesidad de cada paciente. Asimismo, el financiamiento de la atención debe ser acorde a la capacidad de pago, a la distribución de las responsabilidades y al poder en la producción de la salud.

Con respecto a los programas examinados en este apartado no se demuestra esa identificación de inequidades por parte de la administración pública para que los contenidos sobre equidad de género estén contemplados en los programas existentes. En estudios realizados en México no se visualiza que las mujeres tengan oportunidad de disfrutar a plenitud de su estado de salud.

En relación con las interrogantes sobre la equidad de género en salud que se plantean en el presente trabajo, especialmente respecto a la posibilidad de no enfermarse, incapacitarse o morir por causas prevenibles, las condicionantes socioculturales afectan los enfoques mencionados. Además, en cuanto al acceso a la atención según las necesidades, los estudios revisados no reflejan un acceso “real” a una atención preventiva de salud. Aunque los programas proponen de manera general la atención a las mujeres, no consideran adecuadamente las necesidades socioculturales y económicas particulares de cada una de ellas.

Por una parte, está la estigmatización y vulnerabilidad de la mujer para tener una mayor información o conoci-

miento de la enfermedad, y, por el otro, no se visualiza que el hombre tenga una capacitación a través de la cual se sensibilice sobre esta problemática. En conclusión, los factores sociales, culturales y económicos no se ven contemplados en los programas examinados y esto se manifiesta en lo que se ha referenciado a lo largo de este trabajo, la alta mortalidad por cáncer cervicouterino en México.

Conclusiones

Abordar estos desafíos requiere de un enfoque integral que incluya mejorar el acceso a los servicios de salud, aumentar la conciencia y los niveles de educación sobre la importancia de la detección temprana, así como fortalecer la infraestructura de salud, reducir las desigualdades socioeconómicas y garantizar un seguimiento adecuado y continuo en la atención médica.

La perspectiva de género en las políticas de salud en México fue puesta en marcha a partir del siglo XXI. Sin embargo, la somera revisión realizada en este apartado, así como las cifras altas de mortalidad por CaCu, cáncer de mama y notables barreras de género que impiden el uso pleno por parte de la población objetivo de exámenes de detección oportuna, reflejan los fallos en los programas existentes y en las políticas públicas, en torno a la equidad social, de género y de salud.

De manera fundamental se pretende lograr un cambio sociocultural que posibilite la transmisión y el acercamiento de conocimiento de los programas existentes en México sobre la prevención de cáncer cervicouterino a los representantes de la sociedad, la exigencia de ofrecer oportunidades de educación y salud a todos sus miembros -hombres y mujeres-, y que permita a estos actores sociales una modificación ideológica en cada uno de ellos, y, por supuesto, un cambio estructural en prácticas socioculturales referenciando la salud reproductiva y sexual.

Asimismo, este cambio ideológico y de prácticas posiblemente encontrará grandes obstáculos. No obstante, debe entenderse que dicha modificación es fundamental para que existan políticas públicas con un desarrollo factible a favor de las mujeres mexicanas, puesto que, hasta este siglo, únicamente se han diseñado políticas públicas fallidas con implementaciones sesgadas que se evidencian en la alta mortalidad existente en México por cáncer cervicouterino.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Cáncer de cuello uterino. OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino,350%20000%20muertes%20en%202022>.
2. Instituto Nacional de Salud Pública, Prevención y control del cáncer cervical en México. INSP; 2021. consultado el 07 de julio de 2024, disponible en https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP_Cancer_Cervical.pdf
3. Hidalgo-Martínez A. El cáncer cervicouterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Rev Biomed.* 17:81-84 (2006).
4. Castillo M, Morales L. Salud Reproductiva: un análisis desde la perspectiva de género. Guatemala, Guatemala: Fundación Guatemala; 2001.
5. Rico B, Troncoso E, López M, et al. Políticas Públicas en salud, género y mujer. *Caleidoscopio de la Salud.* 2010.
6. Ochoa MC. Políticas públicas con perspectiva de género. México; UNAM: 2011.
7. Facultad de Medicina UNAM, Consultado el día 15 de noviembre de 2022, disponible en http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/libros/pdfs/cancer_155-174.pdf
8. Programa de Acción de Salud. Cáncer cervicouterino, Secretaría de Salud (2002), consultado el 23 de enero del 2019, disponible en <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7104.pdf>
9. Programa de Acción de Salud. Cáncer cervicouterino, consultado el 09 de marzo de 2023 disponible en http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/pae_cacu.pdf
10. Programa de Acción de Salud, Cáncer cervicouterino, consultado en 17 de agosto de 2023, disponible en <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
11. Programa de Acción Específico de Prevención y Control de Cáncer 2021-2024, Secretaría de Salud, consultado el 01 de junio de 2024, disponible en https://drive.google.com/file/d/1dl1jc8bF_tmjtpvFr_Rx9wUr8dAGMd1Z/view
12. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Publicada el 31 de mayo de 2007, en el Diario Oficial de la Federación, consultado el 01 de septiembre de 2022, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4868716&fecha=06/03/1998#gsc.tab=0
13. Lazcano-Ponce H, Donadio F Rodríguez A, et al. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Trabajadoras del sexo acerca del Virus del Papiloma Humano, Centro de Salud de Santa Ana. Panamá; 2013.
14. Torres-Poveda KJ, Arredondo A, Duarte MB, et al. La mujer indígena, vulnerable a cáncer cervicouterino: perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública. *Revista Salud en Tabasco* 2008;14 (3):3-15.
15. Moreno Tetlacuilo LM. Boletín UNAM-DGCS-741. Ciudad de México: UNAM; 2014. Disponible en http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2014_741.html, revisado el 15 de julio de 2019.
16. Lazcano-Ponce E, Yunes-Díaz. EM. Evolución de las pruebas de tamizaje para la detección oportuna de cáncer. *Gamo.* 2006;(5)4:91-92.
17. León-Maldonado L, Allen-Leigh B, Lazcano-Ponce E. Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. *Salud Pública Méx.* 2014;56(5).
18. Arellano GMC, Castro-Vázquez MC. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estud Soc.* 2013;21(42).
19. Caraveo-Valdez R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del Cáncer Cervicouterino. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2004;22:49-59.
20. Tejada-Tayabas LM, Hernández-Ibarra LE, Pastor-Durango MP. Fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino. Evaluación cualitativa en San Luis Potosí, México. *Gac Sanit.* 2012;26(4).
21. Gutiérrez-Delgado C, Báez-Mendoza C, González-Pier E, et al. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México.* 2008;50(2):5.
22. Gómez E. Equidad, Género y Salud: Mitos y Realidades. *SITUA.* 2000; 8(16):3.

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

Rojas-González EP. Análisis de los programas de salud sobre el cáncer cervicouterino en México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025; 33(1):e1498. doi:10.5281/zenodo.14367077

Sinai Baltierra-Ibarra^{1a}

¹Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Zumpango, Coordinación de Extensión y Vinculación Universitaria. Zumpango, Estado de México, México

Doi: 10.5281/zenodo.14367099

ORCID

0009-0004-5262-7259^a

Palabras clave:

Planificación de Atención al
Paciente
Adolescente Hospitalizado
Apendicitis

Keywords:

Patient Care Planning
Adolescent, Hospitalized
Appendicitis

Correspondencia:

Sinai Baltierra Ibarra
Correo electrónico:
sbaltierrai1925155@gmail.com

Fecha de recepción:

23/04/2024

Fecha de aceptación:

15/10/2024

Resumen

Introducción: aproximadamente, el 7% de la población general sufre de apendicitis en el curso de su vida, por lo que se considera que es la afección quirúrgica más frecuente entre las emergencias hospitalarias. Por lo tanto, se requiere del análisis y juicio profesional del personal de enfermería que asegure la atención del paciente con base en un modelo y proceso de cuidado de enfermería.

Objetivo: establecer un plan de cuidados de enfermería basado en las necesidades de una paciente adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda.

Metodología: se desarrolló el proceso de plan de cuidados de enfermería para una paciente adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda, con base en la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Conclusión: posterior a la implementación del plan de cuidados de enfermería se logró que la paciente adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda lograra una recuperación satisfactoria, con evolución favorable al tratamiento de cuidados de enfermería específicos e individualizados a sus necesidades. También se brindó orientación a los familiares sobre medidas higiénicas, alimenticias y farmacológicas con el fin de evitar complicaciones.

Abstract

Introduction: Approximately 7% of the general population suffers from appendicitis during their lifetime, which is why it is considered the most common surgical condition among hospital emergencies. Therefore, professional nursing analysis and judgment is required to ensure patient care based on a nursing care model and process.

Objective: Establish a nursing care plan based on the needs of an adolescent patient diagnosed with acute appendicitis.

Methodology: The nursing care plan process was developed for an adolescent patient diagnosed with acute appendicitis, based on the assessment of Marjory Gordon's functional patterns and the NANDA, NIC and NOC taxonomy.

Conclusion: After the implementation of the nursing care plan, the adolescent patient with a diagnosis of acute appendicitis achieved a satisfactory recovery, with a favorable evolution to the specific nursing care treatment individualized to her needs. Guidance was also provided to family members on hygienic, nutritional and pharmacological measures in order to avoid complications.

Introducción

La apendicitis es una inflamación aguda del apéndice cecal,¹ en la mayoría de los casos secundaria a obstrucción de su luz.² Aunque en la mayoría de los casos el dolor se localiza en fosa iliaca derecha, la ubicación del apéndice inflamado será el sitio donde se manifiesta el dolor, por ejemplo: hipogastrio, pelvis, cuadrante superior derecho o fosa iliaca izquierda.³

Los neonatos y preescolares no permiten hacer un análisis preciso del tipo de dolor, ya que solo manifiestan irritabilidad, rechazo al alimento y llanto, por lo que es en los menores de cuatro años en quienes esta enfermedad alcanza su mayor mortalidad, ya que hasta el 74% de los pacientes son operados con perforación y peritonitis generalizada.⁴ Los pacientes operados en las primeras 24 horas de evolución tienen un pronóstico excelente, pero si el diagnóstico es tardío la posibilidad de sepsis abdominal y muerte se eleva de forma importante. La mortalidad global es menor al 0.1%, aunque en pacientes menores de dos años es del 10%.

Por lo tanto, se requiere de un profesional de enfermería capacitado con una visión analítica y juiciosa que asegure la atención del paciente con base en un modelo de cuidado, tomando como herramienta el proceso de cuidado de enfermería (PLACE),⁵ el cual permite mejorar de manera constante la calidad de los cuidados y la posibilidad de unificar la comunicación entre los profesionales. De esta manera es factible cubrir las necesidades del individuo, familia o comunidad ante los problemas de salud reales o potenciales.

En el presente trabajo se utilizó la metodología de los patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon.⁶ Se decidió trabajar con este modelo por su aplicación a la población de cualquier edad.

Se realizó la valoración clínica previa autorización de la paciente, los diagnósticos, resultados esperados, intervenciones de enfermería y actividades conforme a las taxonomías NANDA,⁷ NIC⁸ y NOC,⁹ respectivamente.

Se seleccionó el Hospital Regional Tipo B de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia, para la realización de la práctica de enfermería infantil, en la cual se realizará este estudio de caso clínico.

Presentación del caso

Se trata de una paciente mujer de 17 años que acude a urgencias acompañada por su madre por presentar do-

lor de inicio punzante, y posteriormente, cólico en fosa iliaca derecha, con irradiación a región inguinal derecha, acompañado de náuseas y vómito en dos ocasiones. A la exploración se encuentra íntegra alerta, reactiva consciente, orientada, tegumentos con adecuada coloración e hidratación, pupilas isocóricas, normorrefléxicas, narinas permeables, cavidad oral bien hidratada, cuello sin adenomegalias, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, con adecuada mecánica ventilatoria, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia, sin presencia de soplos, abdomen blando, depresible, peristalsis presente, no visceromegalias, puntos uretrales negativos, signo de Murphy negativo, signo de Mc Burney positivo, signo de Von Blumberg positivo, Talo percusión positivo, Roving positivo, signo de psoas positivo, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, extremidades eutróficas con fuerza y tono muscular conservados, llenado capilar de dos segundos.

En el ultrasonido se observa a nivel de fosa iliaca derecha múltiples artefactos de relevancia en relación con distensión, gas en asas intestinales, asa descendente con presencia de abundante gas, lo cual impide la visualización del ciego y apéndice, no se observa plastón, sin evidencia de líquido libre al momento del estudio.

Los signos vitales reportan: temperatura: 36°C, frecuencia cardiaca: 135 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 41 respiraciones por minuto, tensión arterial: 100/70, saturación de oxígeno: 94%, peso: 46 kg.

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

1. Percepción—control de la salud: la paciente tiene una buena salud, no consume bebidas alcohólicas, no fuma, no consume drogas, tiene su esquema de vacunación completo, tiene una buena higiene personal, tiene conocimiento sobre su padecimiento y sobre los cuidados que debe tener si se llegara a someter a cirugía.
2. Nutrición—metabolismo: antes de ingresar al hospital consumía una alimentación variada, bebía dos litros de agua diarios. No presenta dificultad de deglución, masticación o digestión. Su índice de masa corporal es adecuado para su estatura y talla (**cuadro I**).
3. Eliminación: antes de ser hospitalizada, no presentaba ningún problema para evacuar. Durante su hospitalización presentaba solo una evacuación en un transcurso de 12 horas, tipo 4 en escala de Bristol. Micciones más de 5 veces al día, color amarillo (**cuadro II**).

4. Actividad–ejercicio: realiza actividad deportiva tipo voleibol, dos veces a la semana. No presenta disnea o alteraciones en la movilidad durante sus actividades diarias (cuadros III).
5. Sueño–descanso: duerme aproximadamente de 6 a 7 horas diarias, no presenta insomnio, no consume medicamentos para dormir, ni utiliza sustancias estimulantes para permanecer despierta durante el día.
6. Cognitivo–perceptual: no presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, no presenta problemas de memoria, comprensión, aprendizaje, lenguaje, expresión. Presenta dolor en fosa iliaca derecha con una intensidad 10/10 en escala de EVA (cuadros IV y V).
7. Autocontrol–autoconcepto: no existen verbalizaciones autonegativas, no presenta problemas con su imagen corporal, ni presenta el miedo al rechazo de otros.
8. Rol–relaciones: presenta buena relación con su hermana y madre. Su apoyo social son sus amigos y su familia. Solo presenta estrés escolar cuando tiene que presentar algún examen.
9. Sexualidad–reproducción: menarquía a los 14 años. La duración de la menstruación es de cuatro días, con

un ritmo de 28 días. Telarquia de 12 años. Niega vida sexual activa.

10. Adaptación–tolerancia al estrés: no consume sustancias ilícitas para afrontar el estrés. No presenta autolesiones.
11. Valores–creencias: es católica. Se siente satisfecha con la vida que tiene. Ante una adversidad sus creencias y su familia la ayudan a afrontar el problema. Le preocupa la muerte.

Conclusiones

Posterior a la implementación del proceso de atención de enfermería se logró que la paciente con diagnóstico de apendicitis aguda lograra una recuperación satisfactoria, con evolución favorable al tratamiento y atención de enfermería específica e individualizada que condujo a una evolución satisfactoria de dos días. Asimismo, se brindó orientación a los familiares sobre medidas higiénicas, alimentarias y farmacológicas con el fin de evitar complicaciones.

Por lo consiguiente, el proceso de enfermería permite brindar una atención de calidad en la atención del paciente.

Referencias

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009.
2. Martínez R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente fundamental. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2019.
3. Ansori P. Manual MSD. 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis>
4. León A. Apendicitis neonatal complicada: informe de un caso y revisión de la literatura. Ciudad de México: Instituto Nacional de Pediatría; 2008.
5. Copa A. Planes de Cuidado según taxonomías NANDA, NIC y NOC". Argentina; 2012.
6. López-Lucero A. Valoración de enfermería basada en la filosofía de Margory Gordon. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/26030/1/cbs1973815.pdf>
7. NANDA Internacional. North American Nursing Diagnosis Nanda International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2019. Elsevier; 2019.
8. Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España: Elsevier; 2019.
9. Moorehead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier; 2018.

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Baltierra-Ibarra S. Plan de cuidados de enfermería aplicado a paciente adolescente con diagnóstico de apendicitis aguda. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(1):e1489. doi: 10.5281/zenodo.14367099

Diagnósticos de enfermería, intervenciones y actividades

Cuadro I Diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana		
				MA	AA	EVAL
Patrón funcional: 2 nutricional - metabólico Dominio: 2 nutrición Clase: 5 hidratación Código: 00025 Etiqueta diagnóstica: Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos R/C vómitos M/P presencia de vómito.	Dominio NOC: 2 salud fisiológica Clase NOC: G líquidos y electrolitos Código: 0601 Etiqueta de resultado: equilibrio hídrico	060105 – Frecuencia respiratoria 060107 – Entradas y salidas diarias equilibradas 060116 – Hidratación cutánea	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
				4	5	5
			Puntuación global	4	5	5
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Dominio: 2 fisiológico: complejo Clase: G control de electrolitos y ácido - base Código NIC: 2080 Etiqueta de la Intervención NIC: manejo de líquidos / electrolitos Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (por ejemplo: crepitantes, en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial) • Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio hidroelectrolítico persisten o empeoran • Administrar glucosa de acción rápida con hidratos de carbono prolongada para el control hipoglucemia aguda, si es necesario • Mantener un ritmo adecuado de infusión intravenosa • Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos • Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico • Explorar las mucosas bucales, la escalera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis, ictericia) 						

Cuadro II Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana		
				MA	AA	EVAL
Patrón funcional: 3 eliminación Dominio: 3 eliminación e intercambio Clase: 2 función gastrointestinal Código: 00011 Etiqueta diagnóstica: estreñimiento R/C hábitos de defecación irregular M/P la disminución en la frecuencia deposicional	Dominio NOC: 2 salud fisiológica Clase NOC: F eliminación Código: 0501 Etiqueta de resultado: eliminación intestinal	050110 – Estreñimiento 050101 – Patrón de eliminación 050105 – Heces blandas y formadas	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
				2	3	3
			Puntuación global	2	3	3
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Dominio: 1 fisiológico: básico Clase: B control de la eliminación Código NIC: 0450 Etiqueta de la Intervención NIC: manejo del estreñimiento/impactación fecal Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento • Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal • Comprobar las defecaciones incluyendo frecuencia, consistencia, forma y color, según corresponda • Vigilar la presencia de peristaltismo • Consultar con el médico acerca del aumento/disminución de la frecuencia de peristaltismo • Observar si hay síntomas y signos de rotura intestinal y/o peritonitis • Enseñar al paciente/familia para que registre el color, frecuencia, consistencia de las deposiciones usando la escala de heces de Bristol • Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional • Ministras enema o irrigación, cuando proceda • Fomentar la ingesta de líquidos, cuando proceda • Instruir al paciente/familia sobre la relación de la dieta y la ingesta de líquidos para el estreñimiento 						

Cuadro III Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la ambulación

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana		
				MA	AA	EVAL
Patrón funcional: 4 actividad - ejercicio Dominio: 4 actividad/reposo Clase: 2 actividad y reposo Código: 00088 Etiqueta diagnóstica: deterioro de la ambulación R/C dolor intenso en el abdomen M/P inestabilidad en la marcha y movilidad dependiente	Dominio NOC: 1 salud funcional	020801 – Mantenimiento del equilibrio 020802 – Mantenimiento de la posición erguida 020806 – Movilidad dependiente 200805 – Dolor	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
	Clase NOC: C movilidad					
	Código: 0208					
	Etiqueta de resultado: movilidad					
				3	4	4
			Puntuación global	3	4	4
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Dominio: 4 seguridad Clase: V control de riesgos Código NIC: 6490 Etiqueta de la Intervención NIC: prevención de caídas Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficits físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en el ambiente dado • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (camilla con barandales abajo, suelo resbaladizo) • Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento • Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable • Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n o andador para caminar) • Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso • Bloquear las ruedas de la silla de ruedas, camilla en la transferencia del paciente • Utilizar barandillas laterales de longitud alta para evitar caídas de la cama 						

Cuadro IV Diagnóstico de enfermería: Dolor intenso en el abdomen

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana		
				MA	AA	EVAL
Patrón funcional: 6 cognitivo-perceptivo Dominio: 12 confort Clase: 1 confort físico Código: 00132 Etiqueta diagnóstica: dolor intenso en el abdomen R/C agentes lesivos biológicos M/P verbalización del paciente y facies de dolor	Dominio NOC: 4 conocimiento y conducta de salud Clase NOC: Q conducta de salud Código: 1605 Etiqueta de resultado: control de dolor	160511 – Describe el dolor 160502 – Reconoce el comienzo del dolor 160507 – Habla sobre opciones de tratamiento de dolor con el profesional sanitario	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	4	5	5
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Dominio: 2 fisiológico: complejo Clase: H control de fármacos Código NIC: 2210 Etiqueta de la Intervención NIC: administración de analgésicos Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer patrones de comunicación efectivas ante el paciente y la familia • Monitorizar el dolor del paciente: localización, duración, características e intensidad • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito • Comprobar la respuesta previa del paciente a los analgésicos • Comprobar el historial de alergias a medicamentos • Involucrar al paciente en la selección del analgésico, la vía y dosis: según corresponda • Registrar el nivel de dolor con la escala de EVA • Atender las necesidades de comodidad que ayudan a la relajación 						

Cuadro V Diagnóstico de enfermería: Disconfort

Diagnóstico enfermero	Resultado NOC	Indicadores	Escala (s) Likert	Puntuación Diana		
				MA	AA	EVAL
Patrón funcional: 6 cognitivo - perceptivo Dominio: 12 confort Clase: 1 confort físico Código: 00214 Etiqueta diagnóstica: disconfort R/C síntomas relacionados con la enfermedad M/P dolor, ansiedad, síntomas de malestar.	Dominio NOC: 5 salud percibida Clase NOC: U salud y calidad de vida Código: 2010 Etiqueta de resultado: estado de comodidad física	201011 – Náuseas 201020 – Vómito 201024 – Estreñimiento 201015 – Taquipnea 201012 – Dolor	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno			
				3	4	4
			Puntuación global	3	4	4
Intervenciones NIC y/o recomendaciones de las GPCE						
Dominio: 1 fisiológico básico Clase: E fomento de la comodidad Código NIC: 6482 Etiqueta de la Intervención NIC: manejo ambiental: confort Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo • Crear un ambiente tranquilo y de reposo • Proporcionar un ambiente limpio y seguro • Determinar las fuentes de incomodidad ropa arrugada, factores ambientales irritantes. • Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad de la persona (aplicar crema, limpieza corporal, higiene bucal) • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a la persona, evitando la luz directa en los ojos. • Evitar exponer la piel y mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas, orina) 						

Leticia Yoshoky Cordero-Corona^{1a}, Alexia Gabriela Aguirre-Zazueta^{1b}, Diana Yaretzy Castañeda-Zazueta^{1c}, Zindy Pamela Núñez-Irizar^{1d}, Paola Karely Avendaño-Zamora^{1e}, Miriam Gaxiola-Flores^{2f}

¹Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería, Programa de Becas de Posgrado y Apoyo a la Calidad del Consejo Nacional de Ciencia, Humanidades y Tecnología (CONAHCyT) México. Culiacán, Sinaloa, México

²Universidad Autónoma de Sinaloa. Facultad de Enfermería. Departamento de Investigación y Posgrado. Culiacán, Sinaloa, México

Doi: 10.5281/zenodo.14367119

ORCID

0009-0001-2706-4800^a
0000-0002-0686-4294^b
0000-0002-1372-9146^c
0000-0001-5126-5875^d
0009-0009-6176-135X^e
0000-0003-3378-7404^f

Palabras clave:

Salud Mental
Adulto Mayor
Depresión
Ansiedad
Salud Pública

Keywords:

Mental Health
Elderly
Depression
Anxiety
Public Health

Correspondencia:

Alexia Gabriela Aguirre Zazueta

Correo electrónico:

alexia.z1493@gmail.com

Fecha de recepción:

19/12/2023

Fecha de aceptación:

15/10/2024

Resumen

Introducción: los adultos mayores colaboran en la comunidad como individuos sociales dentro de las familias, siendo algunos de ellos trabajadores. Este grupo etario es vulnerable a presentar depresión y ansiedad; asimismo, pueden sufrir de dificultad motriz, dolor crónico, fragilidad, demencia y otras afecciones de salud, lo que resultaría estar bajo cuidados de vigilancia en algún tiempo determinado.

Desarrollo: en el informe de la Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “*un estado de bienestar en el que la persona está consciente de sus propias aptitudes, y de esta manera puede lograr hacer frente a las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y tiene la capacidad de contribuir activamente a la sociedad de alguna manera.*”

Conclusión: la salud mental es el factor más importante que influirá en la calidad de vida de los adultos mayores y que guiará el camino de las acciones que desempeñan cotidianamente. Es importante reconocer y reflexionar la diversidad de patologías mentales que contrarrestan en manifestación de la tercera edad, como parte integral del bienestar en todas sus dimensiones sociales, biológicas y psicoemocionales, constituyéndose un gran reto y prioridad de salud pública, debido a su importante tasa de morbilidad.

Abstract

Introduction: Older adults collaborate in the community as social individuals within families, some of them being workers. This age group is vulnerable to depression and anxiety, and may also suffer from motor impairment, chronic pain, frailty, dementia and other health conditions, which would result in being under surveillance care at some point in time.

Development: The World Health Organization report defines mental health as “a state of well-being in which a person is aware of his or her own abilities, can cope with the normal pressures of life, can work productively, and has the capacity to contribute actively to society in some way.”

Conclusion: Mental health is the most important factor that will influence the quality of life of older adults and guide the path of their daily actions. It is important to recognize and reflect on the diversity of mental pathologies that counteract in the manifestation of the elderly, as an integral part of well-being in all its social, biological and psychoemotional dimensions, constituting a great challenge and public health priority, due to its significant morbidity rate.

Introducción

Los adultos mayores colaboran en la comunidad como individuos sociales dentro de las familias, siendo algunos de ellos trabajadores. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de padecer varias afecciones al mismo tiempo, este grupo etario es vulnerable a presentar problemas como depresión y ansiedad; asimismo, pueden sufrir de dificultad motriz, dolor crónico, fragilidad, demencia y otras afecciones de salud, lo que resultaría estar bajo cuidados de vigilancia en algún tiempo determinado.¹

El envejecimiento es un proceso fisiológico, dinámico, caracterizado por cambios biológicos, psicológicos, emocionales y sociales; en las personas mayores los problemas de salud mental suelen estar infravalorados, por lo tanto, para su atención y comprensión se requiere un abordaje multidisciplinario.

Cuando se trata del cuidado de la salud mental de las personas es importante abordar todos los aspectos para lograr una recuperación completa y duradera. Las intervenciones de enfermería en el campo de la salud mental juegan un rol primordial en la atención integral de los individuos que las padecen.

En el presente trabajo se incluyen intervenciones realizadas por profesionales de enfermería referentes a la promoción de la salud mental para personas mayores, enfocadas a favorecer un envejecimiento saludable y crear entornos físicos y sociales favorables para la salud y el bienestar, así como para llevar a cabo las actividades que son importantes para ellas, aun cuando se presenten cambios propios por la edad.

Desarrollo

La Organización de la Salud (OMS) establece que la salud es *“un estado de completo bienestar tanto físico, mental y social y no solamente es la ausencia de enfermedades o dolencias físicas”*. También define a la salud mental como: *“un estado de bienestar en el que la persona está consciente de sus propias aptitudes, y de esta manera puede lograr hacer frente a las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y tiene la capacidad de contribuir activamente a la sociedad de alguna manera.”*² Esta definición toma en cuenta a la salud mental a partir de un enfoque global, incluidos los componentes sociales, emocionales y fisiológicos, de manera individual, familiar y social. De tal forma, que las características o rasgos individuales no son los únicos factores que afectan el bienestar psicológico y mental de una persona, si no también

se ven influidas las circunstancias socioeconómicas de la persona y el entorno en el que se desenvuelve.³

La salud mental es un factor imprescindible para el adulto mayor, permitiéndole mantener su calidad de vida por el equilibrio de las dimensiones física, biológica, social, emocional y espiritual del ser humano, con una diversidad de significancias a la vida misma, así como del sentir y el actuar. Mantener el equilibrio multidimensional y sobre todo en lo que se refiere a la salud mental, permite a la persona mayor el logro de una armonía personal. La alteración en cualquiera de las dimensiones puede desencadenar enfermedades como depresión, ansiedad y estrés.⁴

Padecer una enfermedad mental afecta la calidad de vida; al respecto, las medidas de soporte y apoyo para el grupo de personas mayores consta de dos componentes principales: a) *Red de apoyo primaria*, con especial énfasis en el apoyo afectivo por parte de la familia, la seguridad y la empatía, y b) *Red de apoyo secundaria*, mediante la colaboración de la sociedad, la cual es muy interesante, porque los amigos, conocidos, grupos comunitarios y la población en general deben llevar un relativismo con valores y principios dirigidos hacia los adultos mayores.⁵

Para asegurar un enfoque de tratamiento integral a las personas mayores con afectación de su salud mental, es fundamental, no solo por la colaboración interdisciplinar del personal de enfermería con otros profesionales de la salud, la capacitación física y emocional para estar bien, a fin de cuidar de la persona que lo requiere en dos sentidos: a) lograr una autenticidad en el actuar laboral y a sí mismo, b) compasión al sensibilizar lo que el otro siente, involucrando las acciones para la ayuda y apoyo a través de una atención de calidad y calidez con estrategias e intervenciones innovadoras que permitan a la persona sobrellevar las psicopatologías que influyen en la vida del ser.⁶ Lo anterior, sin dejar de considerar la diversidad de factores que condicionan afectaciones como: aislamiento, desórdenes afectivos, psicosis, insomnio, ansiedad generalizada, tristeza profunda y trastornos del comportamiento, entre otros.

En esta lógica, la contribución de la enfermería al apoyo social de los adultos mayores tiene que ver con la gestión y aplicación de actividades relacionadas con esfuerzos e iniciativas enfocadas a lograr un cambio en los comportamientos individuales, desarrollando una red más sostenible y perdurable que ofrezca beneficios a largo plazo para la población mayor que abarque la satisfacción de sus necesidades emocionales y fomente la participación activa en la vida comunitaria al promover conductas saludables y mejorar la calidad de vida en general.⁷

En este sentido, la enfermería de salud mental se posiciona estratégicamente en este campo de la salud para llevar a cabo su función asistencial con enfoque en el cuidado integral, que presta cuidados holísticos a las personas con riesgo de padecer (o que ya padecen) trastornos mentales por consumo de sustancias o problemas de conducta para promover su bienestar físico y psicosocial.⁸ La prioridad será el refinamiento del autocuidado y fortalecimiento de sus propias capacidades, asimismo, el enfermero/enfermera se representa como el actor principal en el desarrollo de la terapéutica establecida.

Por ello surge una serie de estrategias que el personal de enfermería puede brindar a la persona adulta mayor, en la que, en primera instancia, se debe establecer la importancia de la presencia física (muestras de afecto y de pertenencia), pues la escucha activa influye de manera importante en el sentir del adulto. También se debe ofrecer apoyo para el uso del internet en caso de las personas mayores, ya sea que estén internadas o vivan en sus hogares, para que ante alguna situación o malestar emocional sea posible estar en contacto con los familiares más cercanos por medio de llamadas telefónicas que permitan equilibrar la soledad, el aislamiento y la depresión, mediante la expresión abierta de sus pensamientos y emociones.⁹

La Organización Mundial de la Salud señala que la promoción y prevención de las afectaciones de salud mental tiene como objetivo “*reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando así las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona, grupos, familias y la sociedad propia*”. El informe realizado por esta organización busca la disminución de los factores de riesgo y prevención de enfermedades de salud mental, al detectar las causas de los trastornos y disminuir los casos en la población. Se distinguen tres tipos de intervenciones³ dirigidas a diversos grupos y factores de riesgo referentes al estado clínico de los pobladores:

- Prevención universal. Son intervenciones encaminadas y elaboradas para los habitantes en general, regiones o comunidades que no han sido determinadas como pobladores en riesgo. Son intervenciones que promueven la salud mental mediante actividades y acciones preventivas.
- Prevención selectiva. Intervenciones encaminadas a personas o subgrupos que poseen un considerable riesgo a desarrollar enfermedades mentales, con

antecedentes de riesgo de problemas psicológicos o sociales.

- Prevención indicada. Intervenciones enfocadas a individuos con un mayor riesgo de padecer una enfermedad mental y aquellos que presentan algún signo y síntoma que señalan indicios de un trastorno de salud mental. Sin embargo, hasta el momento no cumplen con los criterios clínicos necesarios para establecer un diagnóstico en especial.

Según Fernández¹⁰ existen múltiples beneficios de las intervenciones o actividades del profesional de enfermería en los problemas de salud mental:

- Mejora de la calidad de vida. Las intervenciones de enfermería contribuyen a mejorar el bienestar general de los pacientes mediante la reducción de síntomas, la promoción de habilidades de afrontamiento y la mejora de las relaciones interpersonales.
- Promoción de la recuperación. El apoyo proporcionado por los enfermeros en salud mental ayuda a los pacientes a recuperarse y mantener un estado de bienestar estable.
- Prevención de recaídas. Las intervenciones de enfermería enseñan a las pacientes estrategias para identificar y manejar los factores desencadenantes de recaídas, lo que reduce la probabilidad de experimentar un empeoramiento de los síntomas.

Enfermería en salud mental

El profesional de enfermería especialista en salud mental brinda cuidados dirigidos a conservar y preservar la salud en todos los sujetos de cuidado que lo requieran, siguiendo una actitud científica, responsable y humanista. Los diferentes planes de cuidados utilizados se realizan en los diferentes niveles de atención —*promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y recuperación*—.

El ámbito de trabajo de una enfermera o enfermero especialista en salud mental incluye tanto el tratamiento hospitalario como la derivación de este, en el cual se encamina o sugiere al individuo el apoyo en centros especializados en salud mental, centros de atención primaria, domicilio e instituciones sociales, todo con el objetivo de facilitar la rehabilitación del sujeto de cuidado.

La enfermería de salud mental hace hincapié en el uso de las relaciones interpersonales como herramienta terapéutica y tiene en cuenta los factores ambientales que

influyen en la salud mental. Fernández hace referencia a Hildelgard Peplau, reconocida como la precursora de la enfermería psiquiátrica y en el desarrollo de la teoría y la práctica de la enfermería de salud mental, quien creó la teoría de relaciones interpersonales centrada en la relación enfermera-paciente construida a partir de sus experiencias personales y prácticas, con un enfoque inductivo basado en las observaciones aplicadas de su trabajo clínico y su entorno. Esta teoría explica la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso importante y terapéutico entre personas y analiza las cuatro experiencias psicológicas que alientan a los pacientes a desarrollar respuestas negativas, o invertir en diversas demandas, frustraciones, conflictos e inquietudes.

Funciones de la enfermería de salud mental

En esencia, las enfermeras registradas, tal como las describe el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE),⁸ están a la vanguardia de los cuidados de salud mental. Combinan su amplia formación con su experiencia práctica garantizando que los cuidados de salud mental no sean solo reactivos sino también proactivos, educativos y evolucionen continuamente. Las enfermeras de salud mental:

- Poseen profundos conocimientos, habilidades y competencia general en el ámbito de la salud mental.
- Conocen las dimensiones psicológicas y sociales de las personas en relación con la pertenencia social, la marginación y la estigmatización.
- Tienen conocimientos y experiencia para la identificación y modificación de las condiciones que crean problemas de salud mental a personas, familias y grupos de pacientes.
- Están cualificadas para realizar labores de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en los ámbitos de la salud mental.
- Observan, investigan y tratan a las personas que corren el riesgo de desarrollar un deterioro de la salud o un empeoramiento de los problemas de salud relacionados con enfermedades mentales y abuso de sustancias nocivas para la salud.
- Tienen conocimientos y experiencia para la promoción de la salud mediante la prevención y la reducción de las consecuencias de la estigmatización y la exclusión social.
- Son expertas en organizar servicios de atención sanitaria y encabezar la colaboración interdisciplinaria des-

empeñando funciones esenciales como por ejemplo de coordinación asistencial o gestión de casos.

- Tienen conocimientos y experiencia que las capacita para defender enérgicamente la mejora de la accesibilidad de los cuidados y difundir recursos educativos fundamentales a un público diverso que incluye a pacientes, familiares, compañeros profesionales de enfermería y otros grupos sanitarios.
- Al fomentar canales de comunicación abiertos y eficaces, amplifican las iniciativas dirigidas a la promoción de la salud, el mantenimiento continuo del bienestar y la integración sin fisuras de diferentes servicios, lo cual no solo enriquece la experiencia del paciente, sino que también contribuye a un enfoque de la atención sanitaria más holístico y centrado en el paciente.

Las intervenciones de enfermería en salud mental son un conjunto de acciones que tienen como objetivo promover el bienestar físico y psicosocial de las personas que padecen o tienen riesgo de padecer trastornos mentales, problemas de conducta o consumo de sustancias.¹¹

Entre las intervenciones de enfermería en salud mental se describen en el **cuadro I**.¹²

Conclusiones

El factor más importante que influye en la calidad de vida de los adultos mayores es la salud mental, que guía el camino de las acciones que desempeñan cotidianamente,¹³ por ello es indispensable reconocer y reflexionar sobre la diversidad de las enfermedades mentales en las personas mayores, las cuales constituyen un gran reto para la salud pública debido a su alta tasa de morbilidad.¹⁴

Comprender la importancia del mantenimiento de la salud mental en la vida del ser humano hace necesario un entrenamiento mental en todas las etapas de la vida, así como el tratamiento por medio de intervenciones de cuidado significativo que desarrollen en la persona mayor capacidad para el cuidado compensatorio y de apoyo psicosocial con afecto y empatía. El pilar fundamental de vida de cada persona es crear valor a la vida humana. Para los profesionales de enfermería es fundamental reconocer a las otras personas e interactuar con una perspectiva integral y holística. Lo anterior creará relaciones e interrelaciones con el equipo interdisciplinario con un propósito común *“atención de calidad consciente y ética a las personas que lo requieran”*.¹⁵

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental de los adultos mayores respuesta. OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Casañas R, Lalucat L. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista de estudios de juventud*. 2018;(121):117-132. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7161805>
4. Gálvez-Olivares M, Aravena-Monsalvez C, Aranda-Pincheira H, et al. Mental health and quality of life in older adults: systemic review. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr*. 2020;58(4):384-399. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272020000400384&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400384>.
5. Botero-de Mejía BE, Pico-Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la salud*. 2007;12:11-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>
6. Moreira Y. Enfermería en el cuidado de la salud mental de los adultos mayores. *Revista Cúpula*. 2020;34(1,2):86-90. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v34n1-2/art05.pdf>
7. Barradas Y, Navas Y. V Congreso Internacional de Innovación de Enfermería: En urgencias, desastres y salud colectiva. "Una prioridad para el profesional de salud. Fundación Fenix; 2021. Disponible en: <https://fenixfundacion.org/wp-content/uploads/2021/08/MEMORIAS-V-CONGRESO-INTERNACIONAL-DE-ENFERMERIA-30JULIO2021.pdf>
8. Consejo Internacional de Enfermeras. Directrices sobre la Enfermería de Salud Mental. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-03/ICN_MentalHealthNursingGuidelines-2024_FINAL_SP_0.pdf
9. Fernández R, Manrique FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enferm Glob*. 2010;(19):1-9. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion1.pdf>
10. Fernández E. Competencias de las enfermeras de Salud Mental para mejorar la calidad asistencial. Revisión bibliográfica [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Universidad de Cantabria; 2018. Disponible en: <https://eugdspace.eug.es/handle/20.500.13002/493>
11. Marín-Escribano A. Intervenciones de enfermería en personas mayores con depresión [Trabajo de fin de grado en Enfermería]. Universidad de Valladolid; 2020. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/42011>
12. Butcher HK, Butcher GM, Wagner CM, et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier; 2018.
13. Xie JF, Ding SQ, Zhong ZQ, et al. Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):364-70. doi: 10.1590/0104-1169.3400.2425
14. Campo-Arias A, Cassiani-Miranda CA. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Rev Colomb Psiqu*. 2008;37(4):598-613. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80637410>.
15. Rosales-Rodríguez RC, García-Díaz RdIC, Quiñones-Macías E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *ME-DISAN*. 2014;18(1):61-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100009

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Cordero-Corona LY, Aguirre-Zazueta AG, Castañeda-Zazueta DY et al. Intervenciones de enfermería en el cuidado de la salud mental de personas adultas mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(1):e1459. doi: 10.5281/zenodo.14367119

Cuadro I Intervenciones de Enfermería en Salud Mental

Intervenciones	Actividades
5820 Disminución de la ansiedad Campo 03: Conductual Clase T: Fomento de la comodidad psicológica	582006 Estar ahí con la persona para brindar protección hacia el miedo que pueda manifestar 582008 Brindar simbología de acuerdo con sus creencias que le generen seguridad 582009 Brindar un cuidado de masajes y aromaterapia, según corresponda. 582014 Proporcionar confianza en el entorno 582017 Llevar a cabo actividades para reducir ansiedad y estrés
5390 Potenciación de la autoconciencia Campo 03: Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento	539001 Brindar apoyo emocional a comprender sus propias emociones 539010 Reconocer los propios sentimientos que se puedan ver manifestados 539019 Brindar una ayuda al paciente y familia con estrategias dinámicas 539019 Brindar apoyo para identificar un autoaprendizaje
4820 Orientación de la realidad Dominio 03: Conductual Clase P: Terapia cognitiva	482021 Brindar una preparación para los sucesos rutinarios y del entorno 482022 Orientar estrategias para un sueño reparador 482024 Animar a la familia a participar en los cuidados basándose en las capacidades, necesarias y preferencias 482027 Etiquetar los artículos del entorno para favorecer su reconocimiento
5270 Apoyo emocional Campo 03 Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento	527002 Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones 527004 Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo 527006 Ayudar al paciente a reconocer sentimientos de ansiedad, ira, o tristeza 527007 Animar al paciente a que exprese los sentimientos de culpa o vergüenza 527011 Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo
00054 Soledad, Riesgo de	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a la familia • Apoyo al cuidador principal • Apoyo emocional • Asesoramiento • Aumentar los sistemas de apoyo • Control del estado de ánimo • Dar esperanza • Disminución de la ansiedad • Disminución del estrés por traslado • Elaboración de relaciones complejas • Entrenamiento de la asertividad
00148 Temor	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional • Apoyo en la toma de decisiones • Asesoramiento • Aumentar los sistemas de apoyo • Ayuda en la exploración • Contacto • Disminución de la ansiedad • Información preparatoria: sensorial Intervención en caso de crisis • Manejo ambiental • Mejorar el afrontamiento • Potenciación de la seguridad • Presencia • Reestructuración cognitiva • Técnica de relajación
5328 Visitas domiciliarias de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el propósito y el número propuesto de visitas • Establecer un lugar agradable y tiempo para las visitas • Utilizar preguntas abiertas para alentar la expresión de pensamientos, sentimientos y preocupaciones • Ayudar al paciente a identificar el problema principal • Ayudar al paciente a elaborar una lista de soluciones
5395 Mejoramiento de la autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada • Identificar los obstáculos al cambio de conducta • Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta • Fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito (p. ej., participación en un grupo de apoyo o formación en grupo) • Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta

Continúa en la página: 7

Viene de la página: 6

Intervenciones	Actividades
5420 Apoyo espiritual	Actividades: <ul style="list-style-type: none">• Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda• Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales• Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas• Fomentar la participación en grupos de apoyo• Proporcionar música, literatura o programas de radio o televisión espirituales al individuo
5260 Cuidados en la agonía	Actividades: <ul style="list-style-type: none">• Identificar las prioridades de cuidados de paciente• Comunicar la voluntad de comentar aspectos de la muerte• Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte• Ayudar al paciente y a la familia a identificar un sentido compartido de la muerte• Tratar de comprender las acciones, sentimientos y actitudes del paciente

Gabriela Ontiveros-Herrera^{1a}, Miguel Alejandro Emmanuel Castro-Romero^{1b}, Christian Paul Beltrán-Báez^{1c}, Gerardo Pérez-Hernández^{1d}, Miriam Gaxiola-Flores^{2e}, Roberto Joel Tirado-Reyes^{2f}

¹Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería, Programa de Becas de Posgrado y Apoyo a la Calidad del Consejo Nacional de Ciencia, Humanidades y Tecnología (CONAHCYT) México. Culiacán, Sinaloa, México

²Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería, Departamento de Investigación y Posgrado. Culiacán, Sinaloa, México

Doi: 10.5281/zenodo.14367149

ORCID

0000-0003-4329-3707^a
0009-0002-0460-2992^b
0000-0002-2840-6796^c
0009-0001-1102-8418^d
0000-0003-3378-7404^e
0000-0002-1492-7507^f

Palabras clave:

Enfermería
Atención Dirigida al Paciente
Salud Mental
Individuo
Cuidado

Keywords:

Nursing
Patient-Centered Care
Mental Health
Person
Care

Correspondencia:

Gabriela Ontiveros Herrera

Correos electrónicos:
herreragaby1912@gmail.com,
14445050.ontiveros@ms.uas.
edu.mx

Fecha de recepción:

29/01/2024

Fecha de aceptación:

15/10/2024

Resumen

Introducción: la asistencia a individuos con trastornos mentales requiere ser abordada de manera integral, con la responsabilidad de proporcionar atención efectiva y de alta calidad proveniente del ámbito de la enfermería psiquiátrica.

Desarrollo: en la sociedad actual, la prevalencia de trastornos mentales conlleva una carga significativa para quienes los experimentan, a menudo enfrentando discriminación y trato diferencial, convirtiéndose en un complejo desafío de salud pública abordar el estigma asociado a la salud mental. Factores sociales como la pobreza y la desigualdad socioeconómica se han identificado como elementos vinculados a un mayor riesgo de desarrollo de trastornos psicopatológicos, siendo prioritario focalizar la atención en intervenciones de promoción y prevención que aborden los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental. Estas acciones buscan intervenir, reducir riesgos, fortalecer la resiliencia y generar entornos más propicios para el desarrollo de la salud mental.

Conclusiones: en este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial en la educación integral de personas con enfermedades mentales, con el objetivo de fomentar la inclusión, disminuir el estigma y mejorar la calidad de vida de quienes se enfrentan a estos desafíos.

Abstract

Introduction: The care of individuals with mental disorders needs to be approached in a comprehensive manner, with the responsibility to provide effective and high quality care coming from the field of psychiatric nursing.

Development: In today's society, the prevalence of mental disorders carries a significant burden for those who experience them, often facing discrimination and differential treatment, making it a complex public health challenge to address the stigma associated with mental health. Social factors such as poverty and socioeconomic inequality have been identified as elements linked to a higher risk of developing psychopathological disorders, making it a priority to focus attention on promotion and prevention interventions that address the individual, social and structural determinants of mental health. These actions seek to intervene, reduce risks, strengthen resilience and generate environments more conducive to mental health.

Conclusions: In this context, nursing plays an essential role in the comprehensive education of people with mental illness, with the aim of fostering inclusion, decreasing stigma and improving the quality of life of those facing these challenges.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ la salud mental se describe como un estado de bienestar en el que el individuo tiene conciencia de sus propias habilidades, puede manejar las tensiones habituales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. En México, la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC),² define la salud mental como un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus capacidades, pueden enfrentar el estrés común de la vida, trabajar de manera productiva y respaldar a sus comunidades.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)³ hace referencia a que en la región de las Américas entre el 14.7% y 22% del personal sanitario experimentó síntomas sugestivos de depresión, como consecuencia de la pandemia por covid-19. Relacionado con lo anterior, Leiva-Peña *et al.*⁴ señalan que la salud se ve afectada por las condiciones biopsicosociales en las que las personas viven, es decir, las circunstancias de su nacimiento, crecimiento, envejecimiento, entorno laboral y las modificaciones regulares en su sistema de atención médica. Estas condiciones tienen impacto en la salud y explican gran parte de las disparidades sanitarias presentes, las cuales aumentan o reducen el riesgo de enfermedades. Los factores determinantes de la salud social también influyen en la salud mental, como la pobreza y la desigualdad socioeconómica, que están estrechamente ligadas a un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos. Asimismo, los países desarrollados disponen de mayores recursos financieros, una narrativa académica más robusta y programas de salud mental que han experimentado un crecimiento significativo desde la década de los años sesenta.

En contraste, las naciones en vías de desarrollo, especialmente aquellas catalogadas como de segundo y tercer mundo, se enfrentan principalmente a problemas asociados con la escasez de fondos. La considerable incidencia de la pobreza en sus poblaciones contribuye al surgimiento de trastornos psicopatológicos al mermar la calidad de vida y exponer a las personas a factores de riesgo que incrementan la posibilidad de padecer enfermedades mentales, incluso desde la edad temprana.

En la actualidad, los trastornos mentales tienen una alta prevalencia, imponiendo una carga significativa a quienes los experimentan. Estas personas se enfrentan a obstáculos sociales como el estigma y la discriminación, producto de concepciones erróneas hacia aquellos que padecen estas condiciones, lo que puede desencadenar

una disminución en la autoestima, falta de adherencia al tratamiento, una reducción en la calidad de vida y, en ocasiones, un riesgo de suicidio. La lucha contra el estigma que se asocia a la salud mental representa uno de los desafíos más complejos en la esfera de la salud pública en la actualidad. A pesar de ser trastornos comunes a nivel mundial, las personas afectadas suelen ser objeto de discriminación y trato diferencial. El miedo, la falta de conocimiento y los prejuicios contribuyen a la estigmatización, la exclusión social y la discriminación hacia aquellos con enfermedades mentales. Aunque la recuperación es posible, la presencia de discriminación y estigma actúa como una barrera que obstaculiza que las personas que necesitan ayuda busquen y reciban el apoyo necesario para una recuperación oportuna.⁵

Por ello, Leiva Peña destaca la necesidad de implementar enfoques integrales para abordar los desafíos relacionados con la salud mental, lo cual implica superar el tradicional modelo biomédico. Esto implica que la salud pública debe liderar iniciativas que fortalezcan la intervención comunitaria y capaciten a los pacientes para que sean participantes activos en su propio cuidado de salud.

En esta línea, la OMS⁶ dirige sus esfuerzos hacia intervenciones de promoción y prevención. Estas estrategias buscan identificar los factores individuales, sociales y estructurales que influyen en la salud mental, permitiendo intervenir para reducir riesgos, fortalecer la resiliencia y crear entornos propicios para el bienestar mental. Este enfoque, dirigido a la persona desde sus tres dimensiones (biológica, psicológica y social), se considera esencial debido a los desafíos actuales en este campo, siendo de suma importancia su implementación efectiva.

Según Díaz Consuegra *et al.*⁷ la enfermería de salud mental tiene la responsabilidad de ofrecer cuidados de alta calidad, eficientes y efectivos, adaptados a las dinámicas actuales. Esto se fundamenta en la necesidad de una atención integral hacia pacientes con trastornos mentales, abordando tanto la colaboración en la resolución de problemas como las intervenciones basadas en diagnósticos enfermeros. Además, se enfatiza la importancia de fortalecer la autoestima del paciente, brindar apoyo emocional y priorizar la educación sistemática en enfermería tanto para el paciente como para su círculo familiar o entorno afectivo.

Desarrollo

Las condiciones biopsicosociales en las que las personas se desenvuelven tienen un impacto significativo en su

salud. Por ello, la OMS estableció en 2005 la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y, en 2008, el modelo de determinantes sociales. Estos determinantes se refieren a las circunstancias diarias en las que las personas viven, crecen, envejecen, trabajan y se relacionan, incluyendo su sistema de atención médica. Estas condiciones influyen en la salud y explican gran parte de las preocupaciones actuales en materia de salud, las cuales incrementan o reducen el riesgo de enfermedad.

El modelo de determinantes sociales se enfoca en los factores ambientales y sociales que tienen influencia en el equilibrio *salud-enfermedad*. No se refiere a variables subjetivas o inconsistentes que carecen de un mecanismo interpretativo-explicativo, sino a procesos que permiten priorizar la identificación de un factor estructural intermedio proporcionado por los contextos y posiciones sociales de los individuos, familias y comunidades; así como un factor intermedio representado por las condiciones materiales a lo largo de las trayectorias de vida de estas entidades.⁸ El enfoque de la OMS respecto al modelo de determinantes sociales busca interpretar y explicar el proceso salud-enfermedad, no solo como una teoría causal, sino también como un medio para visualizar y comprender las disparidades en la calidad de vida y la salud. Su propósito es orientarse hacia soluciones para estas disparidades, identificar prioridades y responsabilidades diferenciales relevantes.

Los factores sociales determinantes de la salud tendrán un rol crucial en el surgimiento del malestar psicológico presente en nuestras comunidades. La salud mental se contrasta con la salud física, un concepto que frecuentemente provoca temor, estigmatización y distancia a las personas de las auténticas raíces del sufrimiento psicológico.⁹

Los informes de la OMS¹⁰ indican que los trastornos mentales continúan siendo una de las principales preocupaciones para la calidad de vida, generando costos económicos significativos para los individuos, la sociedad y los sistemas de salud. Se observa una disminución de hasta veinte años en la esperanza de vida de las personas que padecen trastornos mentales en comparación con aquellas que no los tienen. Asimismo, según la UNICEF, la mitad de estos trastornos tienen su inicio antes de los 14 años, subrayando la urgente necesidad de estrategias novedosas y efectivas para prevenir, detectar y tratar los trastornos mentales desde una edad temprana.¹¹

Es importante señalar que la falta de recursos económicos impide a las personas acceder a una vida con dignidad, limitando su acceso a la educación, al transporte y

a otros aspectos esenciales para una participación plena en la sociedad. El aislamiento social y la exposición a un trato desfavorable tienen un impacto adverso en la salud, incrementando el riesgo de una vida más corta. Además, la carencia de recursos económicos afecta las capacidades cognitivas al desviar su enfoque hacia áreas y tareas que no están directamente relacionadas con las necesidades básicas de supervivencia diaria.¹²

La pobreza representa un factor de estrés sistémico que contribuye al surgimiento de trastornos de salud mental. En México, se observan tasas preocupantes de prevalencia de estos trastornos: aproximadamente una de cada cinco personas ha experimentado un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses y ha buscado atención para este problema. Sin embargo, más del 75% de los casos graves y moderados en adultos no han recibido atención médica o psicológica debido a dificultades de acceso.¹³

Entre las diez enfermedades más incapacitantes en el país, se identifican tres categorías de trastornos: trastornos mentales, trastornos neurológicos y trastornos relacionados con el uso de sustancias. Estudios nacionales han documentado la presencia de trastornos mentales en la población: de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) entre 2001 y 2022, alrededor del 9.2% de la población ha experimentado depresión a lo largo de su vida, con un 4.8% presentando síntomas depresivos en los cinco meses previos. Otro estudio realizado en 2002-2003 reveló una prevalencia de depresión del 4.5% (5.8% en mujeres y 2.5% en hombres). Además, se evidenció que los residentes en las regiones del sur del país mostraban mayores índices de síntomas depresivos en comparación con los del norte y la capital. Se señaló también que la disparidad entre la prevalencia de síntomas depresivos y el acceso a diagnóstico y tratamiento aumenta notablemente conforme aumentan los niveles de marginación en los municipios evaluados.¹³

En esta línea, diversos países están llevando a cabo esfuerzos coordinados para incrementar la disponibilidad de evaluaciones en el ámbito de la salud mental, así como para incorporar una visión biopsicosocial en la formulación de políticas públicas. No obstante, cada nación presenta realidades socioculturales únicas y, en consecuencia, demandas diversas.⁴

En el ámbito de la enfermería psiquiátrica, el personal de enfermería posee la formación necesaria para intervenir, tomar decisiones y atender a los pacientes. Su labor cotidiana implica negociar, coordinar, establecer acuerdos, reevaluar y asumir responsabilidades. La evaluación

de los cuidadores debe adaptarse a las características individuales de las personas que reciben cuidados y a la habilidad del personal para aplicar su conocimiento. Desde una perspectiva biopsicosocial, las enfermeras especializadas en salud mental aportan intervenciones de alta calidad para la atención de los pacientes y sus familias, logrando resultados más seguros y mejorados, además de ofrecer oportunidades para promover la salud mental, brindar educación, mantener el tratamiento terapéutico, integrarse con diversas modalidades de intervención y colaborar interdisciplinariamente con otros profesionales de la atención médica.¹⁴

Es importante destacar que hay tres niveles de prevención en los trastornos mentales, cada uno con sus propias responsabilidades: La prevención primaria se centra en mantener la salud del individuo y prevenir la aparición de trastornos, proporcionando información esencial a las comunidades y a aquellos más susceptibles a estos trastornos. La prevención secundaria aborda a quienes ya padecen un trastorno, identificándolos rápidamente para evitar impactos negativos y proporcionando tratamiento oportuno. Por último, la prevención terciaria está dirigida a aquellos que ya sufren trastornos mentales graves, buscando apoyar su recuperación y prevenir discapacidades adicionales.¹⁵

Durante algunas décadas, se ha reconocido ampliamente por expertos e instituciones la importancia de fomentar y prevenir problemas relacionados con la salud mental. Esto implica la expectativa de que las políticas y programas enfocados en la promoción y prevención puedan generar un mejor estado de salud mental y bienestar (promoción), evitando así el desarrollo de problemas y trastornos de salud mental (prevención primaria), y mitigando los efectos de estos últimos mediante la detección temprana y el tratamiento adecuado (prevención secundaria). La implementación efectiva de programas de prevención y promoción podría reducir tanto los costos personales como sociales asociados a la aparición de problemas o trastornos de salud mental, disminuyendo la necesidad de tratamiento y rehabilitación. Es relevante considerar que países con mayores recursos para atender las necesidades de salud mental presentan notables disparidades entre los servicios disponibles y las demandas estimadas de atención y apoyo para personas con problemas o trastornos de salud mental. Esta situación sirve como punto de comparación para analizar la situación de salud mental en países con menores ingresos.¹⁶

Es relevante considerar que los programas con respaldo empírico para prevenir trastornos mentales general-

mente implican estrategias preventivas anticipadas, ya que los tratamientos existentes han mostrado limitados efectos en la carga asociada a estos trastornos. De esta manera, las estrategias preventivas de salud mental, prometedoras y de alcance general, podrían disminuir la incidencia de trastornos mentales o modificar los cursos esperados hacia resultados menos debilitantes. Algunas de estas intervenciones parecen ser económicamente viables, y cuando se adaptan para distintos niveles, pueden reducir el riesgo o fortalecer los factores protectores y la resiliencia, especialmente durante etapas sensibles del desarrollo. En el futuro, se deberá promover la salud mental y mejorar la detección temprana, implementando intervenciones en entornos clínicos, escolares y comunitarios, con el respaldo crucial de la sociedad y los líderes políticos.¹⁷

La creencia de que la recuperación de la salud mental se alcanza exclusivamente a través de la influencia de una única disciplina no es una perspectiva respaldada. En cambio, el trabajo colaborativo entre diversos profesionales como enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos psiquiatras, entre otros, permite considerar distintos enfoques en el tratamiento sin imponer ideas al paciente, quien, en última instancia, es responsable de expresar y determinar la evolución del proceso.¹⁸

En este contexto, es relevante subrayar que la comprensión y una respuesta terapéutica favorable para la recuperación de la salud mental requieren la consideración de teorías específicas sobre este proceso. Existen enfoques teóricos que respaldan la colaboración entre la enfermería y otras disciplinas en el tratamiento y el proceso de recuperación, como el modelo de la marea (*Tidal Model*) desarrollado por Phil Barker y Poppy Buchanan Barker.¹⁹ Esta teoría ha servido como base para investigaciones en varios países, promoviendo una atención centrada en la persona, que respeta sus derechos, su cultura, su historia personal y sus expectativas respecto al tratamiento. A diferencia de los modelos tradicionales de tratamiento psiquiátrico que se enfocan únicamente en los trastornos mentales, el modelo de la marea reconoce la complementariedad de otras disciplinas con la psiquiatría en el cuidado de la salud mental. Además, es evidente que la intervención interdisciplinaria se distingue de la multidisciplinaria al integrar actividades con un objetivo común, en lugar de gestionar actividades individuales separadas.

Dentro del mismo respaldo teórico se hace referencia al modelo de la relación persona a persona de Joyce Travelbee.²⁰ Este modelo establece una conexión terapéutica entre el enfermero y el paciente, donde los enfermeros

ayudan al paciente a abordar sus desafíos actuales, facilitando que el usuario identifique sus propios problemas, reconozca sus experiencias como parte de su singularidad y enfrente sus dificultades al ofrecerle oportunidades para nuevos patrones de comportamiento. El rol del enfermero es apoyar al paciente en su integración social, ayudarlo a encontrar sentido en su enfermedad y explorar el motivo subyacente de la misma.

Los modelos previamente mencionados comparten ciertas características, de entre las cuales destaca una comunicación efectiva entre el enfermero y la persona bajo cuidado. Este proceso implica una interacción mutua que involucra pensamientos, emociones y actitudes, siendo un aspecto dinámico que influye en el grado de proximidad. La enfermería debe fundamentarse en la confianza, el respeto y el compromiso que se ha cultivado para mantener su posición como una profesión capaz de generar transformaciones en aquellos que reciben cuidado.²¹

En la actualidad, los profesionales de la salud están considerando adoptar terapias alternativas como una opción para promover la estabilidad en la salud mental. Estos enfoques tienen una perspectiva integradora que abarca el cuerpo, la mente y el espíritu, lo que conlleva a un menor riesgo de efectos secundarios. Existe la creencia generalizada de que el enfoque *holístico* y la naturaleza son más beneficiosos para el organismo. Además, esta elección a veces surge de una búsqueda desesperada por alcanzar bienestar, y también se relaciona con costos más satisfactorios, regulares o más bajos en la práctica médica. Combinar estas terapias con teorías más efectivas puede llevar a estrategias de tratamiento más exitosas, focalizadas en la situación específica del cliente o paciente.²²

De entre las 1800 terapias disponibles en todo el mundo, se encuentra la musicoterapia, que, según investigaciones, tiene un impacto positivo en la autoeficacia y autoestima. Por otro lado, el *mindfulness*, junto con el yoga, se han asociado con la reducción del estrés y la ansiedad. La mayoría de las terapias complementarias no tienen la intención de reemplazar por completo las terapias tradicionales, sino más bien ayudar a las personas a gestionar sus síntomas y mejorar su calidad de vida. El uso responsable de estas terapias integrativas en el ámbito de la salud mental representa una opción favorable en este sentido.

Las terapias alternativas y complementarias se caracterizan por ser técnicas poco intrusivas que abordan el cuidado integral de la persona, ofreciendo una opción para un cuidado holístico y autónomo. Estas terapias, de naturaleza complementaria, natural y alternativa, pueden

contribuir al bienestar físico al mismo tiempo que manejan y controlan problemas de salud crónicos. Aunque no necesariamente producen mejoras físicas, ayudan a las personas a fortalecer su salud, adaptarse mejor a su entorno y disfrutar de relaciones más satisfactorias. La integración de este tipo de terapias promueve la autonomía en el ámbito profesional, permitiendo que la enfermería brinde cuidados en todos los aspectos de la salud, desde la promoción hasta la rehabilitación, siempre y cuando el personal esté debidamente capacitado. Estos enfoques no invasivos pueden mejorar el entorno biopsicosocial al proporcionar estrategias terapéuticas que asisten a las personas en la gestión de sus problemas de salud, aun si no representan una cura definitiva, al mismo tiempo que mejoran su relación con su entorno.²³

En la actualidad, se ha generado un reconocimiento hacia este tipo de técnicas terapéuticas, puesto que contribuyen a comprender tanto las emociones como las situaciones que pueden causar alteraciones físicas. Cada una de estas terapias se centra en promover un estado de estabilidad emocional y tranquilidad interna, ayudando, de cierta manera, a satisfacer las necesidades individuales al adaptarse a las circunstancias y proporcionar soluciones. Además, estas terapias fomentan el desarrollo de la resiliencia y ofrecen herramientas para afrontar desafíos o dificultades que puedan surgir.²⁴

Conclusiones

En resumen, la enfermería desempeña una función vital en la formación integral de personas con trastornos mentales. A través de una capacitación específica, los enfermeros adquieren competencias para ofrecer un cuidado completo y centrado en el individuo. Sus responsabilidades abarcan desde promover la salud mental hasta proporcionar apoyo emocional, administrar medicamentos, realizar terapia conversacional y coordinar servicios. Esta labor contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida y favorecer la recuperación de aquellos con enfermedades mentales.

Además, los enfermeros tienen un rol prioritario en la detección temprana de signos de deterioro mental, la prevención de crisis y la ejecución de planes de cuidado personalizados. Trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como psiquiatras y psicólogos, para asegurar un enfoque multidisciplinario y una atención integral. Su participación en la educación integral de personas con problemas mentales es esencial para reducir

el estigma, fomentar la inclusión y mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan estos desafíos.

La formación en enfermería hacia individuos con trastornos mentales también implica desarrollar habilidades de comunicación compasiva, promover la empatía y el respeto hacia los pacientes, y trabajar en equipo con otros

profesionales de la salud para ofrecer una atención integral. Mantenerse al día con las últimas investigaciones y avances en salud mental es crucial para brindar un cuidado óptimo. La educación continua y el compromiso con el aprendizaje son esenciales para ofrecer atención de calidad en este campo.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático; 3 de junio de 2022 [citado 06 de diciembre de 2023]. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad>
2. Comisión Nacional Contra las Adicciones. ¿Qué es la salud mental? México, CDMX: CONADIC; 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/que-es-la-salud-mental>
3. Organización Panamericana de Salud. OPS establece Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2022-ops-establece-comision-alto-nivel-sobre-salud-mental-covid-19>
4. Leiva-Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Pública*. 2021;45:e158. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
5. Organización Panamericana de Salud. Campaña para la reducción del estigma en salud mental. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/haz-tu-parte>
6. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
7. Díaz-Consuegra L, Santana-López Y. La salud mental, la ética y los cuidados de enfermería. *MediSur*. 2023;21(1):261-263. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000100261&lng=es&tIing=es
8. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-sp.pdf
9. Martínez-Serrano A, Pardo-García P. Determinantes sociales de la salud y su impacto en la salud mental: De lo individual a lo colectivo. *Documentación social*. 2023;1-13. Disponible en: <https://documentacionsocial.es/contenidos/a-fondo/determinantes-sociales-de-la-salud-y-su-impacto-en-la-salud-mental-de-lo-individual-a-lo-colectivo/?print=pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales. New York: UNICEF; 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/más-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>
12. Raventós S. Salud mental, determinantes sociales y protección social. *Eines*. 2021;40:30-39. Disponible en: <https://irla.cat/wp-content/uploads/2021/05/einesirla-40-salut-justicia-social-complet.pdf>
13. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, et al. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública Mex*. [Internet]. 2020 [citado 02 de diciembre de 2023]; 62:840-850. DOI: <https://doi.org/10.21149/11558>
14. Linares-Rueda CI. Estudio cualitativo sobre la relación Enfermera-Paciente de Salud Mental desde la perspectiva del usuario. Proyecto de investigación. *Enferm Cuid*. 2021;4(3):2-21. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4295>
15. Infosalus. La prevención primaria en salud mental ayuda a reducir en más del 30% la incidencia de trastornos mentales en España, 26 septiembre 2022. Disponible en: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-prevencion-primaria-salud-mental-ayuda-reducir-mas-30-incidencia-trastornos-mentales-espana-20220926134149.html>
16. Cova-Solar F, Grandón-Fernández P, Saldivia-Borquez S, et al. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL: ¿ESPERANZA FUNDADA, VANA ILUSIÓN O CONTRABANDO PSICOPATOLOGIZADOR?. *Papeles del Psicólogo*. 2019;40(3):210-219. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/778/77864998008/77864998008.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
18. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. Trabajo colaborativo, clave para atender problemas de salud mental. México, DF: ANUIES; 2020. Disponible en: http://www.anui.es.mx/noticias_ies/trabajo-colaborativo-clave-para-atender-problemas-de-salud-mental
19. Zaraza-Morales DR, Contreras-Moreno JR. El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2020;49(4):305-310. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-el-modelo-recuperacion-salud-mental-S0034745018300970>
20. Washington-Pinheiro C, Carneiro-Rolim KM, Magalhães FJ, et al. Current panorama of the theory of travelbee: an integrative review. *International Journal of Development Research*. 2019;09(06):28421-28425. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlton-Pinheiro/publication/335099532_Current_panorama_of_the_theory_of_travelbee_an_integrative_review/links/5d4ecffb92851cd046b06dad/Current-panorama-of-the-theory-of-travelbee-an-integrative-review.pdf
21. Cruz-Mora CL. ENFERMERÍA: PROFESIÓN LLAMADA A MANTENER Y PROMOVER LA SALUD MENTAL DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. *Revista Cúpula*. 2019;33(1):26-32. Disponible en:

- <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v33n1/art02.pdf>
22. Chaves-Martínez B. El auge de las terapias alternativas en el tratamiento de la salud mental. Delfino. 2023. Disponible en: <https://delfino.cr/2023/06/el-auge-de-las-terapias-alternativas-en-el-tratamiento-de-la-salud-mental>
23. Rodríguez-Lara H, Espinosa-Aguilar A, Elers-Mastrapa Y. Las terapias alternativas como solución al cuidado de problemas crónicos de salud. Revista Cubana de Enfermería. 2022;38(2):e4856. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n2/1561-2961-enf-38-02-e4856.pdf>
24. Gutiérrez-Rojas AL, Rojas-Quesada A, Badilla-Sánchez EM, et al. Experiencias de Enfermería en Salud Mental con Terapia Complementaria. ENFERMERÍA EN COSTA RICA. 2022;36(2):5-18. DOI: 10.59090/enfer.cr.36.2.02

.....

Cómo citar este artículo/To reference this article:

- Ontiveros-Herrera G, Castro-Romero MAE, Beltrán-Báez CP *et al.* La educación integral de las personas con enfermedades mentales en el ámbito de la enfermería psiquiátrica. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(1):e1464. doi: 10.5281/zenodo.14367149



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Seguridad y Solidaridad Social

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación en Salud
Coordinación de Investigación en Salud