



**Protocolo de Atención Integral  
Código Cerebro: acciones de enfermería  
para el paciente con evento vascular cerebral**

Comprehensive Care Protocol Code Brain:  
nursing actions for the patient with a stroke

Ivette Janeth Reveles-Manriquez *et al.*

Editorial



Ciudades amigables: una posibilidad de transformar la mirada y la sensibilidad ciudadana hacia el envejecimiento  
Armando Cárdenas-Contreras

Revisión



Deterioro funcional hospitalario y factores asociados en personas mayores hospitalizadas  
Carol Janet Lozano-Blancas *et al.*

Investigación



Tendedero latinoamericano: violencias durante la formación educativa en enfermería  
Karla Ivonne Mijangos-Fuentes *et al.*

Experiencia de la práctica



Trabajo colaborativo interdisciplinario para el cuidado holístico del paciente gran quemado  
Helena Carreón-González

Investigación



Distrés moral asociado al síndrome de *burnout* en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica  
María de Lourdes Medina-Frausto *et al.*

Vol 33 | Núm 2 | **Abril-junio**  
**2025**

# Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

abril-junio 2025 vol. 33 núm. 2

## 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 2, abril-junio 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](mailto:revista.enfermeria@imss.gob.mx). Contacto: María Antonieta Castañeda Hernández, correo electrónico: [maria.castanedah@imss.gob.mx](mailto: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(2).

# Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

abril-junio 2025 vol. 33 núm. 2

Diseño de portada:

Ilustración

Fotografía:

Primer Curso Híbrido de Código Cerebro-IMSS (12 de abril de 2023)



Editorial



**e1516** Ciudades amigables: una posibilidad de transformar la mirada y la sensibilidad ciudadana hacia el envejecimiento  
*Friendly cities: a possibility of transforming citizens' perceptions and sensitivity toward aging*

Armando Cárdenas-Contreras

Investigación



**e1491** Expresiones de actitud autoritaria en adolescentes escolarizados de secundaria  
*Expressions of authoritarian attitude in secondary school adolescents*

Adriana Mayela Cárdenas-Cortés, Roxana Martínez-Cervantes, José Luis Hernández-Torres, Nancy Rodríguez-Vázquez

Investigación



**e1529** Infecciones cervicovaginales en mujeres usuarias de dispositivo intrauterino de una unidad de medicina familiar  
*Cervicovaginal infections in women users of intrauterine device of a family medicine unit*

Fanny Barrios-Yáñez, Laura Miriam Pérez-Flores, Beatriz Velázquez-Castañeda

Investigación



**e1535** Impacto socioeconómico del ausentismo del personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19  
*Socioeconomic impact of nursing staff absenteeism during the COVID-19 pandemic*

Mirolava Iliana Carrasco-González, Ana Carmen Guerrero-Díaz, Norma De Blas-Barrientos, Martha Camacho-Pérez, María de Lourdes Alcalde-Yáñez, Silvia Andrea Palestino-García

Investigación



**e1537** Tendedero latinoamericano: violencias durante la formación educativa en enfermería  
*Latin American clothesline of complaints: violence during educational training in nursing*

Karla Ivonne Mijangos-Fuentes, Yesica Yolanda Rangel-Flores, Sara Ester Domínguez, Lucy Jure-Cares, María Bernardita Pilquinao-Pilquinao, Carmen Aydé Fernández-Rincón

Investigación



**e1541** Distrés moral asociado al síndrome de *burnout* en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica  
*Moral distress associated with burnout syndrome in nursing staff working in pediatric care areas*

María de Lourdes Medina-Frausto, Gloria Patricia Sosa-Bustamante, Alma Patricia González, Carlos Paque-Bautista, Gustavo Joaquín Cruz-Ruelas, Gabriela del Rocío Saldívar-Lara

# Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

abril-junio 2025 vol. 33 núm. 2

Revisión



**e1511** Deterioro funcional hospitalario y factores asociados en personas mayores hospitalizadas

*Hospital functional impairment and factors associated in hospitalized older adults*

Carol Janet Lozano-Blancas, Dulce Crystal Villalba-Martínez, Carolina Ordoñez-Huetle

Revisión



**e1518** Síndromes geriátricos relacionados con el deterioro cognitivo de las personas mayores

*Geriatric syndromes related to cognitive decline in the elderly*

Carolina Ordoñez-Huetle, Carol Janet Lozano-Blancas, Dulce Crystal Villalba-Martínez

Experiencias de la práctica



**e1530** Protocolo de Atención Integral Código Cerebro: acciones de enfermería para el paciente con evento vascular cerebral

*Comprehensive Care Protocol Code Brain: nursing actions for the patient with a stroke*

Ivette Janeth Reveles-Manriquez, Perla Yaneli Ruiz-Montes, Helena Carreón-González, Esther Hernández-Martínez

Experiencias de la práctica



**e1534** Trabajo colaborativo interdisciplinario para el cuidado holístico del paciente gran quemado

*Interdisciplinary collaborative work for the holistic care of the severe burned patient*

Helena Carreón-González

Carta al editor



**e1514** Violencia epistémica y colonialidad: una aportación a la realidad del campo disciplinar

*Epistemic violence and colonialism: a contribution to the reality of the disciplinary field*

Ramiro Altamira-Camacho

Armando Cárdenas-Contreras<sup>1a</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Educación en Salud, División de Formación de Recursos Humanos para la Salud. Ciudad de México, México

Doi: 10.5281/zenodo.15091634

### ORCID

0009-0004-4129-7880<sup>a</sup>

### Palabras clave:

Dinámica de la Población  
Envejecimiento Saludable  
Salud del Anciano  
Ciudad Saludable  
Ciudad Amigable

### Keywords:

Population Dynamics  
Healthy Aging  
Health of the Elderly  
Healthy City  
Friendly City

### Correspondencia:

Armando Cárdenas Contreras

### Correo electrónico:

armando.cardenas@imss.gob.mx

### Fecha de recepción:

19/03/2025

### Fecha de aceptación:

24/03/2025

## Resumen

Las ciudades amigables con las personas mayores no es un tema actual, dado que ha sido abordado desde 1982 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y hoy más que nunca es vigente y de gran relevancia por la transición demográfica a nivel mundial. Se estima que para 2030 una de cada 6 personas tendrá más de 60 años, por lo que el envejecimiento de la población se comprende con un enfoque positivo hacia la disminución de la dependencia, al favorecer la calidad de vida y fomentar el envejecimiento activo y saludable entre la población. Desde el punto de vista de la calidad de vida, se debe ampliar el panorama multidimensional del envejecimiento, en el que se consideren espacios propicios con infraestructura según las necesidades de la persona mayor, que no solo favorezcan su socialización sino que también sean un medio para abatir la dependencia y otros síndromes geriátricos como el deterioro cognitivo, el aislamiento, el confinamiento social y la depresión, entre otros. Por lo tanto, es importante la participación social y la generación de políticas públicas enfocadas hacia el establecimiento de ciudades amigables para las personas mayores.

## Abstract

Age-friendly cities are not a current issue, since they have been addressed by the United Nations (UN) since 1982, and today, more than ever, they are relevant due to the global demographic transition. It is estimated that by 2030, one in 6 people will be over 60 years old, which is why population aging is understood with a positive focus on reducing dependency, improving quality of life, and promoting active and healthy aging among the population. From a quality-of-life standpoint the multidimensional perspective of aging must be expanded, considering favorable spaces with infrastructure tailored to the needs of older adults, not only to promote socialization but also to serve as a means to combat dependency and other geriatric syndromes such as cognitive decline, isolation, social confinement, and depression, among others. Therefore, social participation and the development of public policies focused on creating age-friendly cities are important.

La adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) implica un compromiso común y universal de los Estados miembros para dar respuesta a la pobreza, el hambre, las desigualdades, la construcción de sociedades pacíficas, justas e inclusivas, así como para proteger los derechos humanos enfocados en las necesidades de los más pobres y vulnerables, entre los que se encuentra la población adulta mayor.<sup>1</sup>

El ritmo de envejecimiento poblacional es un fenómeno universal que no puede detenerse. Se estima que en el periodo de 2015 a 2050 el porcentaje de habitantes a nivel mundial pasará del 12 al 22%, respectivamente. En el 2030 una de cada 6 personas tendrá 60 años o más, y en 2050 este grupo de población se duplicará a 2100 millones de personas. Con este panorama se requieren acciones hacia un envejecimiento desde el punto de vista positivo y con calidad de vida.<sup>1,2</sup>

El proceso del envejecimiento en México se intensificará en las próximas décadas, debido a que las generaciones que nacieron entre 1960 y 1980 ingresarán al grupo de 60 años o más a partir del año 2020.<sup>2</sup> Con base en el Consejo Nacional de Población (CONAPO), los cambios en la esperanza de vida han pasado de 36.5 años en 1930 a 75.4 años en 2022, y se calcula que seguirá en aumento a 79.6 años para 2050. Con esta tendencia, se requiere del análisis multidimensional de necesidades de las personas mayores con perspectiva social, económica, política, cultural, ambiental y familiar entre otras.<sup>3</sup>

Por otra parte, esto implica también la formación de recursos humanos en salud con las competencias para hacer frente a dichas necesidades bajo 2 vertientes:<sup>4</sup>

- La *promoción del envejecimiento activo y saludable*, que, además del componente de salud, incluye componentes como la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, la alta capacidad funcional cognitiva y física, y el compromiso activo con la vida,<sup>2</sup> mediante el desarrollo de *ciudades amigables* con las personas mayores que estén en sintonía con el proceso de envejecimiento en cuanto a estructuras y servicios, a fin de que lleven su vida de manera accesible con su propia condición fisiológica y social.
- La *atención de personas mayores con envejecimiento patológico*, la cual se acompaña de una diversidad de patologías crónicas y síndromes geriátricos como la inmovilidad, la incontinencia urinaria, las lesiones de la piel, el deterioro cognitivo y las caídas, entre los más frecuentes.

Lo anterior lleva a las personas mayores al confinamiento social, aunado a la depresión, el abatimiento funcional, la dependencia y la fragilidad.

En este sentido, la atención de la salud socioemocional es un factor clave para la calidad de vida de las personas mayores, por su trascendencia para la socialización y el establecimiento de redes de apoyo y vínculos entre sus congéneres, familiares y la sociedad misma; por ello, es fundamental ser parte de una red social significativa para la longevidad.

Con la creación de *ciudades amigables* con el envejecimiento, se promueve la participación de las comunidades para realizar cambios acordes a las necesidades de este grupo poblacional, se protege la salud funcional al reducir los índices de enfermedades que favorecen la dependencia, se promueve la integración en los diferentes ámbitos de la sociedad y se mejoran los niveles de bienestar en este grupo etario.<sup>2,5</sup>

Los antecedentes sobre ciudades amigables para las personas mayores hacen referencia a la Primera Asamblea Mundial de Envejecimiento de Naciones Unidas (1982), en la cual se desarrolló el plan de acción internacional de Viena sobre envejecimiento. Asimismo, en la 52ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra (1999), se dio a conocer el concepto de *envejecimiento activo*. En la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Madrid (2002), se pronunció el Plan Madrid con la creación de entornos propicios y favorables para las personas mayores.<sup>6,7</sup> En el XVIII Congreso Mundial sobre Gerontología en Brasil (2005), surgió el movimiento de amigabilidad con las personas mayores promovido por la OMS, denominado *Age-friendly Cities*.<sup>8</sup> Posteriormente en Ginebra (2007), se desarrollaron los indicadores amigables con la edad y se preparó la Guía de la ciudad amigable con la edad.

A partir de estas iniciativas se tuvo la visión de contribuir para buscar un mejor lugar para envejecer dignamente y con calidad. Se constituyó la red mundial de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Por su parte, la OMS dio a conocer (2015) el informe sobre envejecimiento y salud con las recomendaciones para la formulación de políticas públicas de las poblaciones que envejecen.<sup>9,10</sup> Asimismo, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la década del envejecimiento saludable y como una acción global orientada a mejorar la vida de las personas mayores, de sus familias y de sus comunidades. Los objetivos de las ciudades amigables incluyen aspectos relacionados

con los espacios al aire libre y la accesibilidad a espacios públicos, el transporte, la vivienda, la comunicación e información, y la participación ciudadana.<sup>9</sup>

### *Espacios al aire libre y la accesibilidad a espacios públicos*

Los problemas de movilidad son más comunes en las personas mayores. Los desplazamientos son más difíciles y complicados por el uso de bastones, sillas de ruedas, andaderas o por las características propias de la marcha (al caminar), lo que implica la planificación de lugares y servicios con un rediseño de urbanización necesarios para la vida cotidiana, por ejemplo: las viviendas, los comercios, los espacios públicos y los parques, para los que se deben considerar bancas para sentarse y descansar,<sup>10</sup> aceras amplias, limpias, sin obstáculos y bien iluminadas, así como la inversión en la pavimentación de las calles.<sup>11,12</sup>

Se recomienda que los lugares públicos en general tengan la menor presencia posible de barreras arquitectónicas, con espacio libre de circulación, reservas de espacio que permitan la deambulación, vanos de paso y puertas con dimensiones de ancho y alto mínimos de acuerdo con su función, puertas automáticas, batientes y de vidrio con requisitos de seguridad en su diseño y funcionamiento, además de la incorporación de avisos o señalización visual, acústica, luminosa o táctil.<sup>13</sup> Entre otras recomendaciones para los espacios públicos, está el contar con escaleras eléctricas, rampas mecánicas, bandas rodantes o elevadores con ancho mínimo de libre paso, y hay que tener especial cuidado con las pendientes, la velocidad, la coordinación entre el movimiento y la plataforma; asimismo, contar con pasamanos que al mismo tiempo ofrezcan una alternativa de uso. En el caso de los restaurantes y tiendas de autoservicio, hay que considerar poner letras más grandes en las cartas de los menús y en los folletos que proporcionan.<sup>14</sup>

En cuanto a la práctica del deporte de las personas mayores, se deben gestionar los espacios que fomenten el mantenimiento de la capacidad funcional, cognitiva y psicoafectiva, además de espacios al aire libre y con áreas verdes que favorezcan el bienestar emocional. Dichas condiciones son factores protectores ante el desarrollo del deterioro cognitivo, dado que reducen el estrés, mejoran el bienestar físico, psicológico y social. Lo anterior promueve la cohesión social y contrarresta el aislamiento, el confinamiento social y la presencia de síntomas de depresión.<sup>15</sup>

En las calles se debe evitar poner alcantarillas con rejillas amplias que puedan provocar accidentes o complicar la deambulación con el uso de bastones, muletas o sillas de ruedas, de modo que se eviten las caídas de las personas mayores en la vía y los lugares públicos; con ello, se favorece su independencia, autonomía y calidad de vida cuando salgan de casa.<sup>9,16</sup>

### *Transporte público<sup>17</sup>*

Se plantean algunas recomendaciones necesarias para las personas mayores, por ejemplo: la omisión de pago, la promoción de leyes de convivencia vial y del transporte en las que haya asientos exclusivos y estos sean utilizados solo por aquellos para quienes fueron destinados, la sensibilización de los pasajeros para que cedan los asientos, el prolongamiento de los tiempos del semáforo, la adecuación de los sitios de ascenso y descenso de pasajeros con asientos, la ampliación de las rutas y los tiempos entre terminales de salida y de llegada del transporte, la adaptación del interior de los medios de transporte para el fácil acceso de las personas mayores que usan auxiliares para la movilidad como sillas de ruedas, andaderas y bastón, la inversión en la modernización de autobuses con rampas y la modificación de la señalética visual con letras grandes y la señalética auditiva entre estaciones, además de contar con personal (conductores) con disposición y sensibilidad al conducir.

### *Vivienda<sup>17</sup>*

Para las personas mayores la casa en donde habitan es el lugar en donde les gustaría que llegara la muerte; de hecho, las personas que viven en sus domicilios tienen una vida más larga y con mayor bienestar. Por lo tanto, se recomienda la implementación de la domótica, entendida esta como la gestión inteligente de todos los aspectos relacionados con la seguridad, el bienestar y el confort de las viviendas, con la finalidad de hacer que la vida cotidiana sea más cómoda y segura para este grupo etario.

Se especifican algunas características para el interior de la vivienda: el piso debe ser antideslizante, duro, compacto, homogéneo, perdurable y no producir deslumbramiento, es decir, se deben evitar pisos con irregularidades, escalones, salientes, alfombras y tapetes. Con la finalidad de evitar caídas, sobre todo por las noches, se debe procurar que la casa cuente con luz natural o que tenga adecuada luz artificial en las habitaciones; asimismo, se debe evitar colocar lámparas en las mesas de noche y tapetes.

Para mejorar la calidad del sueño, hay que evitar el uso de televisiones, radios, grabadoras y relojes.

Para reducir el riesgo de caídas cuando se estén bañando, se deberán adaptar los baños con puertas correderas, evitar cerraduras y trabas interiores para facilitar la entrada o salida, así como el uso de tapetes y escalones; también se recomienda sustituir la tina de baño con la ducha, con el piso al ras del suelo y también hay que colocar barras de apoyo y soportes. Es conveniente instalar inodoros elevados y soportes laterales para facilitar la movilidad y seguridad. De acuerdo con la situación, se deberá adecuar la altura de los lavabos con grifos de palanca en lugar de giratorios, los cuales serán de gran ayuda para las personas con problemas articulares.

Las recomendaciones anteriores favorecen la independencia de las personas mayores, o bien son de gran apoyo para los cuidadores primarios en caso de que haya algún tipo de dependencia.

### Comunicación e información<sup>17</sup>

Con la finalidad de abatir la vulnerabilidad de las personas mayores por razones de la edad y la generación de nuevas tecnologías, se requieren estrategias que permitan la rehabilitación de estas personas con la utilización de teléfono celular y aparatos móviles, control remoto para la televisión y auxiliares auditivos, entre otros dispositivos derivados de la tecnología. Con el uso del internet y las nuevas tecnologías se abate la soledad no deseada y el aislamiento, lo que genera un mejor estado de ánimo en las personas mayores.

Por otra parte, la inteligencia artificial (IA) es una alternativa útil para informar a las personas mayores sobre su estado de salud o de enfermedad y predecir la progresión de enfermedades relacionadas con la edad; asimismo, para conocer las necesidades de este grupo de población que sustente la formulación de políticas públicas respecto al financiamiento de dispositivos digitales. Al mismo

tiempo, se debería hacer un llamado a las empresas para que tomen en cuenta a las personas mayores en el diseño de sus productos. Por ello, es necesario que los dispositivos digitales sean accesibles económicamente y que el personal de salud valore el estado de salud y cognitivo de las personas mayores para apoyar en su cuidado.

### Participación ciudadana<sup>17</sup>

La creación de entornos sociales vitales les permite a las personas mayores contribuir con la sociedad, dado que al participar en la vida social y comunitaria se promueve el envejecimiento saludable. Cuando se incorpora a las personas mayores en las decisiones de la familia, la salud y la comunidad, se promueve una visión de comunidad intergeneracional en la que se valora la contribución, la experiencia y la sabiduría de las personas mayores. En esa lógica, se promueve la interacción y la participación social de las personas mayores en los programas de amigabilidad, como personas ciudadanas, y no como personas pasivas o dependientes.<sup>11</sup> Con los programas de amigabilidad se logra que las comunidades se transformen en el principal agente de cambio, con una mirada sensible hacia el envejecimiento, en donde las brechas intergeneracionales signifiquen una posibilidad de intercambio recíproco de saberes, experiencias y vivencias entre personas.<sup>9</sup>

El gran reto es la transición de las ciudades hacia la constitución de ciudades amigables con las personas mayores, ya que con base en lo expuesto, se requiere no solo de la voluntad política para transformar la estructura de los espacios públicos bajo los criterios de accesibilidad universal; también se requiere sensibilidad y comprensión ciudadana para la creación de una cultura social del envejecimiento. Es posible imaginar una sociedad inclusiva en la que se promueva el envejecimiento activo y saludable como un indicador indispensable de la calidad de vida desde edades tempranas, así como el reconocimiento del valor de cada persona con independencia de su edad y condición social.

## Referencias

1. Moreu-Carbonell E. Envejecimiento activo, tecnología y salud: un desafío para las políticas públicas. *Monografías de la Revista Aragonesa de Administración Pública*. 2024;25: 265-97.
2. Martínez L. Ciudades amigables con las personas adultas mayores. *Estudios de viabilidad del municipio de Puebla, México*. 2024; 13(26):111-34.
3. Arias M. Amador J. Mendez J. Envejecimiento en México: desafíos actuales y futuros para el alcance de los ODS desde la perspectiva de trabajo social. *Rev ACANITS*. 2024;3(4):134-67.
4. Yáñez R. Cartas al editor. Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores, un reto para promover el envejecimiento. *Rev Med Chile*. 2022;150:836-42.
5. Guajardo A, Torres H. Revisión Narrativa. Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores en América Latina: Recomendaciones para Chile. 12 de octubre de 2007.
6. Rosales C. Lorenzo M. Ríos M, et al. Envejecimiento saludable:

- determinantes de la capacidad restauradora en los espacios públicos urbanos. *Aposta*. 2024;101:111-23.
7. Del Barrio E, Marsillas S, Sancho M. Del envejecimiento activo a la ciudadanía activa: el papel de la amigabilidad. 2018;47(1):37-44.
  8. Liebrecht D, Krupp A, Bunch J, et al. Rural age-friendly ecosystems for older adults: an international scoping review with recommendations to support age-friendly communities. *Health Sci Rep*. 2023;6:e1241. doi: 10.1002/hsr2.1241
  9. Guillemot JR, Warner ME. Age-Friendly Cities in Latin America: A Human Ecological Framework. *Geriatrics (Basel)*. 2023;8(3):46. doi: 10.3390/geriatrics8030046
  10. Woolrych E, Sixsmith J, Duuvuru J, et al. Cross-national perspectives on aging and place: implications for age-friendly cities and communities. *The Gerontologist*. 2022;62(1):119-29.
  11. Díaz-Roman C, Muñoz de Dios MD, Sampedro-Palacios CB, et al. Ciudades amigables: políticas de accesibilidad como garantía de inclusión de las personas mayores Chile. 12 de octubre de 2007. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/164772/PT1.75Ciudades%20amigables.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  12. Lebrusán-Murillo I. La vivienda en la vejez: problemas y estrategias para envejecer en sociedad (tesis de doctorado). Madrid: Universidad Complutense; 2017. Disponible en: <https://docta.ucm.es/entities/publication/68ea77ad-31a2-4815-a739-8295f98c32c7>
  13. Norma Técnica Ecuatoriana INEN2849-1. Accesibilidad universal y diseño para todos. Parte 1: criterios DALCO para facilitar la accesibilidad al entorno. Ecuador; 2015. Disponible en: [https://www.riadis.org/wp-content/uploads/2020/10/norma\\_inen\\_2849\\_2\\_sistema\\_gestion\\_accesibilidad.pdf](https://www.riadis.org/wp-content/uploads/2020/10/norma_inen_2849_2_sistema_gestion_accesibilidad.pdf)
  14. González S, Cristián M. Las ciudades amigables con la tercera edad van en aumento. 25 de Octubre de 2010. Disponible en: <http://wdg.biblio.udg.mx:2048/login?url=https://www.proquest.com/newspapers/lasciudades-amigables-con-la-tercera-edad-van-en/docview/759716472/se-2?accountid=28915>
  15. Cano D, Sánchez D. Espacio público y sus implicaciones en el envejecimiento activo en el lugar. *Cuadernos de Arquitectura y Asuntos Urbanos*. 2019;09(9):33-44.
  16. Lorenzana de la Puente F, Mateos-Ascacibar F (coords). Los retos de Europa en el Siglo XXI: Jornadas de historia en Llerena; 2023. Llerena: Sociedad Extremeña de Historia; 20, 21 y 23 de octubre del 2023.
  17. Organización Mundial de la Salud. Victoria, Age-Friendly World. Ginebra, Suiza: OMS; [sin fecha de publicación]. Disponible en: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/victoria/>
- 
- .....  
Cómo citar este artículo/To reference this article:  
Cárdenas-Contreras A. Ciudades amigables: una posibilidad de transformar la mirada y la sensibilidad ciudadana hacia el envejecimiento. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(2):e1516. doi: 10.5281/zenodo.15091634

Adriana Mayela Cárdenas-Cortés<sup>1a</sup>, Roxana Martínez-Cervantes<sup>1b</sup>, José Luis Hernández-Torres<sup>1c</sup>, Nancy Rodríguez-Vázquez<sup>1d</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Enfermería Unidad Laguna. Torreón, Coahuila, México

Aprobación del proyecto No. 2024/FAENUT/001. Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería Unidad Laguna de la Universidad Autónoma de Coahuila, México

Doi: 10.5281/zenodo.15091649

#### ORCID

0000-0002-1410-8069<sup>a</sup>

0000-0002-0955-3395<sup>b</sup>

0000-0003-3742-2875<sup>c</sup>

0000-0001-5263-3684<sup>d</sup>

#### Palabras clave:

Autoritarismo

Sexismo

Xenofobia

Violencia

Adolescente

#### Keywords:

Authoritarianism

Sexism

Xenophobia

Violence

Adolescent

#### Correspondencia:

Adriana Mayela Cárdenas Cortés

#### Correos electrónicos:

cardenas-a@uadec.edu.mx

maestria-enfermeria@

hotmail.com

#### Fecha de recepción:

25/06/2024

#### Fecha de aceptación:

11/12/2024

## Resumen

**Introducción:** en personas menores de 18 años el término *actitud autoritaria* está asociado con las creencias y los valores sobre la violencia, y se manifiesta en formas distintas de discriminación: sexismo, rechazo a la inmigración (xenofobia) y justificación de la violencia. La violencia en adolescentes representa un problema de salud pública a nivel mundial debido a las consecuencias físicas y emocionales que conlleva.

**Objetivo:** identificar actitudes sexistas, xenófobas y de justificación de la violencia en adolescentes escolarizados de secundaria de la ciudad de Torreón, Coahuila, México.

**Metodología:** estudio descriptivo y transversal en una muestra aleatoria de 691 adolescentes escolarizados, quienes se autoadministraron previo asentimiento y consentimiento informado el Cuestionario de actitud autoritaria ( $\alpha = 0.7$ ). Para el análisis fueron incluidos 537 cuestionarios. El plan de análisis con estadística descriptiva se realizó en el programa SPSS, versión 25.

**Resultados:** de 537 participantes, la mayoría fueron mujeres (52.9%) y el promedio de edad fue de  $13 \pm 0.87$  años. Con mayor frecuencia se encontraron actitudes autoritarias en las dimensiones de xenofobia: *Los inmigrantes deberían volver a su país tras un tiempo* (media = 2.89, desviación estándar [DE] = 3.09) y *La inmigración te preocupa* (media 2.18, DE 2.99); y, sobre justificación de la violencia: *Pelearse de vez en cuando es normal* (media 2.27, DE 3.03).

**Conclusión:** es necesario visualizar actitudes de autoritarismo desde los niveles básicos de educación a fin de transformar social y éticamente las actitudes hacia la violencia en edades tempranas.

## Abstract

**Introduction:** In people under 18 years of age, the term *authoritarian attitude* is associated with beliefs and values about violence, manifesting itself in different forms of discrimination: sexism, rejection of immigration (xenophobia) and justification of violence. Violence in adolescents represents a public health problem worldwide due to the physical and emotional consequences it entails.

**Objective:** To identify sexist, xenophobic and violence-justifying attitudes in secondary school adolescents in the city of Torreon, Coahuila, Mexico.

**Methodology:** Cross-sectional descriptive study in a random sample of 691 school-aged adolescents, who self-administered with prior assent and informed consent the Authoritarian Attitude Questionnaire ( $\alpha = 0.7$ ). For the analysis, 537 questionnaires were included. The analysis plan with descriptive statistics was carried out in SPSS software, version 25.

**Results:** Out of 537 participants, the majority were women (52.9%) and the average age was  $13 \pm 0.87$  years. Authoritarian attitudes were found most frequently in the dimensions of xenophobia: *Immigrants should return to their country after a while* (mean 2.89, standard deviation [SD] 3.09) and *Immigration worries you* (mean 2.18, SD 2.99); and, regarding justification of violence: *Fighting from time to time is normal* (mean 2.27, SD 3.03).

**Conclusion:** It is necessary to visualize attitudes of authoritarianism from the basic levels of education in order to socially and ethically transform attitudes towards violence at an early age.

## Introducción

La *actitud autoritaria* se define como el grado en que están presentes sentimientos, pensamientos y comportamientos para ejercer violencia y discriminación de una persona a otra (u otras personas) a quien(es) percibe como diferente(s) o inferior(es).<sup>1,2</sup> Generalmente, una actitud autoritaria está condicionada por rasgos personales, o bien influenciada ocasional o permanentemente por el entorno.<sup>3</sup> La base de una actitud autoritaria está constituida por la suma de creencias relacionadas con la desigualdad y la justificación de la violencia, y se expresa por medio de discriminación y el acto de violencia en sí mismo. En personas menores de 18 años el término de actitud autoritaria está asociado con las creencias y valores relacionados con la violencia, y se manifiesta en formas distintas de discriminación: sexismo o rechazo a la inmigración (xenofobia), así como en la justificación de violencia entre pares.<sup>2</sup>

Las sociedades autoritarias suelen reforzar los roles relacionados con el género y esto ha contribuido a perpetuar la violencia. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la violencia es cualquier acto u omisión intencional de una persona, familia o comunidad sobre otra, que causa daño físico, psicológico, problemas de desarrollo o muerte, y que generalmente está basada en el sexo o en el género.<sup>4</sup> En México la violencia se presenta en distintas edades, entornos, situaciones y formas. Son comunes algunas formas de violencia en el periodo de la adolescencia y en entornos educativos.<sup>5</sup> La construcción social de la violencia en adolescentes resulta de la interacción de múltiples factores: modelos de conducta familiar predisponentes, necesidad de pertenencia a grupos, imitación de conductas percibidas como dominantes o de moda, acoso escolar o *bullying*, normalización o justificación de la violencia y estereotipos de género.<sup>6</sup> Por lo tanto, el estudio de los factores personales y las características psicosociales de la violencia en el grupo de población adolescente tiene vital importancia, ya que están en un periodo de comienzo de identificación y aprendizaje de valores que prevalecerán a lo largo de la vida.

En congruencia la *Norma Oficial Mexicana (NOM) NOM-047-SSA2-2015*, que establece criterios de atención a la salud del grupo de adolescentes, señala que se deben aplicar acciones de información, comunicación, educación, prevención y promoción de la salud con énfasis en la violencia y sus tipos, además de que se deben identificar las causas y los espacios en donde esta ocurre.<sup>7</sup> En este sentido, el Fondo de las Naciones Unidas para la

Infancia en México señala que, en el entorno escolar y en la vía pública se han contabilizado 8 de cada 10 agresiones particularmente en edades entre 15 y 19 años, y también que se ha presentado una mayor vulnerabilidad ante la violencia de tipo sexual.<sup>8</sup>

Al respecto, el Instituto Nacional de las Mujeres describe que la violencia sexual es cualquier acto u omisión de carácter sexual; abarca los comentarios o insinuaciones sexuales no consensuados de una persona por imposición de otra, independientemente de la relación personal o ámbito.<sup>9</sup> En México, el estudio de la violencia sexual es relevante debido a que existe un vínculo entre el maltrato sexual y el embarazo en niñas y adolescentes. Se ha reportado en la Encuesta Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes que una de cada 4 adolescentes ha tenido un hijo o hija y que está casada o vive en pareja con un hombre mayor; entre las niñas de 10 u 11 años la proporción es de 31% y entre las de 12 a 14 años es de 19%.<sup>10</sup>

Otro de los tipos de violencia que se relaciona además con la violencia de tipo sexual es la violencia de género, que ha sido clasificada como una epidemia en la que los actos resultantes tienen como manifestación un daño psicológico, físico, sexual y social generalmente a la mujer con repercusiones personales y de salud que ponen en riesgo su integridad y su vida; está ejercida principalmente por la pareja sentimental de la víctima. La OMS señala que en el mundo una de cada 3 mujeres ha sufrido algún acto de violencia física o sexual por parte de la pareja o terceras personas y ha evidenciado que el 38% de los asesinatos en este grupo ha tenido como responsable a la pareja masculina.<sup>4</sup>

En México, la Subdirección de Componentes Estratégicos de la Adolescencia, mediante el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, señaló en 2017 que más del 40% de las mujeres sufren de violencia física por parte de sus cónyuges; asimismo, que más del 39% son obligadas a tener relaciones sexuales, lo cual evidencia que una de cada 3 mujeres ha sido violentada por su pareja en algún momento de su vida. Además, refiere que la violencia está asociada a la falta de apoyo social y de recursos económicos de la familia y que la mayoría de los miembros en el hogar padecen o han padecido violencia emocional mediante la intimidación, violencia física y sexual, esta última con mayor incidencia en niños, niñas, mujeres adultas y adolescentes entre los 12 y 15 años. Se señala la región noreste como aquella que incluye las ciudades más violentas en el país con homicidios, explotación sexual y crímenes relacionados con el género (femicidios) entre la población de 15 y 17 años.<sup>11</sup>

En relación con esto último, los hombres con bajo nivel de escolaridad que han percibido situaciones de violencia de género en entornos cercanos o ejercidos dentro de sus hogares y que han estado expuestos a malos tratos durante la infancia o al abuso de sustancias nocivas son más propensos a ejercer violencia. Esto es similar al caso de las mujeres que con menor nivel educativo y exposición familiar a actos violentos tienen mayor riesgo de ser víctimas en algún momento de sus vidas. En ambos casos la subordinación de la mujer, las normas sociales respecto al género y la creencia de superioridad masculina han sido factores desencadenantes de agresión y victimización hacia la mujer.<sup>4</sup>

Estas prácticas de violencia son el resultado de la suma de factores de inequidad y desigualdad entre hombres y mujeres. El *sexismo* es una forma de discriminación que se manifiesta por actitudes y comportamientos hostiles y benévolos hacia el sexo y los roles de género, como, por ejemplo, que la mujer representa debilidad y fragilidad, o que el hombre es fuerte y dominante. Se trata de creencias que se han alimentado por una serie de mitos y tabúes que se promueven en la familia o en entornos cercanos a esta y que se perpetúan por medio de las distintas culturas y generaciones.<sup>12</sup>

Aunque en México la violencia se vive y se expresa mayormente por las mujeres, un estudio llevado a cabo en 2020 en población joven por Muñoz *et al.*, además de evidenciar manifestaciones de sexismo hostil y benevolente hacia las mujeres, reportó manifestaciones de sexismo benevolente hacia los hombres.<sup>13</sup> Otra investigación realizada por Ocampo en 2015 identificó que las y los adolescentes mexicanos poseen actitudes negativas en relación con la igualdad de género y el sexismo; en hombres por coerción o abuso físico, mientras que en mujeres por características del rol y humillación.<sup>14</sup>

Por otra parte, la xenofobia representa otra práctica de violencia enmarcada por diferencias de raza y grupo étnico relacionadas con el bienestar de la salud y las garantías individuales de mujeres y hombres. Aunque este concepto se refiere principalmente al miedo o fobia a lo extranjero, también se utiliza como forma de discriminación a diferentes grupos cuya identidad se desconoce, por lo que es una de las maneras más comunes el racismo y el desprecio por la condición social de personas extranjeras, en específico hacia los migrantes.<sup>15</sup>

Al respecto, Arlanzón *et al.* señalaron en 2020 que las conductas de violencia aumentan conforme a la edad y el sexo, y también conforme a la percepción de desigualdad

relacionada con la nacionalidad. Refirieron que las personas inmigrantes se encuentran involucradas como agresoras en mayor frecuencia, mientras que los sujetos de otras nacionalidades se ven implicados como víctimas, y es el insulto racista el tipo de agresión que más se presenta.<sup>16</sup>

Por lo anterior, se planteó responder a la pregunta *¿cuáles son las formas de expresión de actitud autoritaria en adolescentes escolarizados de secundaria?* con el objetivo de identificar las actitudes sexistas, xenófobas y de justificación de la violencia en adolescentes escolarizados de secundaria de la ciudad de Torreón, Coahuila.

## Metodología

Mediante un diseño transversal y descriptivo de una población de 721 adolescentes escolarizados de nivel secundaria inscritos en una escuela pública de la ciudad de Torreón Coahuila, se seleccionaron aleatoriamente 691 estudiantes incluidos en las listas de asistencia utilizadas como marco muestral. El cálculo de la muestra se efectuó para estimar una proporción con un nivel de confianza del 99%, una precisión del 1% y un valor de  $p = 0.5$ , por lo cual se calculó una  $n = 587$ . Se ajustó el tamaño muestral en una proporción esperada de pérdidas del 15% ( $n = 691$ ).<sup>17</sup> Se incluyó la participación del alumnado en edades de 12 a 16 años, de sexo y grado escolar indistinto, quienes aprobaron su participación por escrito y entregaron el formato de consentimiento informado firmado por sus padres o tutores. Fueron excluidos del análisis los adolescentes que interrumpieron voluntariamente su participación y no completaron el llenado de la escala.

Los participantes se autoadministraron una cédula de identificación que incluyó datos sociodemográficos como edad, sexo y grado académico y el Cuestionario de actitud autoritaria propuesto en 2012 por Carrión-María *et al.* ( $\alpha = 0.7$ ). Dicho cuestionario contiene 11 ítems en escala ordinal con puntuación de 0 a 9, donde 0 es *nada de acuerdo* y 9 es *totalmente de acuerdo*. El Cuestionario de actitud autoritaria discrimina actitudes sexistas (ítems 2, 3, 4 y 5), xenófobas (ítems 1, 6, 10 y 11) y de justificación de la violencia (ítems 7, 8 y 9); medias más altas determinan una mayor actitud autoritaria.<sup>2</sup>

El total de los grupos de primero a tercer año se organizaron alfabéticamente de la A a la F. Se utilizaron las aulas como espacios físicos para que se autoadministrara la cédula y el cuestionario. Cabe señalar que los instrumentos se aplicaron al total del alumnado del turno matutino. Cada cuestionario contó con un número de folio

que sirvió para incluir en el análisis estadístico los que fueron seleccionados para incluirse en la muestra, lo anterior para evitar conflictos éticos.

El protocolo de investigación se sometió a la evaluación y aprobación por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Unidad Laguna de la Universidad Autónoma de Coahuila en cumplimiento con los principios bioéticos fundamentados en el Informe de Belmont y con apego a las disposiciones éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Esta investigación se clasificó como sin riesgo.<sup>18</sup> La aleatorización de la muestra y el análisis estadístico se realizaron en el programa SPSS, versión 25, y se obtuvo estadística descriptiva: frecuencias y proporciones, valores promedio y de desviación estándar [DE].<sup>2,19</sup>

## Resultados

De un total de 691 cuestionarios autoadministrados, para el análisis se incluyó un total de  $n = 537$  y se excluyeron  $n = 154$  cuestionarios de adolescentes que interrumpieron voluntariamente su participación y no completaron el llenado de la escala.

La mayoría de los respondientes fueron mujeres (52.9%) y el promedio de edad fue de 13.0 años (DE = 0.87). La mayor participación (40.4%) fue de los adolescentes de primer año de secundaria (cuadro I).

En cuanto a las expresiones de actitud autoritaria, en el cuadro II se muestran las puntuaciones más altas con

respecto al valor de la media, hacia el rechazo a la inmigración (actitudes xenófobas): “Los inmigrantes deberían volver a su país tras un tiempo” (media 2.89, DE 3.09) y “La inmigración te preocupa” (media 2.18, DE 2.99), así como para la justificación de la violencia: “Pelearse de vez en cuando es normal” (media 2.27, DE 3.03).

**Cuadro II Expresiones de actitud autoritaria de las y los adolescentes escolarizados**

Ítem	Media	DE
1. Está justificado agredir a alguien que te ha quitado algo tuyo	1.79	2.50
2. Una relación de pareja es mejor si la mujer es sumisa	0.87	2.06
3. Un hombre debe hacer saber quién manda en casa	0.95	2.20
4. Para que la pareja funcione es mejor que el hombre gane más	1.01	2.28
5. Las mujeres son más débiles que los hombres	1.17	2.41
6. Está justificado pegar a alguien cuando te ha ofendido	1.29	2.27
7. Los inmigrantes deberían volver a su país tras un tiempo	2.89	3.09
8. Los inmigrantes son una amenaza para el futuro	0.90	2.05
9. La inmigración te preocupa	2.18	2.99
10. La violencia forma parte de la naturaleza de las personas	1.47	2.50
11. Pelearse de vez en cuando es normal	2.27	3.03

DE: desviación estándar  
Fuente: elaboración propia

**Cuadro I Datos sociodemográficos de las y los adolescentes escolarizados**

Categoría	<i>n</i>	%
Sexo		
Hombre	253	47.1
Mujer	284	52.9
Edad		
12	178	33.1
13	204	38.0
14	131	24.4
15	23	4.3
16	1	0.2
Escolaridad (año de secundaria)		
1	217	40.4
2	212	39.5
3	108	20.1

Fuente: elaboración propia

## Discusión

De manera similar a lo reportado por Muñoz *et al.* en 2020, los y las adolescentes incluidos en este estudio evidenciaron actitudes sexistas, por lo que es necesario identificar las causas de origen, si en la familia existe réplica de expresiones o comportamientos de desvalorización o subordinación de la mujer y observar las consecuencias en edades tempranas; asimismo, hay que promocionar en las escuelas una vida libre de violencia que involucre a la familia y a las y los estudiantes, a fin de crear nuevos pensamientos y expresiones positivas con enfoque de género.<sup>13</sup>

Igualmente, los resultados exponen semejanza con lo evidenciado en 2020 por Arlanzón *et al.*, para quienes la percepción de desigualdad ante la inmigración está presente entre los grupos de edad adolescente, por lo que desde una perspectiva pública es preciso atender los niveles

básicos a fin de transformar social y éticamente las actitudes de iniquidad y desigualdad, por medio de la elaboración de programas de prevención e intervenciones eficaces, con la colaboración de los docentes en el abordaje profundo de esta problemática dentro de los contenidos de aprendizaje.<sup>16</sup>

Finalmente, la categoría de justificación de la violencia fue la más preocupante desde el punto de vista de daños a la salud física, mental y social en este grupo, dado que se encontraron actitudes totales de acuerdo y de indiferencia, lo cual es equivalente con lo establecido en 2015 por Ocampo, quien en una muestra de adolescentes mexicanas y mexicanos reportó actitudes negativas frente a la igualdad de género, así como coerción, humillación y abuso físico, por lo que se propuso complementar el estudio con la correlación de otros factores o determinantes de riesgo, como la dinámica familiar, roles de género, edad, estatus socioeconómico y años de instrucción, entre otras.<sup>14</sup>

## Referencias

1. Secord P, Backman C. *Social Psychology*. Segunda edición. New York: McGraw-Hill; 1974.
2. Carrión-María M, López-Espín J, Gascón-Cánovas J, et al. Validez y fiabilidad de un cuestionario abreviado para medir actitud autoritaria en adolescentes. *Anales de Psicología*. 2012;28(1):188-95. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723161021>
3. Guzmán J. Authoritarian mind, punitive attitudes and criminal thinking: an outline. *Política criminal*. 2019;14(27):606-35. doi: 10.4067/S0718-33992019000100606
4. Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer*. Ginebra, Suiza: OMS; 8 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Las Naciones Unidas y los derechos humanos*. UNICEF [sin fecha ni lugar de publicación]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/onu-derechos-humanos>
6. Penalva-López A, Villegas-Morcillo A. Factores asociados con la violencia escolar. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*. SOCOTAM. 2017;27(1):191-210. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/654/65456040011/html/>
7. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. México: Diario Oficial de la Federación; 12 de agosto de 2015. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0)
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Protección contra la violencia*. México: UNICEF; Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/proteccion-contrala-violencia>
9. Instituto Nacional de las Mujeres. *Glosario para la igualdad*. México: INMUJERES; 2007. disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100904.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf)
10. *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. México: ENAPEA; 2015. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)
11. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. *Plan Nacional para la Prevención del Maltrato y la Violencia en Niñas, Niños y Adolescentes*. México: CENSIA; 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/documentos/compendio-para-la-prevencion-de-violencia-en-la-adolescencia>
12. Bonilla-Algovia E, Rivas-Rivero E. Validez de la versión reducida de la escala de sexismo ambivalente en El Salvador y México. *Revista Mexicana de Psicología*. 2020;37(2):92-103. Disponible en: [https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/59046/validez\\_bonilla\\_RMP\\_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/59046/validez_bonilla_RMP_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
13. Muñoz-Ponce NN, Espinobarros-Nava F, Romero-Méndez CA, et al. Sexismo, celos y aceptación de violencia. *Katharsis*. 2020(29): 15-31. doi: 10.25057/25005731.1284
14. Ocampo-Álvarez NJ. *Actitudes de género y violencia en el noviazgo de adolescentes y jóvenes mexicanos escolarizados*. Oviedo, Asturias: Repositorio Institucional de la Universidad de Oviedo; publicado en diciembre de 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10651/34531>
15. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Salud y ausencia de discriminación*. OMS/OPS; 2003. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Conferencia%20Mundial%20contra%20el%20racismo%20la%20discriminacion%20racial%20la%20xenofobia.pdf>
16. Arlanzón Porro F, Cervelló Gimeno E, Montero C. *Factores per-*

## Conclusiones

Si bien el estudio de actitud autoritaria no prueba que las y los estudiantes experimenten de forma tangente actos de violencia, se reconoce que sociedades autoritarias constituyen un factor hacia la perpetuación de la violencia. Por ello, determinar las actitudes de sexismo, xenofobia y justificación de la violencia ayuda a establecer un diagnóstico oportuno hacia la prevención de futuros comportamientos de agresión o victimización en este grupo poblacional, y por ende a la promoción de una vida sin violencia y es aquí donde la participación de la enfermería comunitaria es pieza clave para el éxito de programas y estrategias con enfoques preventivos de violencia.

## Agradecimientos

Agradecemos a los y las participantes, padres y tutores, al director y personal docente del plantel educativo por las facilidades para la recolecta de datos.

- sonales y sociales relacionados con las conductas de bullying en estudiantes adolescentes: el papel de la resiliencia y el soporte de autonomía del profesor en las clases de educación física. Alicante, España: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2020. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5843/1/Arlanzón%20Porro%2C%20Fernando.pdf>
17. García-García J, Reding-Bernal A, López-Alvarenga J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*. 2013;2(8):217-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-pdf-S2007505713727157>
18. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: México: Diario Oficial de la Federación; última reforma 2 de abril de 2014. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
19. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. Sexta edición. México: McGraw-Hill; 2014. pp. 126-68.
- 
- .....  
**Cómo citar este artículo/To reference this article:**  
Cárdenas-Cortés AM, Martínez-Cervantes R, Hernández-Torres JL, *et al.* Expresiones de actitud autoritaria en adolescentes escolarizados de secundaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(2):e1491. doi: 10.5281/zenodo.15091649

Fanny Barrios-Yáñez<sup>1a</sup>, Laura Miriam Pérez-Flores<sup>2b</sup>, Beatriz Velázquez-Castañeda<sup>1c</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 80, Departamento de Consulta Externa. Morelia, Michoacán, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 80, Coordinación Clínica de Educación e Investigación. Morelia, Michoacán, México

Número de aprobación del proyecto: R-2022-1602-040

Doi: 10.5281/zenodo.15091654

### ORCID

0009-0009-3434-6783<sup>a</sup>

0009-0009-3784-6787<sup>b</sup>

0009-0009-0449-6035<sup>c</sup>

### Palabras clave:

Dispositivos Intrauterinos  
Infección Cervicovaginal  
Mujeres Trabajadoras

### Keywords:

Intrauterine Devices  
Cervicovaginal Infections  
Women, Working

### Correspondencia:

Fanny Barrios Yáñez

**Correo electrónico:**

fannybarriosya@hotmail.com

**Fecha de recepción:**

28/08/2024

**Fecha de aceptación:**

26/12/2024

## Resumen

**Introducción:** en la actualidad es mayor el número de mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que utilizan algún método de planificación familiar como el dispositivo intrauterino (DIU), que es una alternativa reversible, de larga duración y eficaz, y que, sin embargo, no protege contra infecciones cervicovaginales.

**Objetivo:** identificar la frecuencia y etiología de las infecciones cervicovaginales en mujeres de 20 a 34 años usuarias del DIU derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del IMSS.

**Metodología:** estudio transversal retrospectivo. La información se obtuvo de 252 expedientes clínicos electrónicos de mujeres entre 20 y 34 años que utilizan el DIU como método de planificación familiar. Se identificaron sus características sociodemográficas y los síntomas y signos de infección vaginal, así como el resultado del cultivo del exudado vaginal en el sistema Pasteur.

**Resultados:** el 42.5% estaban casadas y el 41.2% trabajaban; predominó la escolaridad de bachillerato y la edad media fue de 27.63 años. La frecuencia de cervicovaginitis fue 29.4% y la etiología más común *Gardnerella vaginalis* en 9.1%.

**Conclusiones:** de los 252 expedientes revisados, se identificó que 177 usuarias del DIU no presentaron síntomas, signos o resultados del cultivo de exudado vaginal compatibles con infección cervicovaginal. La etiología más común de las infecciones cervicovaginales fue *Gardnerella vaginalis* y la frecuencia de estas fue del 29.4%.

## Abstract

**Introduction:** Currently it is greater the number of women beneficiaries from the Mexican Institute for Social Security (*Instituto Mexicano del Seguro Social*, IMSS) who use some family planning method such as the intrauterine device (IUD), which is a reversible, long-lasting and effective alternative that, however, it does not protect against cervicovaginal infections.

**Objective:** To identify the frequency and etiology of cervicovaginal infections in women aged 20 to 34 years who use IUD and are beneficiaries from the Family Medicine Unit (FMU) No. 80 of IMSS.

**Methodology:** Retrospective cross-sectional study. The information was obtained from 252 electronic clinical records of women between 20 and 34 years who use the IUD as a family planning method. Their sociodemographic characteristics, symptoms and signs of vaginal infection were identified, as well as the result of the culture of vaginal exudate in the Pasteur system.

**Results:** 42.5% were married and 41.2% worked; high school education predominated, and the average age was 27.63 years. The frequency of cervicovaginitis was 29.4% and the most common etiology was *Gardnerella vaginalis* in 9.1%.

**Conclusions:** Out of the 252 files reviewed, it was identified that 177 IUD users did not present symptoms, signs or results of vaginal exudate culture compatible with cervicovaginal infection. The most common etiology of cervicovaginal infections was *Gardnerella vaginalis* and the frequency of these was 29.4%.

## Introducción

La regulación de fertilidad beneficia a las personas y a la población, ya que protege el derecho a la vida y a la salud, apoya el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su sexualidad y reproducción, y el derecho de los hijos e hijas a nacer siendo deseados.

En la anticoncepción se emplean medicamentos, dispositivos o cirugía para prevenir el embarazo. A estos medios se les conoce como *métodos anticonceptivos* y todos ellos deben cumplir con las condiciones básicas de eficacia, seguridad, aceptabilidad, disponibilidad y reversibilidad.<sup>1</sup>

A grandes rasgos los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y definitivos, y dentro de los temporales se encuentra el dispositivo intrauterino (DIU), que es uno de los métodos más seguros y eficaces de anticoncepción.<sup>2</sup>

Según sus características, los DIU pueden ser clasificados como inertes, liberadores de cobre o liberadores de hormonas. Los inertes son considerados históricos y no se utilizan en la actualidad.<sup>3</sup> El DIU de cobre es un dispositivo de polietileno en forma de T, al cual se le agrega un filamento de cobre que envuelve los brazos y el tallo. El mecanismo anticonceptivo es la inhibición de la migración espermática, la interferencia con el desarrollo del óvulo o con la fertilización de este; se cree que todos los mecanismos influyen en cierta medida para lograr el efecto deseado. El tiempo de uso según la *Food and Drug Administration* (FDA) es por un periodo de 10 años, con una tasa de fallo en el primer año de 0.8 por 100 mujeres.<sup>4</sup> El DIU hormonal libera levonogestrel en forma diaria, lo cual produce cambios en la cantidad y viscosidad del moco cervical, e inhibe así la penetración de los espermatozoides.<sup>5</sup>

El DIU es un método eficaz en la prevención de embarazos no deseados y su uso en mujeres de edad reproductiva es frecuente; sin embargo, no confiere protección frente a infecciones de transmisión sexual y en algunos casos puede incrementar el riesgo de infecciones cervicovaginales. Según un estudio de Ramos-Burgos la etiología más frecuente en usuarias de DIU fue *Gardnerella vaginalis*, seguida de *Candida*.<sup>6</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 95% de las pacientes en edad fértil acuden a consulta ginecológica por algún tipo de infección vaginal.<sup>7</sup>

Se entiende por *cervicovaginitis infecciosa* a la inflamación de la mucosa vaginal cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (*Candida*), bacterias (vaginosis) o protozoario por *Trichomonas vaginalis*.<sup>8</sup> La vagina es un delicado ecosistema dinámico en el que interactúan varios

factores, uno de los cuales es la flora bacteriana normal que está dominada por los lactobacilos.<sup>9</sup> Sin embargo, existen factores externos que pueden alterarla y promover el crecimiento de microorganismos patógenos externos; entre estos factores se encuentra el uso del DIU.<sup>10</sup>

Actualmente el uso del DIU como método anticonceptivo entre las mujeres en edad reproductiva adscritas a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 80, ubicada en Morelia, Michoacán, México, es cada vez más frecuente, por lo que en el presente estudio se identificó la frecuencia y etiología de infecciones cervicovaginales en mujeres usuarias de DIU.

## Metodología

Estudio transversal retrospectivo mediante el cual se analizó información de la población femenina derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), adscrita a la UMF No. 80. Se obtuvo la información de 252 expedientes electrónicos de usuarias de DIU.

Se incluyeron los expedientes de pacientes del sexo femenino, con edad entre 20 y 34 años, que utilizaran DIU de cobre o liberador de levonogestrel como método de planificación familiar. No se incluyeron usuarias de DIU que utilizaran además de este otro método de planificación familiar.

Se seleccionaron los expedientes de las pacientes que durante el uso de este método presentaron signos y síntomas de infección cervicovaginal. Posteriormente se revisó el sistema de laboratorio PASTEUR de la unidad para observar el resultado de cultivo de exudado vaginal de aquellas que presentaron clínicamente cervicovaginitis.

También se registró edad, actividad laboral, número de parejas sexuales, estado civil y escolaridad.

Una vez elegidas las 252 integrantes del estudio, se procedió a organizar la información en el instrumento de recolección de datos diseñado y se aplicaron los criterios de AMSEL para identificar las que cursaron con cervicovaginitis bacteriana.

Los datos fueron organizados en el programa SPSS, versión 23, para su posterior análisis.

Para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva con frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas nominales; asimismo, para las variables cuantitativas promedio y desviación estándar. En la asociación de variables cualitativas se empleó la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada. Se consideró significación estadística para las cifras que se asociaron a un valor de  $p < 0.05$ .

Este trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS (R-2022-1602-040). Se obtuvo autorización para la excepción de consentimiento informado, debido a que el estudio no es experimental y la información se recolectó del expediente electrónico y del sistema de registro de laboratorio PASTEUR.

## Resultados

La edad promedio del total de participantes fue de 27.63 en un rango de 20 a 34 años; sin embargo, no se pudo establecer una relación entre la frecuencia de infecciones cervicovaginales con la edad de las participantes.

Del total de participantes predominó el estado civil casada en el 15.9% del grupo con infección cervicovaginal y en 26.6% en el grupo sin infección. Del grupo de mujeres sin infección, el 35.3% tenía alguna actividad laboral y el 9.9% eran estudiantes. Prevalció la escolaridad de bachillerato con el 13.1% en el grupo con infección cervicovaginal y con 29.4% en el grupo sin infección. En referencia al número de parejas sexuales, se identificó que en el grupo con infección cervicovaginal era de 1 a 2 parejas en el 15.5% y en el grupo sin infección de 3 a 4 en el 34.1% (cuadro I).

Del total de mujeres usuarias del DIU con infección cervicovaginal (75) y sin infección (177), se identificó que 154 (61.2%) utilizaba el dispositivo de cobre y 98 (38.8%) el dispositivo liberador de levonogestrel. Del grupo de mujeres con infección cervicovaginal, se presentó en 44 mujeres usuarias (58.6%) del dispositivo de cobre y en 31 usuarias (41.4%) del dispositivo liberador de levonogestrel (figura 1).

Del grupo de mujeres usuarias del dispositivo intrauterino con infecciones cervicovaginales ( $n = 75$ ), se identificó sin germen aislado al 41% de las muestras. La etiología más común fue *Gardnerella vaginalis* en 31% (figura 2).

## Discusión

En el estudio realizado por Pascual *et al.*,<sup>11</sup> en una UMF en México, los autores encontraron que en las mujeres usuarias del DIU la incidencia de infecciones cervicovaginales en los 2 meses posteriores a su colocación fue del 16% y su etiología más común fue bacteriana en 71%; en su mayoría las pacientes fueron casadas, provenientes de familias nucleares y sin actividad laboral. Lo obtenido en el presente estudio contrasta con la presencia de cervicovaginitis en al menos 3 meses posteriores al uso del DIU; en el estudio de revisión publicado por Soto en

**Cuadro I Características de las mujeres usuarias de dispositivo intrauterino derechohabientes de la UMF No. 80 ( $n = 252$ )**

Características		Infecciones cervicovaginales				Chi cuadrada	p
		Con infección ( $n = 75$ )		Sin infección ( $n = 177$ )			
		n	%	n	%		
Estado civil	Casada	40	15.9	67	26.6	9.789	0.02*
	Soltera	15	6	71	28.2		
	En unión libre	18	7	36	14.3		
	Divorciada	2	0.8	3	1.2		
Actividad laboral	Sí	15	6	89	35.3	4.099	0.129
	No	4	1.6	63	25		
	Otra (estudiante)	-	-	25	9.9		
Escolaridad	Sin estudios	-	-	1	0.4	1.316	0.859
	Primaria	1	0.4	6	2.4		
	Secundaria	22	8.7	50	19.8		
	Bachillerato	33	13.1	74	29.4		
	Licenciatura	19	7.5	46	18.3		
Parejas sexuales	De 1 a 2	39	15.5	59	23.4	9.868	0.130
	De 3 a 4	28	11.1	87	34.1		
	De 5 a 6	8	3.2	31	12.3		

\*El valor señalado resultó estadísticamente significativo

Figura 1 Tipo de dispositivo intrauterino utilizado por mujeres con y sin infección cervicovaginal (n = 252)

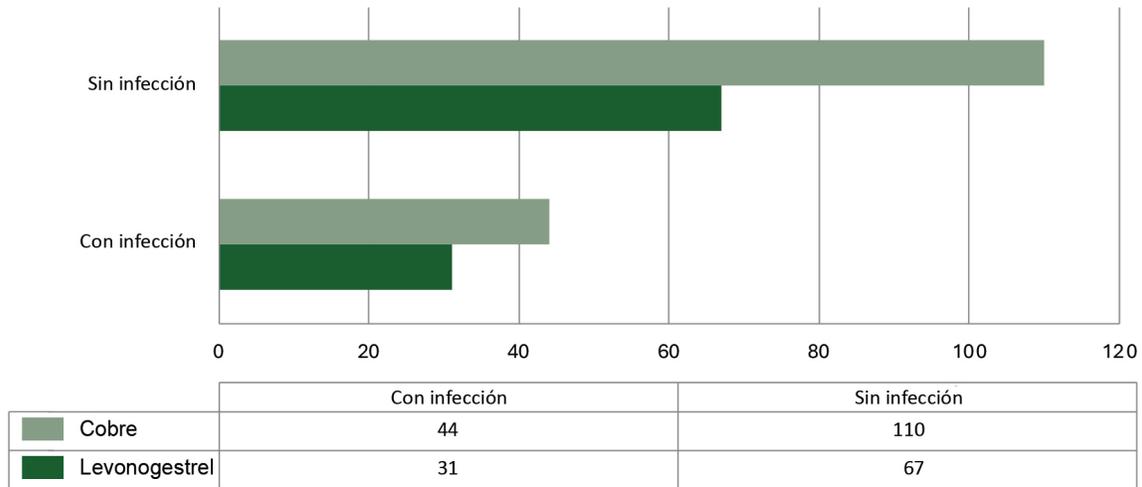
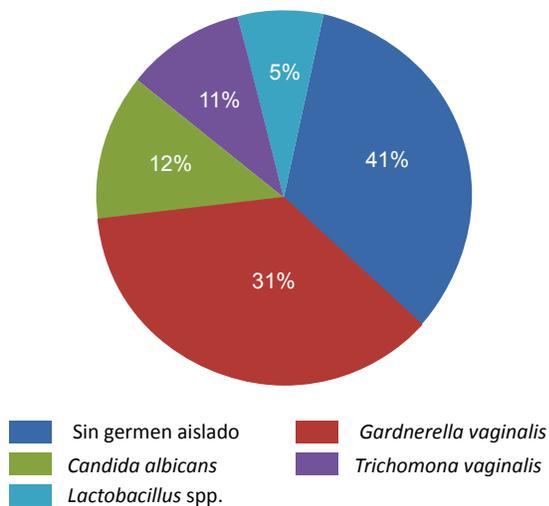


Figura 2 Etiología de las infecciones cervicovaginales en mujeres usuarias de dispositivo intrauterino (n = 75)



un hospital, el autor hace referencia a que la relación de cervicovaginitis inherentes a la inserción del DIU ocurre en los 20 días posteriores.<sup>2</sup> Asimismo, lo que refiere Pascual coincide con el presente estudio respecto a variables como el estado civil, la actividad laboral y la etiología de tipo bacteriana.

En 2017<sup>10</sup> Pineda hizo énfasis en que el uso del DIU está vinculado con la infección recurrente por *Candida*. Esto contrasta con el 12% de cervicovaginitis identificada en nuestro estudio y que en ninguna de estas pacientes se presentó recurrencia de la infección.

Según Fonseca,<sup>4</sup> el uso del DIU no incrementa el riesgo de infección cervicovaginal, lo que refuerza lo en-

contrado en el presente estudio, en el cual el 70% de las usuarias del DIU no presentó cervicovaginitis.

En el análisis de Núñez<sup>12</sup> sobre la frecuencia de infecciones cervicovaginales en mujeres que utilizaban DIU de cobre como método de planificación familiar, el autor encontró una incidencia del 71% y la etiología más común fue *Escherichia coli*, lo cual contrasta con lo encontrado en el presente estudio, en el que hubo una incidencia del 17.4% y se presentó como etiología más común la *Gardnerella vaginalis*.

En el estudio de Villarreal-Ríos<sup>13</sup> se encontró que en mujeres con infecciones cervicovaginales diagnosticadas por citología en un 5.4% utilizaban DIU de cobre o liberador de levonogestrel como método de planificación familiar, lo cual representa una frecuencia baja que coincide con los resultados de nuestro estudio.

Ramos<sup>6</sup> analizó la etiología de infecciones vaginales en mujeres usuarias de DIU y encontró que la etiología más frecuente fue *Gardnerella vaginalis* en 25.6% de los casos, seguida por *Candida* y *Trichomona*. Lo anterior confirma que los microorganismos que predominan son muy similares a lo reportado en nuestro estudio.

En el estudio realizado por Spengler,<sup>14</sup> de un total de 1118 pacientes con síntomas de cervicovaginitis, la mitad de los cultivos de exudado vaginal fueron negativos. No obstante que consideramos que una limitante del presente estudio fue la proporción de mujeres que presentaron síntomas de cervicovaginitis con solicitud de cultivo de exudado vaginal y que este fue realizado una semana después del inicio de dichos síntomas, tal vez esto impactó en el 41% reportado con resultados negativos.

En el estudio realizado por Sahagún-Cuevas *et al.*<sup>15</sup> en una unidad de primer nivel de atención, los autores reportaron que la etiología más frecuente de cervicovaginitis en mujeres de 26 a 35 años fue *Gardnerella vaginalis*. Lo anterior coincide con el rango de edad de 20 a 34 años, elegido por ser el grupo de mujeres que con mayor frecuencia utiliza el DIU como método de planificación familiar, no obstante que fue una limitante para estimar la edad como significativa en la frecuencia de infecciones cervicovaginales o la etiología predominante por rango de edad.

## Conclusiones

Cabe señalar que de los 252 expedientes revisados que cumplieron con los criterios de inclusión, se identificó que 177 (70.2%) de las mujeres usuarias del DIU no presentaron síntomas, signos o resultados del cultivo de exudado vaginal compatibles con infección cervicovaginal.

## Referencias

1. Quiñones LA, Salas-Hernández AV. Análisis y consideraciones técnicas acerca de dispositivos intrauterinos de levonogestrel para la evaluación de productos similares y genéricos. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2021;41(3):502-10.
2. Soto F, Delgado AE, Becerra M, et al. DIU en atención primaria. *Med Integral.* 2018;41(3):162-9.
3. Monterrubio C. Actualidad en dispositivos intrauterinos. *Panorama Actual Med.* 2020;44(437):1168-72.
4. Fonseca C. Dispositivos Intrauterinos en Adolescentes. *Revista Médica Sinergia.* 2017;2(4):3-7.
5. Aguilera CM. Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres. Asunción, Paraguay: Ministerio de Salud Pública y bienestar Social; abril de 2018. Disponible en: <https://www.msps.gov.py/dependencias/portal/adjunto/507cac-ManualdeNormas2018.pdf>
6. Ramos-Burgos J, Campuzano-López L, Valencia-Arredondo M, et al. Prevalencia de vaginosis bacteriana, *Actinomyces spp*, *Cándida spp*, *Trichomona vaginalis* en usuarias del dispositivo intrauterino (DIU) Medellín Colombia 2011-2013. *Medicina y Laboratorio.* 2015;21(9):455-63.
7. Abril-Matute CP. Infecciones vaginales y factores de riesgo relacionados en pacientes atendidas en el área de ginecología del Centro de Especialidades Central Cuenca (IESS) 2016. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28462/1/Tesis.pdf>
8. Guía de práctica clínica prevención diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2014. Disponible en: <https://www.cenetedifusion.com/CMGPC/IMSS-081-08/ER.pdf>

Se destaca que de las 75 (29.8%) mujeres usuarias del DIU sintomáticas que presentaron infección cervicovaginal, en el 41% de los casos no se aisló ningún microorganismo en el cultivo, lo cual se puede atribuir a que la muestra fue tomada una semana después del inicio de los síntomas de cervicovaginitis.

La población de mujeres usuarias de DIU derechohabientes de la UMF No. 80 del IMSS es casada, con escolaridad de bachillerato terminado y realiza actividades laborales. Como método de planificación familiar, el 61.2% de dichas usuarias utiliza el DIU de cobre y 38.8% el DIU Mirena.

## Agradecimiento

A los responsables del módulo de planificación familiar en la UMF No. 80 del IMSS y a la coordinadora de educación e investigación en salud de la misma unidad.

9. Sánchez E. Manejo de vulvovaginitis en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia.* 2018;3(8):13-20.
10. Pineda-Murillo J, Cortés-Figueroa A, Uribarren-Berrueta T, et al. Candidiasis vaginal. Revisión de la literatura y situación de México y otros países latinoamericanos. *Rev. Med. Risaralda.* 2017;23(1):38-44.
11. Pascual-Confesor T, Sainz-Vázquez L, Ortiz M, et al. Cervicovaginitis posterior a la aplicación del dispositivo intrauterino: Experiencia en una Unidad de Medicina Familiar. *Revista Archivos en Medicina Familiar.* 2007;9(3):133-6.
12. Núñez-Troconis JT. Diagnóstico de la *Trichomona vaginalis* en la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2020;85(2):175-84.
13. Villareal-Ríos E, Benitez-Benitez S, Vargas-Daza E, et al. Incidencia de infecciones cervicovaginales diagnosticadas por citología y no tratadas medicamente. *Ginecol Obstet Mex.* 2018;86(3):186-92.
14. Spengler L, Ayala I, García A. Infecciones cervicovaginales en exudados vaginales. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2020;49(3):1-12.
15. Sahagún-Cuevas MN, Hernández-Godínez EG, Delgado-Quiñones BA, et al. Prevalencia de los gérmenes más frecuentes en pacientes con cervicovaginitis en primer nivel de atención. *Revista Médica MD.* 2015;6(4):268-72.

---

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

Barrios-Yáñez F, Pérez-Flores LM, Velázquez-Castañeda B. Infecciones cervicovaginales en mujeres usuarias de dispositivo intrauterino de una unidad de medicina familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(2):e1529. doi: 10.5281/zenodo.15091654

Miroslava Iliana Carrasco-González<sup>1a</sup>, Ana Carmen Guerrero-Díaz<sup>2b</sup>, Norma De Blas-Barrientos<sup>1c</sup>, Martha Camacho-Pérez<sup>1d</sup>, María de Lourdes Alcalde-Yáñez<sup>1e</sup>, Silvia Andrea Palestino-García<sup>1f</sup>

<sup>1</sup>Secretaría de Salud, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Departamento de Enfermería. Ciudad de México, México

<sup>2</sup>Secretaría de Salud, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Departamento de Epidemiología. Ciudad de México, México

Aprobación de proyecto: HIM/2021/071

Doi: 10.5281/zenodo.15091674

### ORCID

0009-0002-4720-3588<sup>a</sup>

0000-0003-2849-7218<sup>b</sup>

0009-0002-1591-5409<sup>c</sup>

0009-0001-7823-3731<sup>d</sup>

0009-0005-9627-0332<sup>e</sup>

0009-0000-2822-2164<sup>f</sup>

### Palabras clave:

Ausentismo

COVID-19

Enfermería

Enfermería Pediátrica

Factores Sociodemográficos

Pandemia

### Keywords:

Absenteeism

COVID-19

Nursing

Pediatric Nursing

Sociodemographic Factors

Pandemics

### Correspondencia:

Norma De Blas Barrientos

### Correos electrónicos:

normitadeblas\_22@hotmail.com;

uie@himfg.edu.mx

### Fecha de recepción:

06/09/2024

### Fecha de aceptación:

30/12/2024

## Resumen

**Introducción:** al implementar estrategias para evitar la rápida expansión de la COVID-19, el ausentismo laboral relacionado con los factores de vulnerabilidad en trabajadores de la salud tuvo un alto costo en las instituciones de salud en México.

**Objetivo:** analizar el impacto socioeconómico del ausentismo del personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 en un hospital pediátrico.

**Metodología:** estudio transversal retrospectivo que incluyó un total de 680 registros de asistencia del personal de enfermería que se ausentó durante la pandemia por COVID-19 ya fuera por licencia COVID (LCC) o por contingencia COVID (CC). Los datos fueron obtenidos de los archivos del Departamento de Enfermería y analizados de forma descriptiva.

**Resultados:** de los 680 registros del personal de enfermería, 565 (83%) se ausentaron con LCC y 115 (17%) con CC. El ausentismo fue de 1 a 7 con LCC y el 34.8% con prueba COVID-19 positiva. Del personal que se ausentó con CC fue por embarazo, edad  $\geq 60$  años y comorbilidades como obesidad 39.3%, hipertensión 28.9% y diabetes 18.1%. El costo total del ausentismo por salario base pagado fue de \$11,813,229.29 pesos mexicanos.

**Conclusión:** una fortaleza fue el análisis económico del ausentismo del personal de enfermería como la mayor fuerza laboral del sector salud en México y la inclusión de factores de vulnerabilidad, por los cuales dicho personal se resguardó en casa.

## Abstract

**Introduction:** With the implementation of strategies to avoid the rapid expansion of COVID-19, work absenteeism related to vulnerability factors in health workers had a high cost in health care institutions in Mexico.

**Objective:** To analyze the socioeconomic impact of nursing staff absenteeism during the COVID-19 pandemic in a pediatric hospital.

**Methodology:** Retrospective cross-sectional study that included a total of 680 attendance records of nursing staff who were absent during the COVID-19 pandemic, due to COVID leave (CL) and due to COVID contingency (CC). The data were obtained from the nursing department files and analyzed descriptively.

**Results:** Out of the 680 nursing staff records, 565 (83%) were absent with CL and 115 (17%) with CC. Absenteeism was 1 to 7 with CL, and 34.8% with a positive COVID-19 test. Out of the personnel who were absent with CC, it was due to pregnancy, age  $\geq 60$  years and comorbidities such as obesity 39.3%, hypertension 28.9% and diabetes 18.1%. The total cost of absenteeism per base salary paid was \$11,813,229.29 Mexican pesos.

**Conclusion:** One strength was the economic analysis of absenteeism of nursing personnel as the largest workforce in the health care sector in Mexico, and the inclusion of vulnerability factors, due to which said personnel took shelter at home.

## Introducción

Desde su origen, la humanidad ha enfrentado la presencia de infecciones y pandemias. Cabe decir que las más catastróficas han sido aquellas que surgen en brotes provocados por microorganismos nuevos. Se han presentado enfermedades como la influenza española, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), la gripe porcina y el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS por sus siglas en inglés), además de los brotes de Ébola y Zika, por lo que ya era esperada desde hacía tiempo a nivel internacional una pandemia de origen viral.<sup>1</sup>

En 2019, se presentaron casos de neumonía de origen desconocido en la población de Wuhan en China y se propagaron de forma rápida, inicialmente a Tailandia, Japón y Corea.<sup>2</sup> El agente causal fue un nuevo coronavirus al que se le denominó SARS-CoV-2 y la enfermedad por este virus se nombró COVID-19 (por sus siglas de *coronavirus disease 2019*).<sup>3</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo la declaración de emergencia internacional de salud pública como pandemia el 11 de marzo del 2020, debido a la expansión local y mundial de la pandemia de forma alarmante con el crecimiento de casos en Italia, España y Estados Unidos.

A partir de la declaración de pandemia se establecieron estrategias a nivel nacional de prevención y control relacionadas con los casos y la población en general. Las instituciones adoptaron tratamientos con base en protocolos de vigilancia epidemiológica, así como en el aislamiento de casos positivos, la identificación y el seguimiento de contactos, la desinfección ambiental, la realización de pruebas rápidas de diagnóstico y el uso de mascarillas N95 o FFP2 y equipos de protección personal (EEP) para trabajadores de la salud. Al no existir una vacuna para la población en general, la mejor forma de evitar la enfermedad fue no exponerse al virus. Con lo anterior se buscaba reducir las cadenas de contagio entre la población.<sup>4</sup>

Las medidas se implementaron por la rápida propagación del virus de persona a persona, a través de tres vías de transmisión: a) por gotas, b) por contacto, y c) por generación de aerosoles. Se consideraron posibles transmisores a las personas en periodo de incubación.

De manera esquemática la respuesta a la pandemia por COVID-19 se dividió en 4 fases: contención, mitigación, supresión y recuperación, las cuales se describen a continuación:<sup>5</sup>

1. Contención: para el rastreo activo de los pasajeros y sus contactos, para evitar la propagación.
2. Mitigación: para reducir los niveles de transmisión en población vulnerable (se denominó aislamiento vertical).
3. Supresión: se establecería si las medidas anteriores no funcionaran o fueran insuficientes y con ello se evitaría el colapso de los sistemas de salud.
4. Recuperación: para esta se requería de la organización de la sociedad y la intervención del Estado para recuperar la economía del país.

En México, el primer caso se presentó el 27 de febrero del 2020, situación por la que se establecieron en el país las estrategias mencionadas anteriormente para hacer frente a la pandemia. La fase 2 de contingencia sanitaria se decretó el 24 de marzo, con la implementación de intervenciones más estrictas, como el confinamiento, el distanciamiento social y la restricción laboral.<sup>1</sup> Se pensó con un enfoque protector para la población con mayor riesgo (personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, personas con diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades crónicas, obesidad o condiciones que generaran inmunosupresión), entre otros factores de vulnerabilidad que los ponía en mayor riesgo de presentar complicaciones o bien la muerte ante la enfermedad.

Diversos organismos internacionales apoyaron esta visión proteccionista; sin embargo, esto trajo consecuencias negativas para las empresas, como discriminación, ausentismo y altos costos. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) refiere que estas medidas de confinamiento fueron una amenaza al aumentar los niveles de ausentismo y de pobreza. Para las personas afectadas dejar de trabajar o trabajar desde casa pudo significar la pérdida de sus trabajos, de su sustento económico y en nuestro país, incluso perder la seguridad social.<sup>6</sup>

Aunque a algunas personas se les permitió ausentarse de sus centros laborales y hacer su trabajo en casa por medio del teletrabajo u oficinas virtuales, para las empresas la pandemia de COVID-19 cambió el significado del ausentismo, las causas de este y la forma de gestionarlas durante la crisis.<sup>7</sup> La evidencia científica ha sustentado que el ausentismo laboral ha sido un problema crítico tanto en las organizaciones como en el sector salud. Su prevalencia varía de acuerdo con el país, la organización o la institución y aunque ha sido definido por la OIT como “La no asistencia al trabajo por uno o más días de los que

se pensaba iba a asistir, quedando excluidos los días de vacaciones, huelgas, periodos de licencia por maternidad o por motivos de privación de la libertad”,<sup>8</sup> estas nuevas formas de trabajo (el teletrabajo y el *home office*) contribuyeron a que el ausentismo fuera más difícil de registrar. Además, el COVID-19 añadió nuevas formas de permiso, entre ellas el autoaislamiento y cambió el significado de la licencia por enfermedad.

En México se elaboró una guía para implementar el teletrabajo en los centros laborales, por lo que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social invitó a las empresas a adoptar medidas preventivas en función de las actividades laborales que se desarrollan en su interior. En esta guía se establecieron los lineamientos que deben cubrir el patrón y el trabajador. Se recomendó que los servicios que ofrecen los trabajadores se pudieran llevar a cabo fuera de los centros laborales y se implementó el teletrabajo en la medida de lo posible. Esta fue una actividad caracterizada por la utilización de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones.<sup>9</sup> En especial tuvo repercusión en quienes se encargaban de la administración de los recursos humanos, dado que tenían la tarea de informar al personal si tenía riesgo de enfermar y además debía reorganizar a este en caso de ausentismo por tener un factor de vulnerabilidad, por lo que se agregaron nuevas formas de licencia que incluyeron el autoaislamiento y baja por enfermedad, lo que incrementó el ausentismo laboral.

El 30 de marzo del 2020, en México se publicó el acuerdo por el que se declaró emergencia sanitaria por causas de fuerza mayor la pandemia por COVID-19. El Consejo de Salubridad General (CSG) estableció las actividades esenciales y no esenciales para la economía, lo cual impactó directamente en el producto interno bruto (PIB) del país. Posteriormente la OIT clasificó los sectores de actividad económica según el nivel de riesgo en situación de crisis sanitaria como: en riesgo alto, medio alto, medio bajo, medio y bajo. En particular, los sectores de alto riesgo fueron los que tenían que ver con las actividades de alojamiento y de servicio de comidas, las industrias manufactureras, las inmobiliarias, las administrativas y comerciales, entre otros.

La guía para implementar el trabajo a distancia como el teletrabajo se publicó por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET).<sup>10</sup> Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estableció criterios para considerar al COVID-19 como una enfermedad de trabajo para el personal expuesto en primera línea (perso-

nal de salud), lo cual implicó que una vez que se constatará la enfermedad, la persona trabajadora debería recibir el 100% de su salario base de cotización por el tiempo que durara su incapacidad. De igual forma, por medio de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS, se emitió una circular donde se enunciaban los criterios de calificación para casos de COVID-19 como enfermedad de trabajo. Pero no fue así en todos los sectores de atención médica.<sup>11</sup> A su vez, la Ley Federal del Trabajo (LFT) reguló las causales para la suspensión de forma individual o colectiva, temporalmente las obligaciones de prestar servicio y pagar el salario sin responsabilidad para el trabajador y el patrón, siempre y cuando no se trate de una declaratoria de emergencia sanitaria por parte de las autoridades (como el COVID-19); en su caso, debe aplicarse el art 427 fracción IV de la misma ley.<sup>12</sup>

Se firmó el decreto presidencial sobre un acuerdo de la Secretaría de Salud (SS) para otorgar permisos de trabajo con goce de sueldo a los adultos mayores del país o personas con vulnerabilidad, lo que obligó a los empleadores a preservar los empleos y pagar salarios completos durante la cuarentena y de no cumplir con ello, se podrían hacer mercedores de multas o sanciones de tipo legal.<sup>13</sup> Derivado de estos acuerdos, se establecieron criterios para las poblaciones y para los trabajadores de la salud en situación de vulnerabilidad por COVID-19 y una tabla de criterios de revaloración de los criterios de vulnerabilidad para el retorno al trabajo.

El *estado de vulnerabilidad* es “la propensión de tener complicaciones en el estado de salud, como el riesgo epidemiológico que muestra el semáforo en las regiones del país”.<sup>14</sup> En otros términos, el concepto de *vulnerabilidad* se refiere a la cualidad que tiene alguien o algo de ser herido o dañado. Las personas vulnerables son aquellas que por diferentes motivos no tienen desarrollada la capacidad de prevenir, resistir o sobreponerse de un impacto y en consecuencia se encuentran en condición de riesgo. Si bien el riesgo indica la probabilidad de ocurrencia, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y de desigualdad social.<sup>15</sup>

Son grupos vulnerables aquellos que están desproporcionadamente expuestos al riesgo de infección por COVID-19, por lo que una persona puede volverse vulnerable en función de cambios en su estado de salud, sean cambios sociales o laborales. Además de las personas adultas mayores y con enfermedades crónicas no transmisibles, se ha considerado vulnerables a las personas con discapacidad, sin hogar, en malas condiciones de vida o con dificultades económicas. De acuerdo con la función,

se consideraron los sectores profesionales de riesgo, los cuales tienen que ver con el tipo de trabajo y las medidas de prevención frente a la infección. Además de los trabajadores de la salud, se consideraron los servicios de protección ciudadana, así como el personal administrativo y de mensajería.<sup>16</sup> El colectivo sanitario, considerado de primera línea, fue el grupo laboral de mayor riesgo de contagio, además de elevados periodos de estrés que requirieron manejo de crisis. Por lo tanto, el presidente Andrés Manuel López Obrador invitó a los empleadores a apoyar y otorgar permisos a estas personas vulnerables, e hizo énfasis en la población adulta.<sup>17</sup>

En México, se hizo una revisión sistemática sobre las condiciones y características clínicas que influyen en el riesgo de desarrollar COVID-19 grave, y se establecieron criterios médicos de retorno al trabajo en personal con riesgo de complicaciones por esta enfermedad. Los criterios que destacaron fueron mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, trabajadores con diagnóstico de diabetes, hipertensión y obesidad.<sup>6</sup>

Para explorar sobre las condiciones de riesgo de los trabajadores de la salud en un hospital pediátrico COVID de la Ciudad de México, se estudió a diferentes integrantes del equipo de salud (médicos, enfermeras, nutriólogos, investigadores, entre otros) mediante entrevistas virtuales para identificar comorbilidades, movilidad, área de trabajo y funciones. De los 411 participantes del personal de enfermería, solo el 3.6% (15) fueron casos positivos y el 11.6% (48) conformaron el grupo de mayores de 60 años, diabetes, hipertensión, obesidad, sobrepeso, antecedentes de cáncer y asma. Aunque no se revisó el ausentismo, en el estudio concluyeron que hay factores de riesgo en los trabajadores en caso de contagio por SARS-CoV-2 para el desarrollo de complicaciones.<sup>18</sup>

En otro estudio se hizo referencia al 35% de ausentismo laboral del personal de un centro de salud por COVID-19, del que el 38% fue personal de enfermería. Además, del personal que se aisló solo el 37% dio positivo a COVID-19 y el 25% se contagió en la institución. Un total de 256 días de ausencia laboral generó un costo total para la institución de \$54,263.35 dólares.<sup>19</sup>

La experiencia de la pandemia por COVID-19 y sus consecuencias en cuanto al ausentismo laboral y sus costos llevaron a formular el objetivo de caracterizar el perfil sociodemográfico y laboral del personal de enfermería que se ausentó durante la pandemia por COVID-19 en el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2022 en un hospital pediátrico de la Ciudad de México.

## Metodología

Estudio transversal retrospectivo que incluyó 680 registros del personal de enfermería de un hospital pediátrico de tercer nivel de la Ciudad de México. Se incluyó al total de personal que se ausentó con autorización de una Licencia COVID (LCC) o Contingencia COVID (CC) durante la pandemia por COVID-19.

No se incluyó a pasantes de servicio social y estudiantes de enfermería, personal de contrato a través del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), personal con permiso por beca académica completa, de comisión sindical y personal que se ausentó por alguna enfermedad no respiratoria de recién diagnóstico durante la pandemia.

### Definición operacional de variables

- Licencia COVID o LCC: ausencia que se dio por sospecha o confirmación de la enfermedad que tuviera una duración de 1 a 30 días.
- Contingencia COVID o CC: se denominó a la ausencia del personal que presentaba criterios de vulnerabilidad y cuya duración fuera > un mes.
- Perfil sociodemográfico y laboral: incluyó las variables de edad, sexo, categoría laboral, turno o jornada laboral, servicio en el que laboraba, ausentismo del personal de enfermería y factores de riesgo para complicaciones por COVID-19.

Otros aspectos de consideración fueron: si al reincorporarse después de la contingencia, el personal se ausentó por presentar la enfermedad COVID-19, los resultados de la prueba de SARS-CoV-2 durante su LCC y el salario base pagado a los trabajadores que se ausentaron.

Para identificar el salario en el tabulador, se determinaron las categorías establecidas en la institución para el personal de enfermería y que fueron: EGTA y EGTB (personal técnico), EGTC (personal con grado de licenciatura), EEA (personal técnico o licenciado con un postécnico), EEB (personal técnico o licenciado con dos postécnicos), EEC (personal con licenciatura y estudios de posgrado), EJS (personal que realiza funciones de jefe de servicio), JEE (personal que realiza funciones de supervisión de enfermería).

Para identificar la prevalencia de ausentismo por LCC o CC, esta se obtuvo mediante la revisión de los roles de asistencia del Departamento de Enfermería. Además, se solicitaron por escrito al área de recursos humanos los

salarios según el tabulador por categoría de los salarios base del personal de enfermería de la institución y se hizo la suma total del salario percibido por día y por el periodo total de duración de la licencia o contingencia.

### Análisis estadístico

Los datos se analizaron en el programa SPSS, versión 18. En el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias para las variables cualitativas, y mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas con distribución no normal o media y desviación estándar para aquellas con distribución normal.

### Aspectos éticos

El estudio cumplió con los principios de la Declaración del Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación y Salud del hospital (HIM-2021-71). Se consideró una investigación sin riesgo al tratarse de un estudio retrospectivo de tipo documental. De acuerdo con el principio de autonomía, no requirió de una carta de consentimiento informado y los nombres de los participantes no serían divulgados.

### Resultados

Con base en los registros de asistencia de personal del Departamento de Enfermería en el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2022, se obtuvo un total de 22,830 jornadas laborales que correspondieron a 780 enfermeras que conformaban la plantilla. Se identificó ausentismo en el 87.1% (680) del personal de enfermería; del total de 680 enfermeras, el 83% (565) fue por LCC y el 17% (115) por CC. El 90% fue personal del sexo femenino y la mediana de edad se encontró en 43 años en LCC y 47 en CC. En ambos grupos el personal del turno matutino registró el mayor ausentismo con 48.1% (LCC) y 45.2% (CC), así como el personal del turno nocturno con 30.8% y 35.7% para cada grupo, respectivamente.

En el área hospitalaria fue donde se reportaron más ausencias con 38.9% (LCC) y 34.8% (CC); en la terapia intensiva fue de 29.0% (LCC) y 25.2% (CC). La categoría laboral de enfermería Titulado "C" registró mayor ausencia con el 47.3% (LCC) y 33.0% (CC) (cuadro I).

Del personal de enfermería con ausentismo por LCC, el 59.2% (334) se ausentó en el año 2020, el 28.4% (161) en 2021 y 12.2% (70) en el primer trimestre de 2022. El

mayor ausentismo registrado en el año 2020 fue en mayo y junio con 77 y 69 casos, respectivamente. El número de casos de ausentismo registrados en diciembre de 2020 y enero de 2021 fue similar con 38 y 35 casos, respectivamente (figura 1).

Del total de personal de enfermería que se ausentó una vez por LCC (265), en el 50.9% el resultado de la prueba fue negativo y en 38.1% positivo; el 11% se ausentó sin resultado de la prueba. La proporción de personal de enfermería con prueba positiva fue similar en el número de LCC de 2 a 4 veces. No obstante, hubo personal de enfermería que se ausentó porque presentaba alguna sintomatología que lo hacía sospechoso de tener COVID, o bien porque estuvo en contacto con alguna persona positiva a la enfermedad, medida que se tomó para disminuir la cadena de contagios. Cabe señalar que hubo un caso que se ausentó hasta 7 veces con LCC y sin resultado de la prueba (cuadro II).

El personal de enfermería que se ausentó por CC (115) a partir del mes de marzo fue valorado en el mes de junio de 2020 por un médico en la institución con la finalidad de poder determinar si podía retornar a sus actividades laborales. En este personal se identificó a 22 personas con factores de vulnerabilidad sin comorbilidad, 7 de ellas con embarazo y 15 mayores de 60 años. De las 93 personas, el 79.5% (74) presentó de 1 a 2 comorbilidades; cabe señalar que se identificó a 19 personas que tuvieron de 3 a 4 comorbilidades, entre las que destacan la obesidad con 39.3% (63), hipertensión con 28.9% (46) y diabetes con 18.1% (29) (cuadro III).

Al reincorporarse a sus labores después del periodo de resguardo por vulnerabilidad, del 55.7% del personal de enfermería que se ausentó por LCC, el 53% dio positivo a la prueba COVID (figura 2).

El ausentismo del personal de enfermería por LCC se cuantificó en 5507 días, media de 5.7 días  $\pm$  4.1 en un rango de 1 a 30 días. En el caso del ausentismo por CC fue de 22,643 días, media de 189 días  $\pm$  97.8, desde 31 a 356 días o más.

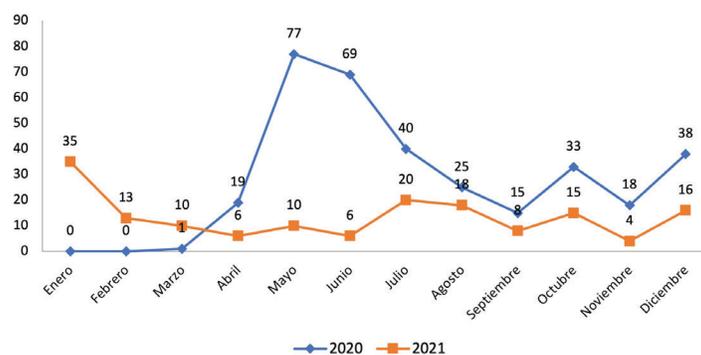
En el periodo del 20 de marzo de 2020 al 20 de marzo de 2022, el total de salario base pagado al personal de enfermería que se ausentó durante la pandemia por COVID-19 ascendió a \$11,813,229.29 pesos mexicanos. El pago por LCC fue de \$2,812,020.30 pesos y el pago por CC fue de \$9,001,208.99 pesos.

Cuadro I Características sociodemográficas del personal de enfermería por tipo de ausentismo (n = 680)

Características sociodemográficas	Tipo de ausentismo			
	Licencia COVID (LCC) n = 565		Contingencia COVID (CC) n = 115	
	n	%	n	%
Género				
Femenino	509	90	111	96.5
Masculino	56	10	4	3.5
Turno / Jornada laboral				
Matutino	272	48.1	52	45.2
Vespertino	119	21.1	22	19.1
Nocturno	174	30.8	41	35.7
Servicio / área de trabajo				
Disponibilidad	30	5.3	7	6.1
Servicios de atención ambulatoria	134	23.7	28	24.3
Terapia intensiva	164	29.0	29	25.2
Hospitalización	220	38.9	40	34.8
Administrativo (supervisión)	17	3.0	11	9.6
Categoría laboral				
Enfermera General Titulada A	42	7.4	7	6.1
Enfermera General Titulada B	59	10.4	11	9.6
Enfermera General Titulada C	267	47.3	38	33.0
Enfermera Especialista A	37	6.5	19	16.5
Enfermera Especialista B	20	3.5	7	6.1
Enfermera Especialista C	102	18.1	18	15.7
Enfermera Jefa de Servicio	23	4.1	4	3.5
Jefa de Enfermeras E (supervisora)	15	2.7	11	9.6
	<b>Mediana</b>	<b>RIC</b>	<b>Mediana</b>	<b>RIC</b>
Edad en años	43	34-48	47	40-54

Fuente: elaboración propia partir de los roles de asistencia y expedientes del Departamento de Enfermería de la institución  
 RIC: rango intercuartílico

Figura 1 Número de casos de ausentismo por LCC en 2020-2021 (n = 565)



Fuente: elaboración propia con información de los reportes de días autorizados por el Servicio de Epidemiología de la institución

Cuadro II Resultado de la prueba COVID del personal de enfermería con ausentismo por LCC (n = 565)

Número de LCC	n	Resultado de la prueba COVID					
		Positivo (197)		Negativo (271)		Sin resultado (97)	
		n	%	n	%	n	%
1	265	101	38.1	135	50.9	29	11.0
2	163	51	31.3	84	51.5	28	17.2
3	93	33	35.5	31	33.3	29	31.2
4	34	11	32.3	17	50.0	6	17.7
5	6	-	-	2	33.3	4	66.7
6	3	1	33.3	2	66.7	-	-
7	1	-	-	-	-	1	100

Fuente: elaboración propia con reportes de días autorizados por el Servicio de Epidemiología de la institución  
LCC: licencia COVID

Cuadro III Factores de vulnerabilidad y comorbilidades en personal de enfermería con ausentismo por contingencia (n = 115)

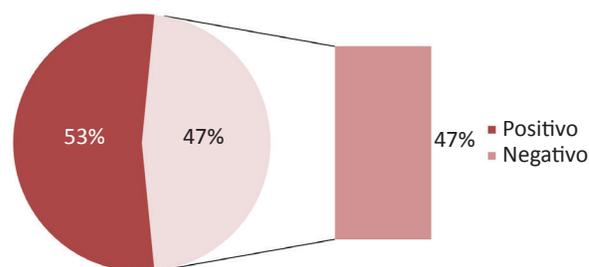
Factores de vulnerabilidad (n = 22)	n	%
Embarazo	7	31.8
Edad ≥ 60 años	15	68.2
Comorbilidades por persona (n = 93)		
1	41	44.1
2	33	35.4
3	18	19.3
4	1	1.2
Principales comorbilidades (n = 160)		
Obesidad	63	39.3
Hipertensión	46	28.9
Diabetes	29	18.1
Neoplasias	2	1.2
Inmunosupresión	10	6.2
Enfermedades cardíacas	3	1.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6	3.7
Otras	1	0.8

Fuente: elaboración propia con reportes de días autorizados por el Servicio de Epidemiología de la institución

## Discusión

En situación de pandemia por COVID-19, los periodos de mayor ausentismo del personal de enfermería fueron en los meses de mayo, julio y diciembre de 2020, y en los meses de enero, julio y diciembre de 2021, lo cual coincide con lo reportado por fuentes oficiales como la Secretaría de Salud y el CONAHCyT, en lo que entonces se denominó como “olas del COVID”.<sup>20</sup>

Figura 2 Personal de enfermería con ausentismo por LCC con resultado de la prueba COVID (n = 115)



LCC: licencia COVID

Dicha situación se relacionó con el permiso del ausentismo autorizado para personal de salud que presentó síntomas de COVID-19 por haber estado en contacto con personas que tenían la enfermedad o por sospecha de síntomas. En otros casos, se pudo evidenciar con la presentación del resultado de la prueba por parte de algún centro establecido en la Ciudad de México o la receta electrónica emitida por alguna dependencia de seguridad social.<sup>11</sup> No obstante, en los casos de profesionales que no presentaron dicho resultado y cumplieron con los criterios para la definición de casos, se les indicó que estuvieran en aislamiento preventivo a fin de evitar la cadena de contagio.<sup>21</sup>

Durante la pandemia por COVID-19 la prevalencia de ausentismo del personal de enfermería fue de 87.1%. Este resultado se acerca a lo reportado por Nashwan en Qatar del 96% de ausentismo de personal de enfermería en un centro especializado para atención de pacientes con COVID-19 durante la pandemia.<sup>22</sup> Hay otros estudios en instituciones de salud de Irán, Grecia, Brasil y Ecuador,

en los que con todos los trabajadores de la institución el personal de enfermería presentó tasas de ausentismo del 5.1 al 62%.<sup>23,24,25,26</sup>

En otros estudios en los cuales se incluyó al total de personal, el sexo femenino estuvo conformado solo por el 32%. En el presente estudio predominó el sexo femenino con el 90% en función de que solo se incluyó a personal de enfermería. La mediana de edad de 43 (LCC) y 47 (CC) años para cada grupo coincide con lo descrito por Alves,<sup>27</sup> quien refiere una media de  $44.4 \pm 7$  años de edad. No obstante, Morillo<sup>26</sup> reporta un rango entre 20 y 30 años de edad.

En referencia al ausentismo por turno laboral, se encontró una diferencia con el estudio de Qatar con mayor registro de ausencias en el turno nocturno.<sup>22</sup> También se registraron diferencias en el ausentismo de personal, con más casos en los meses de junio a septiembre.<sup>21,22</sup> El mayor ausentismo registrado fue en las áreas de hospitalización y en las unidades de terapia intensiva. Solo en un estudio se reportó la ausencia de 29 profesionales en el servicio de urgencias.<sup>21</sup> En el número de días de ausentismo se identificó una diferencia en la media por LCC de 5.7 días, con base en lo reportado en otros estudios de 4.2 y 7.5 días, en un rango de 1 a 30 días.<sup>25,27</sup>

Morillo<sup>26</sup> reportó un total de 2312 días de ausencia de todos los trabajadores durante la pandemia por COVID-19. De Paiva<sup>23</sup> una suma de 1029 días, Alfonso<sup>21</sup> 582 días y Laguna<sup>19</sup> 265 días. En el presente estudio se contabilizaron 1056 días para LCC y 21,746 para CC; de acuerdo con el decreto emitido por el Gobierno Federal de no afectar la economía de los trabajadores, los salarios se pagaron de forma íntegra.<sup>13</sup>

El costo total por ausentismo laboral solo del personal de enfermería fue de 11,813,229.29 pesos mexicanos, aproximadamente 594,226.82 dólares americanos (estudio en México, datos analizados en julio 2021; el tipo de cambio fue de 19.88 unidades por dólar). Aunque el costo total fue mayor en el presente estudio, dado que no se consideraron las prestaciones laborales ni las nuevas contrataciones de profesionales de enfermería.

Lo anterior difiere de los estudios referidos anteriormente, dado que estos incluyeron a todo el personal de la institución; por ejemplo, en los 2 estudios de Ecuador se reportaron costos por ausentismo de 10,852.67 y 98,097.14 dólares, respectivamente (estudios en Ecuador, datos analizados en 2020, publicado en 2021, no especificó tipo de cambio).<sup>19,26</sup> En Colombia y Brasil los costos totales por ausentismo del personal fueron \$44,814.912

y \$8,158,117.20 (no se especifica el tipo de moneda).<sup>21,23</sup> En Grecia, se documentó un estimado de 1,409,720 euros por ausentismo de sus trabajadores (81.2%).<sup>25</sup> Por su parte, Irán publicó costos por ausentismo de 1.3 millones de dólares.<sup>24</sup>

## Conclusiones

Una fortaleza de este estudio fue el análisis económico del ausentismo específico de personal de enfermería, por constituir este la mayor fuerza laboral en instituciones del sector salud en México. Otra fortaleza fue la inclusión de los factores de vulnerabilidad, por los cuales dicho personal se resguardó en casa.<sup>1,6,18</sup>

Una limitante fue la imposibilidad para el cálculo del costo exacto del ausentismo por LCC y CC, dado que solo se contabilizó el salario base, pero no las prestaciones del personal de enfermería; asimismo, el costo por salario pagado al personal de enfermería que se contrató para suplir las ausencias del personal ausente durante la pandemia y el costo de la enfermedad en el personal que dio positivo a la prueba.

Con la pandemia se evidenció la diversidad de factores de riesgo potenciales para complicaciones por COVID-19, como la obesidad, la hipertensión y la diabetes del personal de enfermería; en consecuencia, fue necesario el resguardo en casa por varios meses durante la pandemia. Por otra parte, las implicaciones del ausentismo afectaron al personal de enfermería de primera línea debido al riesgo por exposición, sobrecarga y estrés durante el periodo de contingencia.

Por lo tanto, es prioritario el desarrollo de estrategias para la prevención y el seguimiento sobre los factores de riesgo que sitúan al personal de salud en general y en particular al personal de enfermería en estados de vulnerabilidad. Lo anterior en consideración de que esta no es ni será la última emergencia sanitaria en la que la población, las instituciones de salud y el gobierno deberán anticiparse para no colapsar.

Para el diseño e implementación de estrategias después de la pandemia, se requiere de la vinculación y colaboración entre instituciones de salud, a fin de intervenir con acciones de monitoreo de presión arterial, peso corporal y nivel de glucosa del personal de salud; sistemas de detección temprana de enfermedades como cáncer o enfermedades inmunes; programas de activación física y mejora en la alimentación de los trabajadores, y también en la posibilidad de otorgar permisos sin afectar las ac-

tividades para que el personal asista a sus citas médicas periódicamente.

Se enmarca la posibilidad de líneas de investigación que analicen las implicaciones económicas y sociales del ausentismo, por ejemplo, los costos generados no solo por la contratación de “personal nuevo” que cubrió las áreas del “personal ausente con experiencia”. Derivado de lo anterior, también se podrían investigar los gastos

por eventos adversos vinculados a la atención de pacientes por personal de salud con poca o nula experiencia.

## Agradecimiento

Queremos agradecer al personal de la Jefatura de Enfermería por proporcionar la información de bases de datos del Departamento de Enfermería.

## Referencias

- Escudero X, Guarner J, Galindo-Fraga A, et al. La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. *Cardiovasc Metab Sci*. 2020;31(3): s170-7. doi: 10.35366/93943
- Accinelli RA, Zhang-Xu CM, Ju-Wang JD, et al. COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2020;37(2):302-11. doi: 10.17843/rpmesp.2020.372.5411
- Ruíz-Bravo A, Jiménez-Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharm*. 2020;61(2):63-79. doi: 10.30827/ars.v61i2.15177
- Vargas-Lara AK, Schreiber-Vellnagel V, Ochoa-Hein E, et al. SARS-CoV-2: una revisión bibliográfica de los temas más relevantes y evolución del conocimiento médico sobre la enfermedad. *Neumol Cir Torax*. 2020; 79(3):185-96. doi: 10.35366/96655
- Werneck WL, Carvalho MS. La pandemia de Covid-19 en Brasil: crónica de una crisis sanitaria anunciada. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(5):1-4. doi: 10.1590/0102-311X00068820
- Velasco-Reyna R, Hernández-Ávila M, Méndez-Santa Cruz JD, et al. Criterios de retorno y determinación del valor de vulnerabilidad por COVID-19. *Salud Publica Mex*. 2021;63(1):136-46. doi: 10.21149/11984
- Grigore OM. Factors Contributing to Work-Related Absenteeism during the COVID-19 Pandemic. *Management Dynamics in the Knowledge Economy*. 2020;8(4):401-18. Disponible en: <https://www.managementdynamics.ro/index.php/journal/>
- Tatamuez-Tarapues RA, Domínguez AM, Matabanchoy-Tulcán SM. Revisión sistemática: Factores asociados al ausentismo laboral en países de América Latina. *Univ Salud*. 2019;21(1):100-12. doi: 10.22267/rus.192101.143
- Guía para implementar el teletrabajo en los centros de trabajo en el marco de las acciones para enfrentar el COVID-19. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social; 3 de julio de 2020. Disponible en: <https://juntosporeltrabajo.stps.gob.mx/docs/herramientas/GUI%CC%81A%20PARA%20IMPLEMENTAR%20EL%20TELETRABAJO%20EN%20LOS%20CENTROS%20DE%20TRABAJO%20EN%20EL%20MARCO%20DE%20LAS%20ACCIONES.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. México y la crisis de la COVID-19 en el mundo del trabajo: respuestas y desafíos. OIT; octubre de 2020.
- Sánchez-Ortega V, Guerrero-Ochoa CU, Del Toro-Barajas OG, et al. Enfermedad profesional de los trabajadores del sector salud por COVID-19. *LUMEN Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Feminina del Sagrado Corazón*. 2020;16(2):354-63. doi: 10.33539/lumen.2020.v16n2.2314
- Ley Federal del Trabajo. México: Diario Oficial de la Federación; 24 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- Sánchez-Castañeda A, Hernández-Ramírez JP. La respuesta del gobierno de México ante el COVID-19. México: Cielo Laboral. Disponible en: [https://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2020/04/mexico\\_noticias\\_cielo\\_coronavirus.pdf](https://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2020/04/mexico_noticias_cielo_coronavirus.pdf)
- Criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad que tienen mayor riesgo de desarrollar una complicación o morir por COVID-19 en la reapertura de actividades económicas en los centros de trabajo. México: Secretaría de Salud; 12 de agosto de 2020. Disponible en: [https://cga-ssp.guanajuato.gob.mx/SSP/rm\\_doc/M\\_20201109130608.pdf](https://cga-ssp.guanajuato.gob.mx/SSP/rm_doc/M_20201109130608.pdf)
- Araujo GR. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Novedades en Población*. 2015; 210:89-96. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S3020-11602020000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602020000200004)
- Vicente-Herrero MT, Ramírez-Íñiguez de la Torre MV, Rueda-Garrido JC. Criterios de vulnerabilidad frente a infección COVID-19 en trabajadores. *Rev Asoc Esp Med Trab*. 2020;29(2):12-22. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S3020-11602020000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602020000200004)
- Secretaría de Gobernación. Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). México: Diario Oficial de la Federación; 24 de marzo de 2020. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020)
- Márquez-González H, Klünder-Klünder M, De la Rosa-Zamboni D, et al. Risk conditions in healthcare workers of a pediatric COVID center in Mexico City. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2021;78(2):110-115. doi: 10.24875/BMHIM.20000355
- Laguna DV, Galarraga CJ, Chamorro GY, et al. Costos del ausentismo laboral por COVID-19 en trabajadores del Centro de Salud N° 1 Tulcán. *Ocronos*. 2020;3(8):185. doi: 10.46377/dilemas.v8i.2710
- Gutiérrez RR. Subcontabilización de datos y estructura de fallecimientos por la COVID-19 en México. *Revista de Economía Regional y Sectorial*. 2022;14(1):5-34. doi: 10.36677/paradigmaeconomico.v14i1.16726
- Alfonso-Gutiérrez LV, Nieto-Franco A, Rubio-Sánchez JT. Estudio del ausentismo generado por COVID-19 en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal [tesis]. Bogotá, Colombia: Universidad ECCI; 24 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.colciencias.metabiblioteca.com>
- Nashwan AJ, Villar RC, Flores JM, et al. Increased Absenteeism among Nurses in a COVID-19 Designated Facility in Qatar. *Doha, Qatar*; 20 to 23 January 2021. doi: 10.13140/rg.2.2.27507.76327

23. De Paiva LG, Santos WM, Dalmolin GL. The impact of the SARS-CoV-2 pandemic on sickness absenteeism among hospital workers. *Rev Bras Med Trab.* 2022;20(1):65-71. doi: 10.47626/1679-4435-2022-787
24. Faramarzi A, Javan-Noughabi J, Tabatabaee SS, et al. The lost productivity cost of absenteeism due to COVID-19 in health care workers in Iran: a case study in the hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1169. doi: 10.1186/s12913-021-07200-x
25. Maltezou HC, Giannouchos TV, Pavli A, Tsonou P, Dedoukou X, Tseroni M, Papadima K, Hatzigeorgiou D, Sipsas NV, Souliotis K. Costs associated with COVID-19 in healthcare personnel in Greece: a cost-of-illness analysis. *J Hosp Infect.* 2021 Aug;114:126-133. doi: 10.1016/j.jhin.2021.04.018.
26. Morillo-Cano JR, Gómez-Martínez N, Laguna-Delgada DV. Costos por ausentismo laboral por COVID-19 en trabajadores del distrito San Pedro de Huaca-Tulcán Salud, 2020. *Dilemas Contemp Educ Política Valores.* 2021;8(3):1-18. doi: 10.46377/dilemas.v8i.2710
27. Alves ABSL, Matos FGOA, Carvalho ARS, et al. Absenteeism in nursing in the face of COVID-19: a comparative study in a hospital from southern Brazil. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20210254. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2021-0254

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

Carrasco-González MI, Guerrero-Díaz AC, De Blas-Barrientos N, et al. Impacto socioeconómico del ausentismo del personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(2):e1535. doi: 10.5281/zenodo.15091674

Karla Ivonne Mijangos-Fuentes<sup>1a</sup>, Yesica Yolanda Rangel-Flores<sup>2b</sup>, Sara Ester Domínguez<sup>3c</sup>, Lucy Jure-Cares<sup>4d</sup>, María Bernardita Pilquino-Pilquino<sup>5e</sup>, Carmen Aydé Fernández-Rincón<sup>6f</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Ciudad de México, México

<sup>2</sup>Universidad Autónoma de San Luis, Facultad de Enfermería y Nutrición. San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

<sup>3</sup>Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, Tecnicatura Superior de Enfermería Intercultural Bilingüe. Salta, Salta, Argentina

<sup>4</sup>Dirección Comunal de Salud, Centro de Salud Familiar Dos de Septiembre. Los Ángeles, Biobío, Chile

<sup>5</sup>Universidad de Los Lagos, Departamento de Salud. Puerto Montt, Los Lagos, Chile

<sup>6</sup>Universidad del Quindío, Facultad de Ciencias de la Salud. Armenia, Quindío, Colombia

Doi: 10.5281/zenodo.15091707

## Resumen

### ORCID

0000-0002-9565-2233<sup>a</sup>

0000-0001-5673-6891<sup>b</sup>

0000-0002-8734-3641<sup>c</sup>

0009-0000-9244-5821<sup>d</sup>

0000-0002-5960-6344<sup>e</sup>

0000-0003-0608-7402<sup>f</sup>

### Palabras clave:

Violencia de Género  
Estudiantes de Enfermería  
Acoso Sexual  
Formación Profesional  
Feminismo

### Keywords:

Gender-Based Violence  
Students, Nursing  
Sexual Harassment  
Professional Training  
Feminism

### Correspondencia:

Karla Ivonne Mijangos Fuentes

Correo electrónico:  
kaivo8416@gmail.com

Fecha de recepción:  
15/09/2024

Fecha de aceptación:  
30/12/2024

**Introducción:** las violencias tienen una carga de género, etnia y clase que atraviesan los cuerpos de quienes ejercen la enfermería, lo cual genera una desvalorización de su rol social y profesional.

**Objetivo:** analizar las violencias que viven las estudiantes de enfermería, quienes a partir de preguntas detonantes realizaron una enunciación de las violencias en espacios virtuales.

**Metodología:** en marzo de 2021 se diseñó un tendero virtual de denuncias bajo los principios de la metodología de etnografía virtual y el enfoque feminista decolonial para analizar las interacciones, las prácticas sociales y la producción de significados individuales y colectivos en relación con las violencias enunciadas, la carga de género y la colonialidad corpórea que viven las enfermeras durante su formación.

**Resultados:** los relatos transcritos se sometieron a análisis de contenido mediante codificación abierta, axial y selectiva. De este ejercicio emergieron 3 categorías: 1) complot y pacto patriarcal; 2) pedagogía enfermera de la crueldad y 3) liberación de la conciencia.

**Conclusiones:** la formación de enfermería ocurre dentro de contextos y relaciones que apuntan a la deshumanización y despolitización profesional, lo que es necesario para que el sistema continúe con la reproducción mercantilista y violenta de los sistemas de salud, así como con la precarización laboral de la enfermería.

## Abstract

**Introduction:** Violence has a gender, ethnic and class burden that go through the bodies of those who practice nursing, generating a devaluation of their social and professional role.

**Objective:** To analyze the violence experienced by nursing students, who based on direct questions made a statement of these in virtual spaces.

**Methodology:** In March 2021, a virtual clothesline of complaints was designed under the principles of the virtual ethnography methodology and the decolonial feminist approach to analyze the interactions, social practices and the production of individual and collective meanings in relation to the stated violence, the gender burden and the corporeal coloniality that nurses experience during their training.

**Results:** The transcribed stories were subjected to content analysis through open, axial and selective coding. 3 categories emerged from this exercise: 1) patriarchal plot and pact; 2) nursing pedagogy of cruelty and 3) liberation of consciousness.

**Conclusions:** Nursing training occurs within contexts and relationships that point to professional dehumanization and depoliticization, which is necessary for the system to continue with the mercantilist and violent reproduction of health systems, as well as with the precariousness of nursing work.

## Introducción

La *American Nurses Association* (ANA) apuntó en 1980 que la enfermería es parte sustancial de los sistemas de salud, toda vez que es de su competencia dirigir acciones y estrategias de promoción, prevención y garantía de cuidados a personas dependientes que atraviesan por procesos de enfermedad, discapacidad o muerte.<sup>1</sup>

Sin embargo, la enfermería es una profesión desvalorizada dentro de un contexto patriarcal, capitalista y depredador de lo humano. Esto se debe principalmente a la devaluación y la invisibilización del trabajo de cuidados y a la ética que lo sostiene. La primera violencia simbólica se relaciona con la propia definición de enfermería enunciada por la ANA en 1980 y el *International Council of Nurses* (ICN) (2002),<sup>1,2</sup> en donde no enuncian a las enfermeras como agentes primordiales del cuidado; por consiguiente, solo apuntan que los cuidados autónomos son la competencia central de la profesión, sin debatir epistémicamente sobre el sujeto que brinda el cuidado y la complejidad del contexto en que esta relación tiene lugar.

Estas particularidades no parecen decir nada en una primera lectura, porque como refiere Foucault, el *locus* de enunciación es fundamental para hablar de autonomías y de relaciones de poder que se despliegan a lo largo de la interacción intersubjetiva y social en que tienen lugar las relaciones que sostienen el cuidado, y que justifican a las instituciones que tienen el derecho a la enunciación.<sup>3</sup>

En este contexto político que traza las condiciones de autonomía, empoderamiento y emancipación de la enfermería, promovida a partir de instituciones legitimadas por el Estado, se enmarca la ausencia de una justa redistribución, reconocimiento y reparación jurídico-legal de los derechos humanos y laborales de quienes ejercen la enfermería, porque aunque en la realidad práctica las enfermeras realizan los cuidados en colaboración e independencia, eso no garantiza la autonomía y, por ende, existe una ausencia de remuneración competente del cuidado profesional.

Este apoliticismo que ha caracterizado históricamente a la enfermería surge de la naturaleza y la dinámica de su propio proceso de formación, en el que los profesionales internalizan de manera temprana y subjetiva las competencias profesionales, conductuales y de representación social y simbólica que poco favorecen la visión crítica y política sobre el sentido social de la enfermería.

Rojas-Reyes *et al.* refieren que la formación curricular de la enfermería ha pasado por diversas etapas de trans-

formación hacia la especialización o el conocimiento de alta complejidad en los cuidados profesionales. No obstante, en este proceso se obviaron los contextos que enmarcan la evolución y que dan respuesta a procesos coyunturales, políticos, económicos, sociales e históricos de la humanidad.<sup>4</sup>

Por ejemplo, en los años ochenta el marco curricular se formalizó sobre un marco biomédico y biologicista.<sup>5</sup> En tanto, en los años noventa el movimiento pedagógico entró en una crisis que se debatía entre lo conductual, lo humanístico y lo técnico;<sup>4</sup> finalmente, para el siglo XXI se hablaba de una enfermería institucional, universitaria y científica.<sup>4</sup> No obstante, el cambio de cientificidad fue acompañado con el modelo capitalista, lo cual, si bien condujo a cambios trascendentes en el modelo educativo, también trajo un incremento en la privatización de los sistemas de salud y la precarización laboral de la enfermería.

Como rescata Bernal, los cambios antes señalados marcaron la pauta para la implementación de una reforma curricular enfocada en el humanismo y la filosofía de la enfermería, lo que promovió en los nuevos profesionales un pensamiento más crítico; sin embargo, esto no fue suficiente, ya que no se problematizaron las responsabilidades y los alcances que tenían el binomio docente-alumno/a como sujetos/as y agentes de transformación y enunciación.<sup>6</sup>

Si de algo podemos dar cuenta es que en reducidas ocasiones se ha problematizado la complejidad de la relación docente y estudiante en sus interacciones, relaciones de poder y subjetividades. Asimismo, poco se ha argumentado sobre la representación simbólica de *ser enfermera/o* cimentada desde la formación, sin dejar de reconocer que dicha formación ha invisibilizado la relación de la enfermería con la historia de las mujeres, la política, el pensamiento latinoamericano y decolonial, y la fenomenología intersubjetiva e intercultural.

En este tenor, es necesario visibilizar cómo a partir del proceso formativo en la universidad se configura un modelo de enfermería profesional que instituye el *habitus académico patriarcal*, que a su vez reproduce el arquetipo y lenguaje estructural signifiante, normativo, filosófico y pragmático del discurso biomédico heteronormado, capacitista, racista y jerárquico.<sup>7</sup>

Desde esta perspectiva, el *habitus académico patriarcal* que se constituye en enfermería genera un entorno violento de formación que afecta no solo en lo personal y profesional, sino también en la consolidación profesional y la dignificación de la enfermería, ya que los mismos procesos de for-

mación universitaria reproducen la estructura jerárquica del sistema de salud, que coloca a la enfermería por debajo de otras profesiones, altos mandos y decisiones políticas en salud pública.

Además, las violencias vividas y aprehendidas por enfermeras/os durante la formación, como la subalternidad, la falta de autonomía y la normalización de las violencias como competencias profesionales adquiridas parecen un acto cubierto por la historia, los marcos normativos y de ética, así como por la cotidianidad del trabajo, mismos que aumentan el riesgo de permanecer con estos episodios violentos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la *violencia* como el uso de la fuerza física o el poder contra uno mismo, otra persona o un grupo de personas, que tiene como resultado la ocurrencia de lesiones, muerte, daños psicológicos, limitación en el desarrollo o privaciones. Así, se observa que existen diversos tipos de violencia; empero, para este trabajo nos hemos enfocado en la violencia por razón de género, que afecta específicamente a las enfermeras por ser mujeres, pobres, indígenas y disidentes sexuales, a través de la agresión, el acoso, la desigualdad, la subordinación y la diferencia subjetiva intersexual, la cual atraviesa a toda la enfermería como una profesión feminizada que abarca muchos espacios comunes con el hecho de ser mujer.<sup>8</sup>

El tema de la violencia de género en la enfermería ha sido abordado por Ruiz-Hernández *et al.*, quienes señalan que las enfermeras han sufrido, al menos, un episodio de violencia al año en el desempeño de sus funciones. En el caso específico de las enfermeras en formación fueron enfáticos al señalar que los profesores son los principales agresores, aunque también lo son otros colegas con los que coinciden en los sitios de aprendizaje práctico.<sup>9</sup>

Entre los factores que aportan a una mayor vulnerabilidad frente a la violencia en el contexto de la formación profesional de enfermería, se encuentra el tener un color de piel más oscuro, una orientación sexual no heterosexual, ser indígena y ser de sexo femenino. Otro factor cultural que aporta a esta vulnerabilidad es la falta de cultura de denuncia. Así, entre los factores que reducen la vulnerabilidad se señala con particular relevancia la conformación de redes de apoyo.

A partir de todos estos contraargumentos, y como enfermeras que entretejen la diversidad y la disidencia, nos propusimos en colectivo desarrollar una investigación cuyo objetivo fue analizar las violencias que viven las estudiantes de enfermería, a partir de la interacción,

enunciación y reflexión en formato de tendadero virtual de denuncias sobre algunas preguntas detonantes.

## Metodología

Se trata de un estudio cualitativo e inductivo, bajo los principios metodológicos de la etnografía virtual que posiciona a los escenarios virtuales, como algunas plataformas, para analizar las interacciones, los mecanismos de sociabilidad, afectividad y subjetividad construida en integrantes de comunidades cibernéticas sobre una problemática social como la violencia.<sup>10</sup> A partir de ello, se utilizó el enfoque feminista decolonial y emancipatorio del *tendadero de denuncias* propuesto por la artista visual Mónica Mayer (1978), que fue pensado para denunciar de forma creativa, anónima y emancipatoria las situaciones de violencia que viven las mujeres.<sup>11</sup>

El enfoque metodológico feminista decolonial y emancipatorio permite hacer de la investigación una herramienta que analiza individual y colectivamente las matrices colonizadas de un grupo de personas, además de que revierte la hegemonía del método científico extractivista y coloca al/la investigador/a en una posición horizontal, participativa y remunerativa. Así, las/os investigadoras/es se convierten en sujetos que investigan y son investigados y también son tocados por la interacción intersubjetiva; por consiguiente, la investigación se transforma en emancipación, porque no solo se reconocen las prácticas colonizadas por el género, la raza, el poder, el conocimiento, el ser y hacer, sino que se viven los procesos que generan la construcción de dichos *habitus* y cómo esas configuraciones perpetúan praxis violentas, naturalizadas, subordinadas y despolitizadas.

En este sentido, las metodologías decoloniales proponen nuevas formas de hacer investigación, así como métodos diversos y situados para recolectar la información y maneras distintas de enfoque y análisis de los datos, lo que resultó pertinente para implementar en la enfermería, ya que es una estrategia que propicia el actuar político por medio de la práctica de la denuncia y a su vez mantiene una naturaleza emancipatoria, dado que a través de la enunciación colectiva y anónima de las violencias vividas, la enfermera denunciante puede acceder a un proceso de sanación subjetiva a partir de 2 momentos diferenciados pero vinculados: 1) al hacer la denuncia anónima, y 2) al momento de poder leer los otros relatos con los cuales interpela y se permite tocar y ser tocada por las experiencias violentas propias y de otras.<sup>9</sup>

## Instrumentos de recolección de datos

El tendedero de denuncias en enfermería se diseñó con la herramienta virtual del Padlet, desde la cual se estableció una plataforma de fácil acceso, uso y transcripción, para que las personas pudieran hacer sus denuncias y al mismo tiempo les permitió hacer la lectura del resto de relatos que aparecen en dicha página. Cabe resaltar que siempre se tomaron en cuenta los criterios éticos de investigación que sostienen la conservación del anonimato, la confidencialidad de los datos y el acuerpamiento de la denunciante, derivado del riesgo que implica para las víctimas de violencia hacer la denuncia pública.

Bajo la epistemología feminista de “fuimos todas” nos orientamos para elaborar el diseño de la herramienta virtual, ya que la denuncia de la persona no desencadenaría en un acto individualista, sino en un hacer colectivo que denuncia y denuncia. Es por ello que ni las propias investigadoras pudieron tener el acceso a la identidad de las personas denunciadas, además de que ellas mismas también se convirtieron en denunciadas, tal y como ocurre con el método etnográfico de espacios virtuales.<sup>9,10</sup>

Asimismo, se estuvo invitando a las enfermeras que estuvieran estudiando la carrera, o por el contrario, que ya hubiesen vivido ese proceso académico y que decidieran denunciar sus propias violencias, dado que se reconoce que las víctimas no siempre denuncian o denuncian en el momento que ocurren estos hechos. Se invitó a todas las enfermeras por medio del Whatsapp, Facebook, Instagram y bola de nieve a hacer la denuncia colectiva; se les explicó el procedimiento y el resguardo de la identidad a partir del propio diseño de la plataforma. Finalmente, se compartió el enlace del Padlet y se agradeció la valentía de cada una de ellas para hacer su denuncia pública en colectivo.

Para la recolección de datos, se colocaron las siguientes preguntas, las cuales guiaron las respuestas de las profesionales de la enfermería durante su relato de violencias:

1. ¿Qué hechos o situaciones deseas mencionar que percibiste agresivos o violentos hacia tu integridad física, psicológica, emocional e identitaria en el trayecto de tu formación como enfermera/o/e? y
2. ¿Cómo te han cambiado la vida dichas situaciones?
3. ¿Qué hiciste para enfrentarlo?

## Proceso

A partir de dichos cuestionamientos y metodologías,

se hizo una sesión de invitación el 8 de marzo de 2022. Por medio de esa sesión, se elaboró un conversatorio de enfermeras diversas y disidentes. El diálogo de discusión versaba sobre la sensibilización de las violencias en enfermería. Al final de la mesa de diálogo, se presentó un video promocional para las/os participantes en el que se explicó detalladamente la metodología de recolección de datos.

Durante el periodo comprendido entre el 8 de marzo y el 3 de mayo de 2022, recibimos 17 denuncias de estudiantes, pasantes y enfermeras. Todas ellas eran mujeres enfermeras de diversos países latinoamericanos como Chile, Argentina, Colombia, México, Perú y Brasil, principalmente.

Las 17 denuncias se procesaron por medio de un análisis de contenido, mediante codificación abierta, axial y selectiva propuesta por la teoría fundamentada.<sup>12</sup> La triangulación de los datos la hicieron expertos, por medio de sesiones virtuales entre las investigadoras para el consenso de los resultados, lo cual se discutió en una sesión virtual y abierta al público en general.

## Resultados

Las 17 denuncias recibidas fueron hechas por mujeres enfermeras, pese a que la invitación fue extendida para todas/os las/os profesionales de enfermería. A partir del análisis de contenido de las denuncias y la triangulación entre investigadoras, se deliberó que era pertinente la discusión del fenómeno a partir de 3 categorías emergentes lo suficientemente consolidadas: 1) complot y pacto patriarcal; 2) pedagogía enfermera de la crueldad y 3) liberación de la conciencia.

### Complot y pacto patriarcal

Según la Declaración de las Naciones Unidas, desde 1980 la violencia contra las mujeres por razón de género es el crimen encubierto más numeroso del mundo. El solo hecho de que una sea mujer la condiciona a ser víctima de una serie de delitos y violencias que perpetúan su vulnerabilidad. Por tanto, ser mujer y enfermera precariza su condición laboral, interprofesional, de seguridad e identitaria. Y para ello, solo existe un origen, el patriarcado.<sup>13</sup>

El patriarcado es estudiado por el feminismo como la ontología y epistemología que produce la desigualdad, discriminación y violencia contra las mujeres, y en este caso las enfermeras, pues esta ontología configura el *habitus académico patriarcal*, el cual no solo se conserva de forma abstracta como filosofía, sino que se ancla a un mecanismo

regulatorio de la práctica enfermera que justifica todo acto de acoso, agresión, subalternidad y autoritarismo.

En este sentido, las violencias que se reproducen en las estudiantes de enfermería tienen relación con la denominada precarización de la posición femenina en el interior de las ciencias de la salud y con el principio de dueñidad, ambos planteados por Rita Segato.<sup>14</sup> Es decir, no habría actos de violencias hacia las estudiantes de enfermería si no se instituyera desde la academia dicho *habitus*, el cual permea y favorece el complot y pacto patriarcal entre hombres y mujeres que sostiene la posición masculina de dominación, es decir, el pacto patriarcal conlleva al encubrimiento y complot con el agresor, quien normalmente ocupa una posición de poder, como, por ejemplo, los docentes, directivos, supervisores y jefes de enfermería.<sup>15</sup> En general, no existiría la reproducción de las violencias si no fuera permitida y reproducida por las autoridades enfermeras y médicas.

Cuando estuve haciendo mis prácticas de enfermería crítica, me asignaron como alumna de un enfermero general del turno nocturno que nivelaba la plaza superior de intensivista. En una guardia, él arregló todo para que mi turno de ir a descansar fuera con él. Yo no sabía, porque todo lo organizaron los de base. Al informarme de la situación sentí mucho miedo, porque ya sentía la intención de esta persona, pero como era la estudiante y me trataban con la punta del pie por serlo, no pude decir nada (...) Ahora el enfermero es mi compañero, ya fue acusado por algunos familiares de tocar a sus hijas pacientes y las jefas optan por culpar a otros, porque como les nivela la plaza y es barbero, los directivos minimizan la situación solapando e incurriendo [encubriendo] a un pederasta (Padlet-denuncias, 2022).

Cuando entré al servicio social, me tocó circular una cirugía, y realmente debo decir que no me gusta secar el sudor del cirujano, pero ese día se la volaron, porque me hicieron darle un dulce en la boca. Me dio mucho asco, pero no tenía opciones porque el mismo cirujano lo pidió y la circulante e instrumentista lo aprobaron y me obligaron a realizar ese acto (Padlet-denuncias, 2022).

Somos mujeres... somos enfermeras y en su mayoría somos pobres. Pero somos madres. Somos amigas. Cuidamos. Sufrimos violencia y los mismos que dicen defender los derechos de las mujeres nos vulneran y maltratan (Padlet-denuncias, 2022).

El posicionamiento de poder y la epistemología masculina se sostienen en un complot patriarcal que configura complicidades, asentimientos y tramas de planeación entre hombres, así como entre mujeres que comparten anti-valores patriarcales, los cuales llegan a justificar formas de violencia tan graves como la violación.

En trabajo de campo fui acosada por otro estudiante de enfermería con el que compartimos habitación otra compañera y yo... [Él] se metió en mi cama y me empezó a tocar. Yo no me pude mover porque mi memoria corporal ya agredida sexualmente me lo impidió. Fui juzgada por mi compañera, que presencié la situación. Recuerdo que ese día empaqué mis cosas y le informé a mi profesor que regresaba a la ciudad sin comentar la situación. La noche anterior el profesor había bebido alcohol con los estudiantes, incluido el agresor (Padlet-denuncias, 2022).

### *Pedagogía enfermera de la crueldad*

Rita Segato habla de pedagogías de la crueldad para hacer referencia a todas las prácticas “pedagógicas” que buscan colonizar a los educandos por medio de subjetividades que los cosifican, los vulneran, los excluyen de saberes propios y los someten a riesgos de estabilidad emocional y, principalmente, hacen uso del mecanismo del miedo como herramienta para la transmisión de conocimientos disciplinares y comportamientos conductuales de enfermería.<sup>16</sup>

En este sentido, la pedagogía de la crueldad es un paradigma que permea en la formación de los profesionales de la salud. Es a partir de sus conceptos filosóficos, como el miedo, la crueldad, la frustración, la vergüenza y la tolerancia al estrés, que se va entramando todo un *habitus académico patriarcal* que metodológicamente reproduce la precarización, la no dignificación y la falta de reconocimiento de la estudiante de enfermería como un agente social y político.

Esta docente tenía todo el poder en sus manos. No era una persona adecuada para formar personas en el cuidado humanizado. Para escribir aquí, les pedí a un grupo de amigas de la universidad (ya tenemos 29 años de egresadas) que me dijeran algo de la docente Beatriz y me escribieron algunos relatos, los cuales enumeré aquí: 1. Era muy irónica... le gustaba dejarte en ridículo y lo hacía frente a cualquier persona... Uno pensaba que era lo peor... Una vez por hacerle una trenza a una paciente se enfureció y me dijo que si quería ser peluquera me fuera a estudiar eso... 2. Ella

se aprovechaba de sus condiciones físicas (tamaño) y ese afán de interrogatorio que muchas veces no era docencia... Literalmente se trataba de intimidar. Siempre tenías miedo. Eso es violencia psicológica. 3. La profe entró a la sala. Yo me quedé petrificada al pie de la cama de la paciente (era una chica joven que había intentado quitarse la vida). Traté de escribir algo en la ficha, estaba tiritando y la paciente me miró y me dijo “tranquila. Tu profesora ya se fue”. Estaba muerta de miedo y me sentí sin las capacidades para cuidar. 4. Aprovechaba su estatura, postura y que hablaba fuerte para intimidar. Miraba más qué tipo de zapatos tenías que cómo trabajabas. Le gustaba achicar a la interna o alumna de enfermería y a la copucha con las otras carreras, sobre todo becados o estudiantes de medicina. Humillaba sin piedad. A mí me hizo hacer una cama en tiempos quirúrgicos y cuando terminé me dijo “serías una excelente auxiliar”. 5. Mis zapatos eran teñidos azules y manchaban esas horribles pantys blancas. Me dijo, “Tienes que comprar otros” a pesar de que le expliqué que no tenía plata y me respondió que no era su problema. 6. Tacos se escuchan en el pasillo. Una voz, la única voz que en mi cabeza retumba, mi mente en blanco, mis manos húmedas. No logro concentrarme en lo que estoy haciendo: se me olvida todo, miro la ficha y hago como si la estuviera leyendo, no veo nada. Quiero arrancar y mis piernas no responden, pero sé que no puedo, debo seguir. Una profesional es lo que tengo que conseguir. Ahora me pregunto ¿Cómo pudimos permitir tanto abuso de poder? Entiendo que estaba muy normalizado este tipo de trato hacia las alumnas y las primeras en normalizarlo eran sus propias compañeras de trabajo, nuestras propias docentes que también ejercían abuso de poder sobre nosotras. Reconozco que esos hechos nos marcaron para siempre (Padlet-denuncias, 2022).

### *Liberación de la consciencia*

Ser consciente socialmente consiste en una reflexión crítica y constructiva de la realidad que estaba naturalizada y mitologizada por valores y principios patriarcales profesionales o personales, los cuales justificaban las violencias vividas en la formación enfermera como competencias y habilidades que las aprendices debían experimentar para llegar a ser profesionales de enfermería.<sup>17</sup>

Además, se habla de un proceso de liberación de la consciencia, porque las enfermeras toda vez que ya han desnaturalizado las violencias, pueden releer sus emociones y experiencias, y traducirlas en lenguaje crítico que analiza la colonización de sus conocimientos, poderes,

saberes, emociones y cuerpo, para decolonizar su ser y hacer. Se trata de encontrar respuestas para reformular hacer y sanar el cuerpo para sanar la profesión.

Recuerdo todas las formas posibles en las que podría haber respondido y he entendido por qué no pude responder en ese momento. Ahora lo enfrento cuestionando todas las prácticas con las que me formaron dentro del modelo biomédico machista y patriarcal. Me estoy reinventando, aprendiendo sobre mis procesos de cuidado y sobre las formas diversas de cuidar a las mujeres desde la autonomía, el respeto y el consentimiento informado con compañeras feministas. (Padlet-denuncias, 2022).

Mi anhelo es tener la fuerza para que cuando vuelva a tener un evento así, pueda decirles que me incomoda y que quisiera que supieran que su comportamiento va en contravía de sus discursos reiterativos de ‘empatía y gestión del cuidado’. (Padlet-denuncias, 2022).

### **Discusiones y conclusiones**

Lo primero que resulta relevante señalar es respecto a la pertinencia de la metodología de la etnografía virtual, la cual nos permitió atender la contingencia por COVID-19 y la producción investigativa. No obstante, es una metodología que favorece el trabajo de investigación sobre temas sensibles como las violencias, pues no siempre las víctimas se encuentran preparadas para denunciar estos hechos en el momento que ocurre el evento, además de que temen hacerlo abiertamente y de forma individual por los cargos, temores, burlas y consecuencias de ello.

Desde nuestra experiencia, crear la plataforma virtual bajo el enfoque feminista y decolonial del acto político de la denuncia posibilitó que las colegas ejercieran el rol de agentes de enunciación y transformación, por medio de un proceso reflexivo más flexible, justo, personal y colectivo, que les permitió controlar las emociones y escribir en lugar de hablar como primer recurso descolonizador, lo que hace una enorme diferencia al momento de revivir y resignificar las experiencias, ya que las personas se autorregulan sin presiones externas, además de que no se sienten invadidas y vulneradas por una persona que las cuestiona y analiza.<sup>18</sup>

Las historias compartidas reafirman lo que otras autoras feministas ya han señalado en el sentido de que las instituciones de educación superior (IES) son espacios

en los que se ejerce y viven diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres, particularmente el hostigamiento y acoso sexual (HAS) e incluso la violación.<sup>19</sup> De igual manera, el que todas las participantes hayan sido mujeres, aun cuando la convocatoria se hizo abierta, reitera el hecho de que las formas en que esta se ejerce y sus implicaciones tienen un perfil diferenciado entre estudiantes hombres y mujeres.<sup>20</sup> En este caso, al ser enfermería una carrera por su naturaleza histórica, feminizada y empobrecida, se coloca en una particular posición de vulnerabilidad frente al fenómeno, y particularmente respecto al acoso y hostigamiento sexual.<sup>21,22</sup>

Uno de los resultados que mayormente nos afectó como investigadoras fue dar cuenta de que las violencias que experimentan las enfermeras en formación son permeadas por el pacto y el complot patriarcal que existe en el interior de la profesión por docentes y jefas aliadas y reivindicadoras del orden patriarcal, ya que el silencio, la justificación, el encubrimiento, la naturalización y la reproducción de las violencias son condiciones que se pactaron históricamente para conservar el dominio masculino y la precarización de la mujer enfermera, lo cual se traduce en la configuración del *habitus académico patriarcal*, adquirido desde la universidad y que conforma la subjetividad de las enfermeras.<sup>23</sup>

Por ende, es en las IES donde se reproduce el *habitus académico patriarcal* como episteme de las violencias contra las mujeres. Y es bajo este precepto que se forma a las enfermeras bajo una pedagogía de la crueldad que las violenta o amenaza constantemente, y las capacita para que ellas más tarde reproduzcan estas violencias contra otras mujeres, particularmente con aquellas a quienes identifiquen en situación de inferioridad o subordinación, porque no podemos dejar de reconocer que la violencia es, además, un recurso que obedece a cuestiones de jerarquía y uso de poder.

Como señala Meléndez, existe un *habitus académico patriarcal* que demanda en la formación universitaria valores asociados a los mandatos de género, en el que mientras a los hombres se les estimula para ser creativos y arriesgados, a las mujeres se nos obliga a continuar mostrando obediencia, abnegación, humildad y miedo; se trata de códigos patriarcales que reivindican la cultura hegemónica que sostiene la desigualdad entre los géneros, incluso en la modernidad, en la que mujeres y hombres accedemos a los estudios universitarios.<sup>7,24</sup>

Las formas de forzar a las mujeres a aceptar esa desigual realidad son diversas y cada vez más cruentas, inclu-

yendo como hemos dado cuenta, la sexual. La agresión sexual es una violencia que responde a una lógica de poder dentro de un espacio que no es neutro sino masculino, las IES hechas por hombres y a su medida, espacios donde la agresión sexual no puede contemplarse como una agresión acotada a lo personal, sino como resultado de la búsqueda continua de la vindicación de lo masculino dentro de un territorio que las mujeres no deberíamos ocupar.<sup>25</sup>

Con esta investigación logramos identificar algunos procesos de desnaturalización de las violencias y liberación de la conciencia enfermera, ya que muchas de las denunciadas no se encontraban estudiando al momento, sino que ya ejercían la profesión y se habían encontrado con espacios de sanación feministas, y ya habían tenido acercamientos previos con nuestro colectivo de enfermeras disidentes. Estaban en la frontera profesional con otras ciencias, por lo cual se sentían preparadas para el ejercicio consciente de la denuncia, y para evocar sus propios procesos de sanación y experiencias con esta nueva forma de enunciar y empatizar con el dolor de la otra.

En este proceso de liberación de la conciencia, las enfermeras no solamente ejercieron el derecho a la denuncia, también pudieron identificar matrices colonizadas sobre la profesión, así como reencontrarse y reencontrarse con la enfermería por medio de la reivindicación de su posicionamiento feminista, del activismo y de la conformación de redes de apoyo para otras enfermeras, situación que Segato identifica como contrapedagogía del poder y resistencia al orden patriarcal.<sup>16</sup>

Finalmente, sobra decir que esta investigación al realizarse por fuera de lo institucional permitió el acercamiento de enfermeras víctimas que optaron por la denuncia sin ser acalladas y limitadas sobre la exposición de sus experiencias de violencias, además de que se permitieron enunciar y ser leídas por otras enfermeras que también habían vivido procesos semejantes o diferentes, lo que nos dio la oportunidad como investigadoras de hacer reflexiones más diversas y críticas entre nosotras y con otras enfermeras de América Latina, sin distinción de espacio y personas. Por consiguiente, fuimos conscientes de que las violencias que padecen las estudiantes de enfermería se reproducen desde el propio marco curricular que institucionaliza un *habitus académico patriarcal* que defiende los valores machistas o misóginos, se basa en fundamentos filosóficos androcéntricos y se justifica por un complot patriarcal entre agresores y enfermeras/os que ocupan puestos de poder.

## Limitaciones

Consideramos que la pandemia por COVID-19 nos invitó a pensar en nuevas estrategias de interacción simbólica y de generación del conocimiento; empero, también limitó nuestro contacto físico para poder leer las emociones, los gestos y las miradas que son parte de los resultados. Asimismo, creemos que la contrahegemonía y la propuesta metodológica decolonial favorecen una ética del cuidado al producir investigación, debido a la horizontalidad metodológica y a las formas más contextuales y próximas a las personas para la recolección de datos; no obstante, es una metodología innovadora que poco se ha utilizado en las ciencias de la salud y, por ende, se requiere de una búsqueda minuciosa y contenida de investiga-

dores/as enfermeros/as que dominen el enfoque teórico decolonial, un proceso que nos llevó un año de búsqueda y conformación de red.

## Agradecimientos

Como colectivo de Enfermeras Diversas y Disidentes hacemos un agradecimiento especial a la doctora Mónica Mayer (artista y crítica de arte mexicana, feminista, columnista del diario El Universal y cofundadora de Pinto mi Raya), por todo el apoyo brindado durante la pandemia por COVID-19 para la realización de este trabajo, específicamente por habernos compartido su metodología del tendadero de violencias.

## Referencias

1. American Nursing Association. What is nursing? ANA; 2021. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/EspecialmenteForYou/What-is-Nursing>
2. International Council of Nurses. Definition of Nursing. Geneva, Switzerland: ICN; 2002. Disponible en: [https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions/currentnursingdefinitions#:~:text=Short%20definition%20of%20%22nursing%22%20\(%2C%20disabled%20and%20dying%20people](https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions/currentnursingdefinitions#:~:text=Short%20definition%20of%20%22nursing%22%20(%2C%20disabled%20and%20dying%20people)
3. Foucault M. El orden del discurso. Segunda edición. España: Tusquets, Cuadernos Marginales; 1980.
4. Rojas-Reyes J, Rivera-Álvarez L y Medina-Moya J. Los currículos en enfermería y el desarrollo de las competencias interpersonales: el caso de Colombia. *Index Enferm* 2020; 28(4). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962019000300013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300013)
5. Gómez-Serrano C, Munar-Olaya C, Parrado-Lozano Y, et al. Tres Escuelas. Una historia. Formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
6. Bernal C, Pardo P, Pinto M. Crear espacios educativos de cuidado en el currículo de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998.
7. Meléndez FL. El habitus académico como generador de resistencias en las profesoras. *Revista Educación, Política y Sociedad* 2021;6(2): 62-90. doi: 10.15366/revs2021.6.2.003
8. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia. Ginebra, Suiza: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
9. Ruiz-Hernández J, López-García C, Llor-Esteban B, et al. Evaluación de la violencia de los usuarios en la atención primaria de salud: Adaptación de un instrumento. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2016;16(3):295-305. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.06.001
10. Ruiz-Méndez MR, Aguirre-Aguilar G. Etnografía virtual, un acercamiento al método y a sus aplicaciones. *Estudios sobre las culturas contemporáneas* 2015;XXI(41):67-96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/316/31639397004.pdf>
11. Mayer M. El tendadero. México: Museo Universitario de Arte Contemporáneo, Serie documental de El tendadero; 1978. Disponible en: <https://muac.unam.mx/objeto/el-tendadero>
12. Glaser P. Jargonizing: the use of the grounded theory vocabulary. *The Grounded Theory Review*. 2009;8:1-16.
13. Cagigas-Arriazu AD. El patriarcado, como origen de la violencia doméstica. *Monte Buciero*. 2000;5:307-18.
14. Segato R. La estructura de género y el mandato de violación. En: De Santiago CG. *Mujeres intelectuales. Feminismos y liberación en América Latina y el Caribe*. Segunda edición. CLACSO; 2017: 299-332.
15. Delgado LS. Rita Segato: "Hay que demostrar a los hombres que expresar la potencia a través de la violencia es una señal de debilidad". *Diario El Salto*. Sección Feminismos. 26 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/feminismos/rita-segato-hay-que-demostrar-hombres-expresar-potencia-violencia-senal-debilidad>
16. Segato R. *Contrapedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2018.
17. Busnelo G. Tipos de violência no trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*. 2021;25(4):1-11. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0427
18. Chan C. Visualización del acoso en tenderos universitarios; una construcción de paisajes lingüísticos. *Puriq*. 2021;3(4):622-34. doi: 10.37073/puriq.3.4.229
19. Cárdenas W. Acoso sexual en universidades. *Revista Científica Multidisciplinaria Ciencia Latina*. 2022;6(3):445-85. doi: 10.37811/cl\_rcm.v6i3.2238
20. Castillo A. Percepción de violencia y sexismo en estudiantes universitarios. *Revista Entorno*. 2018;66:51-61.
21. García-Oramas M. Acoso y hostigamiento sexual en el ámbito universitario, los caminos de la praxis. *Educação em Perspectiva*. 2019; 10. doi: 10.22294/eduper/ppge/ufv.v10i0.7127
22. Segato R. *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos, y una antropología por demanda*. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2013.
23. Bourdieu P. *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama; 1999.

24. Segato R. Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2010.
25. Pérez-Fuentes M. Violence and job satisfaction of nurses: importance of a support network in healthcare. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. 2022;13(1): 21-8. doi: 10.5093/ejpalc2021a3

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

Mijangos-Fuentes KI, Rangel-Flores YY, Domínguez SE, *et al.* Tendedero latinoamericano: violencias durante la formación educativa en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(2):e1537. doi: 10.5281/zenodo.15091707

María de Lourdes Medina-Frausto<sup>1a</sup>, Gloria Patricia Sosa-Bustamante<sup>2b</sup>, Alma Patricia González<sup>2c</sup>, Carlos Paque-Bautista<sup>2d</sup>, Gustavo Joaquín Cruz-Ruelas<sup>3e</sup>, Gabriela del Rocío Saldívar-Lara<sup>1f</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Dirección de Enfermería en Salud. León, Guanajuato, México

<sup>2</sup>Instituto 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

<sup>3</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, División de Pediatría. León, Guanajuato, México

Autorización del Comité de Ética para la Investigación en Salud 10028 y Comité Local de Investigación en Salud 1002 R-2024-1002-057

Doi: 10.5281/zenodo.15091716

### Resumen

#### ORCID

0009-0007-2559-3286<sup>a</sup>

0000-0002-8460-4965<sup>b</sup>

0000-0002-3401-7519<sup>c</sup>

0000-0002-2658-0491<sup>d</sup>

0009-0000-4841-856X<sup>e</sup>

0009-0001-3189-4938<sup>f</sup>

#### Palabras clave:

Agotamiento Psicológico

Distrés Psicológico

Personal de Enfermería

Enfermeras Pediátricas

#### Keywords:

Burnout, Psychological

Psychological Distress

Nursing Staff

Nurses, Pediatric

#### Correspondencia:

Gabriela del Rocío Saldívar Lara

**Correos electrónicos:**

gsaldivar799@gmail.com

gabriela.saldivar1@imss.gob.mx

**Fecha de recepción:**

12/10/2024

**Fecha de aceptación:**

31/12/2024

**Introducción:** se considera que tanto en situaciones de distrés moral como de síndrome de *burnout* (SB) la limitación de estructuras efectivas y de apoyo en el trabajo pueden afectar la capacidad de las personas para ser eficaces. Incluso el distrés moral se ha considerado un factor de riesgo para el SB en personal de enfermería.

**Objetivo:** determinar la asociación entre las dimensiones del distrés moral y el SB en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica.

**Metodología:** estudio transversal analítico en una muestra de 241 enfermeras de áreas de atención pediátrica. Se recolectaron datos sociodemográficos y laborales. Se utilizó el instrumento MMD-HP-SPA para distrés moral y el *Maslach Burnout Inventory* para SB. Además, se empleó un análisis bivariado con razón de momios y un análisis multivariado con regresión logística, con pasos sucesivos hacia atrás.

**Resultados:** hubo SB en 34.43% del personal de enfermería. El tabaquismo como factor de riesgo tuvo una RM de 2.28 (IC 95% 1.08-4.80,  $p$  0.02). Contar con una red de apoyo (RM 0.53, IC 95% 0.29-0.93,  $p$  0.02) y trabajar en otra institución (RM 0.17, IC 95% 0.03-0.79,  $p$  0.02) funcionaron como factores protectores. El distrés moral en nivel moderado-alto se asoció con SB (RM 2.15, IC 95% 1.23-3.75,  $p$  < 0.0001).

**Conclusiones:** el distrés moral asociado con el SB en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica permite tener el panorama de salud laboral del personal de enfermería en particular y del personal de salud en general.

### Abstract

**Introduction:** It is considered that in situations of moral distress as well as of burnout syndrome (BS) the limitation of effective structures and support at work can affect the ability of people to be effective. Even moral distress has been considered a risk factor for BS in the nursing staff.

**Objective:** To determine the association between the dimensions of moral distress and BS in nursing staff working in pediatric care areas.

**Methodology:** Analytical cross-sectional study in a sample of 241 nurses from pediatric care areas. Sociodemographic and work data were collected. The MMD-HP-SPA instrument was used for moral distress and the Maslach Burnout Inventory for BS. Besides, it was used a bivariate analysis with odds ratio and a multivariate analysis with successive backward stepwise logistic regression.

**Results:** there was BS in 34.43% of nursing staff. Smoking as a risk factor had an OR of 2.28 (95% CI 1.08-4.80,  $p$  0.02). Having a support network (OR 0.53, 95% CI 0.29-0.93,  $p$  0.02) and working in another institution (OR 0.17, 95% CI 0.03-0.79,  $p$  0.02) worked as protective factors. Moderate-high moral distress was associated with BS (OR 2.15, 95% CI 1.23-3.75,  $p$  < 0.0001).

**Conclusions:** Moral distress associated with BS in nursing staff working in pediatric care areas allows us to have an overview of the occupational health of nursing staff in particular and of health personnel in general.

## Introducción

El síndrome de *burnout* (SB) es el resultado de estrés crónico que se ha acumulado en el lugar de trabajo y que no se ha manejado con éxito. Las dimensiones que lo conforman, según la escala de *Maslach Burnout Inventory*, son 3: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.<sup>1,2</sup> Se ha explicado más por factores laborales que por factores emocionales y morales.<sup>3</sup> La prevalencia del SB en personal de enfermería a nivel mundial es de 11.23%<sup>4</sup> y en México, entre 82.2 y 91%.<sup>5,6</sup> Las dimensiones de estudio que lo conforman son: a) prevalencia de cansancio emocional (58.5%), b) despersonalización (59%), y c) baja realización personal (65%).<sup>7</sup>

El distrés moral se ha reportado en el 64.78% de los cuidadores de salud que se desempeñan en una unidad de cuidados intensivos pediátricos.<sup>8</sup> Consiste en un estado de angustia que ocurre cuando se tiene conocimiento de la acción éticamente correcta que se debe llevar a cabo ante una situación específica, pero ante la que existen limitaciones, reales o percibidas, que le impiden al profesional de salud llevarla a cabo.<sup>9,10</sup> Incluso el distrés moral se ha considerado un factor de riesgo para desencadenar el SB.<sup>11,12</sup> Se considera que, tanto en situaciones de distrés moral como del SB, la limitación de estructuras efectivas y de apoyo en el trabajo puede afectar la capacidad de las personas para ser eficaces.<sup>13,14,15</sup>

En el campo de la práctica clínica, el personal de enfermería puede enfrentar dilemas éticos ante situaciones como la falta de recursos humanos para el proceso de atención y un clima laboral inadecuado que, en consecuencia, con la sobrecarga de trabajo, condicionan la presencia de estrés como un factor de riesgo para el desarrollo del SB.<sup>16</sup> Como es inherente a su labor, el personal de enfermería es susceptible de padecer altos niveles de estrés laboral, debido a las implicaciones psicológica y emocional que conlleva el trato e interacción durante el proceso de atención directa al paciente y su familia,<sup>17,18</sup> además de que esto puede afectar su calidad de vida y por ende su desempeño en la atención a la salud.<sup>19,20</sup> También se vincula con otros factores como la edad, el sexo, la experiencia laboral y el nivel educativo.<sup>21</sup>

Se ha demostrado correlación positiva entre el distrés moral y el SB en personal de enfermería en hospitales de tercer nivel de atención, así como la hipótesis de que a mayor optimismo, autoeficacia, esperanza y resiliencia, es menor el distrés y el *burnout*.<sup>22</sup> En áreas de atención neonatal, se ha referido la asociación entre distrés con la dimensión

de agotamiento emocional del *burnout*,<sup>23</sup> con mayor frecuencia en personal de enfermería y fisioterapeutas.

Por consiguiente, el perfil sociodemográfico y laboral son determinantes para la presencia del distrés moral y el SB.<sup>24</sup> Como resultante, el entorno laboral debe estar orientado a favorecer las condiciones, el desempeño y las habilidades del personal de enfermería en beneficio del bienestar y la salud del personal y de los pacientes, sobre todo en las áreas de cuidados críticos y en situaciones de atención de emergencias.

El distrés moral y el SB en el personal de enfermería que labora en las áreas de atención pediátrica se relacionan con factores sociodemográficos y laborales, como la creciente demanda de la población con necesidades de atención y de grupos específicos como la población pediátrica. Dicha situación implica un desgaste profesional expresado por la autopercepción de no tratar con eficacia los problemas y necesidades de atención del paciente, lo cual incide en sentirse con poca energía en el trabajo y en referir que los problemas emocionales no son tratados de forma adecuada. Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue determinar la asociación entre las dimensiones del distrés moral y el SB en el personal de enfermería que labora en las áreas de atención pediátrica del Hospital de Gineco Pediatría No. 48 del Centro Médico Nacional del Bajío, en León, Guanajuato, México.

## Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico con personal de enfermería de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Pediatría No. 48 del Centro Médico Nacional del Bajío. El personal de enfermería se seleccionó de las áreas de atención pediátrica, como la unidad de cuidados intensivos neonatales, unidad de cuidados intensivos pediátricos, cuneros patológicos, urgencias pediátricas, hospitalización de pediatría, quirófanos pediátricos y consulta externa de pediatría. Se incluyó personal de todas las categorías y turno laboral. No se incluyó al personal en periodo vacacional, ni a aquel con incapacidad laboral o con permiso laboral. Se consideró como criterio de exclusión los casos con cuestionarios incompletos.

El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. El tamaño de muestra se realizó con la fórmula de poblaciones finitas en una población de 649 participantes, con nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, por lo que se obtuvo una muestra de 241.

### *1. Cuestionario de variables del perfil sociodemográfico, laboral y clínico*

Se registró en el perfil sociodemográfico edad, sexo, estado civil, religión, número de hijos, personas económicamente dependientes, red de apoyo, grado máximo de estudios, profesión diferente a enfermería y violencia familiar. Para el perfil laboral se registró el nivel de especialización, años de antigüedad, turno, tipo de contrato, servicio laboral, si hacían turnos y horas extra, si trabajaban en otra institución de salud y si hacían alguna otra actividad laboral distinta de enfermería.

También se registró el perfil clínico, que consistió en la presencia de comorbilidades como obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, cáncer, trastornos de ansiedad o depresión y si recibía tratamiento, actividad física, además de presencia de toxicomanías (tabaquismo y consumo de alcohol).

### *2. Cuestionario de Medida del Distrés Moral para Profesionales de la Salud*

Este cuestionario (cuya sigla es MMD-HP-SP) describe situaciones que ocurren en la práctica clínica que pueden causar o no distrés. Para cada situación se le pidió al participante responder en 2 dimensiones: a) frecuencia con la que ocurre y b) el nivel de distrés.

Constó de 27 ítems con respuestas tipo Likert para registrar la percepción de frecuencia para cada situación, con puntuaciones desde 0 (nunca) hasta 4 (muy frecuente). Para medir el nivel de distrés moral, las puntuaciones van de 0 (ninguno) a 4 (máximo). Para generar una puntuación de ítem compuesta, se multiplicó la puntuación de frecuencia con la de nivel de distrés para cada ítem; el producto de cada elemento varió de 0 a 16 puntos. Para obtener la puntuación de distrés, se sumaron las puntuaciones compuestas obtenidas de la multiplicación de frecuencia por nivel de distrés. La puntuación resultante basada en 27 elementos tuvo un rango de 0 a 432 puntos. El puntaje total obtenido se clasificó en nivel alto (289 a 432), nivel medio (145 a 288) y nivel bajo (0 a 144).

Se analizó el distrés moral con base en 5 dimensiones: atención sanitaria (8 ítems), obstinación (5 ítems), relaciones interpersonales (5 ítems), presión externa (5 ítems) y encubrimiento de mala práctica médica (4 ítems). El

cuestionario tuvo una alta confiabilidad  $\alpha$  de Cronbach, la cual fue de 0.94 a 0.97.

### *3. Cuestionario Maslach Burnout Inventory*

Este cuestionario (cuya sigla es MBI) tiene 22 ítems con 7 opciones de respuesta, desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). El total de ítems se agrupan en 3 dimensiones: a) agotamiento emocional (AE, 9 ítems), b) despersonalización (DP, 5 ítems), c) realización personal (RP, 8 ítems). El puntaje total se obtiene de la suma de los ítems por cada dimensión y se clasificaron en niveles alto, moderado y bajo. Se estableció la presencia del SB cuando se obtuvieron 2 puntuaciones altas en las dimensiones de AE (27 a 54) y DP (10 a 30), y puntuación baja en RP (0 a 33).

#### *Análisis estadístico*

Se trató de un análisis descriptivo con frecuencia y porcentaje que se analizaron con prueba de chi cuadrada y exacta de Fisher de acuerdo con su frecuencia. Se realizó análisis bivariado con razón de momios (RM) para establecer la asociación entre las variables. El análisis multivariado se hizo con regresión logística, con pasos sucesivos hacia atrás. Se utilizó el paquete estadístico NCSS 2024® y Epidat 3.1. Se consideró significación estadística con un valor de  $p < 0.05$ .

#### *Aspectos éticos*

Esta investigación se catalogó como de riesgo mínimo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículo 17. Se solicitó firma de consentimiento informado a los participantes.

#### **Resultados**

De los 241 participantes de enfermería que se desempeñan en áreas de atención pediátrica, el 88.38% (213) fue personal con contratación de base, el 77.59% (187) mujeres, con medianas de edad 36 años (rango intercuartílico [RIC] 31-43) y antigüedad laboral 11 años (RIC 5-17). Casi la mitad del personal, 48.13%, refirió su estado civil como casado y como soltero el 43.57%. Predominó la participación del personal que labora en turno matutino (48.96%), la categoría laboral de enfermera general (50.21%) y nivel educativo de postécnico (40.66%). Del total de personal,

el 57.26% laboraba en servicios de hospitalización y el 18.25% en unidad de cuidados intensivos.

Cabe señalar que 35.27 y 13.69% de los participantes refirieron consumo de alcohol y tabaco, respectivamente. En 71.78% (173) se identificó sobrepeso y obesidad, en 10.79% (26) enfermedad tiroidea y en 17.84% (43) trastorno de ansiedad o depresión (cuadro I).

En el 34.43% (83) del personal de enfermería en el que se encontró SB se identificó como factor de riesgo el tabaquismo (RM 2.28,  $p = 0.02$ ) y como factores protectores contar con red de apoyo (RM 0.55,  $p = 0.04$ ) y trabajar en otra institución de salud (RM 0.20,  $p = 0.02$ ) (cuadro II).

Para fines del análisis bivariado se conjuntaron los niveles alto y moderado de distrés moral obtenidos del 33.19% (80) del personal de enfermería participante, en el que se identificó que padecer diabetes mellitus (RM 4.27,  $p = 0.02$ ) es un factor de riesgo para distrés moral y como factor protector está la religión católica (RM 0.37,  $p = 0.01$ ) como se muestra en el cuadro III.

Al analizar las 5 dimensiones de distrés moral, se encontró que en la dimensión de asistencia sanitaria el 59.03% (49) del personal de enfermería con SB presentó distrés moral en nivel moderado-alto ( $p \leq 0.0001$ ) y en la dimensión de relaciones interpersonales fue en 46.98% (39) del

personal participante. Las 5 dimensiones del distrés moral en nivel moderado-alto se asociaron ( $p \leq 0.0001$ ) con el SB (cuadro IV).

Del análisis bivariado entre distrés moral y SB por cada una de sus dimensiones se conjuntaron los niveles moderado-alto frente al nivel bajo. Destaca el 71.08% (59) del personal de enfermería en nivel bajo de realización personal, lo cual es un factor de riesgo en la dimensión de relaciones interpersonales del distrés moral con las dimensiones de despersonalización (RM 2.18, IC 95% 1.20-3.95  $p < 0.001$ ) y agotamiento emocional (RM 2.70, IC 95% 1.50-4.85,  $p < 0.001$ ) del SB. Es relevante que la dimensión de presión externa del distrés moral es un factor de riesgo para las dimensiones de realización personal (RM 2.58, IC 95% 1.35-4.93,  $p < 0.001$ ) y agotamiento emocional (RM 3.37, IC 95% 1.79-6.33,  $p < 0.001$ ). A excepción de la dimensión obstinación terapéutica, 4 de las dimensiones del distrés moral son factores de riesgo para el SB (cuadro V).

El cuadro VI presenta el análisis multivariado de regresión logística, con pasos sucesivos hacia atrás. Tanto la red de apoyo (RM 0.53, IC 95% 0.29-0.93,  $p = 0.02$ ) como trabajar en otra institución (RM 0.17, IC 95% 0.03-0.79,  $p = 0.02$ ) resultaron factores protectores para SB (RM 0.3262, intercepto 0.53, EE 0.20,  $p = 0.008$ ).

**Cuadro I Perfil sociodemográfico y laboral del personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica (n = 241)**

Características	n	%	Características	n	%
Estado civil			Servicio de atención pediátrica		
Casado	116	48.13	Hospitalización	138	57.26
Soltero	105	43.57	Urgencias	31	12.86
En unión libre	20	8.30	Unidad de cuidados intensivos	44	18.25
Turno laboral			Quirófanos	19	7.88
Matutino	118	48.96	Consulta externa	9	3.73
Vespertino	74	30.71	Jornada laboral extraordinaria		
Nocturno	49	20.33	Un turno extra	149	61.83
Categoría laboral			Horas extra	49	20.33
Auxiliar de enfermería (AE)	24	9.96	Labora en otra institución	19	7.88
Enfermera general (EG)	121	50.21	Adicciones		
Enfermera especialista (EE)	72	29.88	Tabaquismo	33	13.69
Enfermera Jefa de Piso (EJP)	24	9.96	Consumo de alcohol	85	35.27
Nivel educativo			Otras		
Técnico	56	23.24	Con hijos	165	68.46
Posttécnico	98	40.66	Con dependientes económicos	190	78.83
Licenciatura	69	28.63	Con red de apoyo	168	69.70
Posgrado	18	7.47	Violencia familiar	3	1.24

Cuadro II Factores de riesgo asociados a síndrome de *burnout* en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica (n = 241)

Factores sociodemográficos	Síndrome de <i>burnout</i>				RM	IC 95%	p
	Sí (n = 83)		No (n = 158)				
	n	%	n	%			
Edad ≥ 30 años*	20	24.09	33	20.88	1.20	0.63-2.26	0.56
Sexo femenino*	59	71.04	128	81.01	1.7	0.93-3.22	0.07
Con pareja*	51	61.44	85	53.79	1.36	0.79-2.36	0.25
Religión católica*	71	85.54	144	91.13	0.57	0.25-1.30	0.18
Con hijos*	52	62.65	113	71.51	0.66	0.38-1.17	0.15
Con dependientes económicos*	62	74.69	128	81.01	0.69	0.36-1.30	0.25
Con red de apoyo*	51	61.44	117	74.05	0.55	0.31-0.98	0.04
Técnico y posttécnico*	43	51.80	82	51.89	0.99	0.58-1.69	0.98
Con dos profesiones*	8	9.63	13	8.22	1.18	0.47-2.99	0.71
Sobrepeso*	61	73.49	112	70.88	1.13	0.62-2.06	0.66
Hipertensión arterial†	3	3.61	8	5.06	0.70	0.18-2.72	0.60
Diabetes mellitus†	2	2.40	7	4.43	0.53	0.10-0.07	0.43
Cáncer†	1	1.20	2	1.26	0.95	0.08-0.03	0.96
Enfermedad tiroidea*	8	9.63	18	11.39	0.82	0.34-1.99	0.67
Ansiedad o depresión*	13	15.66	30	18.98	0.79	0.38-1.61	0.52
Tratamiento para ansiedad o depresión*	7	8.43	15	9.49	0.87	0.34-2.24	0.78
Tabaquismo*	17	20.48	16	10.12	2.28	1.08-4.80	0.02
Consumo de alcohol*	31	37.34	54	34.17	1.14	0.66-1.99	0.62
Violencia familiar†	1	0.01	2	0.01	0.95	0.08-10.64	0.96
Actividad física*	49	59.03	85	53.79	1.23	0.72-2.11	0.43
<b>Factores laborales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>RM</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Categoría laboral AE/EG*	53	63.85	92	58.22	1.26	0.73-2.19	0.39
Antigüedad laboral ≥ 15*	61	73.49	109	68.98	1.24	0.68-2.25	0.46
Turno laboral matutino*	70	84.33	122	77.21	1.58	0.78-3.19	0.19
Contratación de base*	77	92.77	136	86.07	2.07	0.80-5.34	0.12
Unidad de Cuidados Intensivos/Urgencias*	25	30.12	50	31.64	0.93	0.52-1.65	0.80
Turno extra*	53	63.85	96	60.75	1.14	0.65-1.97	0.63
Horas extra*	14	16.86	35	22.15	0.71	0.35-1.41	0.33
Labora en otra institución de salud†	2	2.40	17	10.75	0.20	0.04-0.90	0.02
Otra actividad laboral*	13	15.66	26	16.45	0.94	0.45-1.94	0.87

RM: razón de momios; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; AE: auxiliar de enfermería; EG: enfermera general

\*Se usó chi cuadrada; †se empleó prueba exacta de Fisher

Fuente: Cuestionario *Maslach Burnout Inventory*

## Discusión

El SB afecta al 34.43% del personal de enfermería participante en el presente estudio, a diferencia de lo reportado por Veloso *et al.*<sup>25</sup> del 43.6% con enfermeros brasileños. La diferencia de 10 puntos porcentuales puede atribuirse a que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con estrategias para promover la atención de la salud, incluida la salud mental de los trabajadores, como parte de

los Servicios de Prevención y Promoción para la Salud de los Trabajadores, y la aplicación de la *Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-identificación, análisis y prevención.*<sup>26</sup>

En el personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica predominó la baja realización personal, en menor proporción la alta despersonalización y el alto agotamiento emocional del SB; de acuerdo con Torres-Tuanama *et al.*,<sup>27</sup> en un estudio realizado en Perú, la

Cuadro III Factores de riesgo asociados a distrés moral en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica (n = 241)

Factores sociodemográficos	Distrés moral				RM	IC 95%	p
	Moderado-alto n = 80		Bajo n = 161				
	n	%	n	%			
Edad ≥ 30 años*	16	20.00	37	22.98	0.83	0.43-1.62	0.59
Sexo femenino*	59	73.75	128	79.50	1.38	0.73-2.58	0.31
Con pareja*	47	58.75	89	55.27	1.15	0.66-1.98	0.60
Religión católica*	66	82.50	149	92.54	0.37	0.16-0.86	0.01
Con hijos*	55	68.75	110	68.32	1.02	0.57-1.81	0.94
Con dependientes económicos*	64	80.00	126	78.26	1.11	0.57-2.15	0.75
Con red de apoyo*	61	76.25	107	66.45	1.62	0.88-2.98	0.11
Técnico y posttécnico*	41	51.25	84	52.17	0.93	0.56-1.64	0.89
Con dos profesiones*	8	10.00	13	8.07	1.26	0.50-3.18	0.61
Sobrepeso*	63	78.75	110	68.32	1.77	0.91-3.22	0.09
Hipertensión arterial <sup>†</sup>	5	6.25	6	3.72	1.72	0.50-5.82	0.37
Diabetes mellitus <sup>†</sup>	6	7.50	3	1.86	4.27	1.03-17.54	0.02
Cáncer <sup>†</sup>	1	1.25	2	1.24	1.00	0.08-11.26	0.99
Enfermedad de la tiroides*	10	12.50	16	9.93	1.29	0.55-2.99	0.54
Ansiedad o depresión*	17	21.25	26	16.14	1.40	0.70-2.76	0.33
Tratamiento para ansiedad o depresión*	11	13.75	11	6.83	2.17	0.89-5.25	0.07
Tabaquismo*	14	17.50	19	11.80	1.58	0.74-3.35	0.22
Consumo de alcohol*	32	40.00	53	32.91	1.35	0.77-2.36	0.27
Violencia familiar <sup>†</sup>	2	2.50	1	0.006	4.10	0.36-45.93	0.21
Actividad física*	45	56.25	89	55.27	1.04	0.60-1.78	0.88
<b>Factores laborales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>RM</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Categoría laboral AE/EG*	45	56.25	100	62.11	0.78	0.45-1.35	0.38
Antigüedad laboral ≥ 15 años*	56	70.00	114	70.80	0.96	0.53-1.72	0.89
Turno laboral matutino*	63	78.75	129	80.12	0.91	0.47-1.78	0.80
Contratación laboral de base*	73	91.25	140	86.95	1.56	0.63-3.85	0.32
Unidad de Cuidados Intensivos/ Urgencias*	23	28.75	52	32.29	0.84	0.47-1.51	0.57
Turno extra*	54	67.50	95	59.00	1.44	0.82-2.53	0.20
Horas extra*	15	18.75	34	21.11	0.86	0.43-1.69	0.66
Labora en otra institución de salud <sup>†</sup>	5	6.25	14	8.69	0.70	0.24-2.01	0.50
Otra actividad laboral*	15	18.75	24	14.90	1.31	0.64-2.67	0.44

RM: razón de momios; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; AE: auxiliar de enfermería; EG: enfermera general

\*Se empleó chi cuadrada; †se usó prueba exacta de Fisher

Fuente: Cuestionario de Medida de Distrés Moral para Profesionales de la Salud (MMD-HP-SP)

**Cuadro IV Asociación entre las dimensiones del distrés moral y síndrome de *burnout* en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica (n = 241)**

Distrés moral		Síndrome de <i>burnout</i>		RM	IC 95%	p
Dimensión	Nivel	Sí (n = 83)	No (n = 158)			
		n (%)	n (%)			
Asistencia sanitaria	Moderado-alto	49 (59.03)	65 (41.13)	2.06	1.20-3.53	≤ 0.0001
	Bajo	34 (40.96)	93 (57.76)			
Obstinación	Moderado-alto	30 (36.14)	32 (20.25)	2.22	1.23-4.03	≤ 0.0001
	Bajo	53 (63.85)	126 (79.74)			
Relaciones interpersonales	Moderado-alto	39 (46.98)	40 (25.31)	2.61	1.49-4.58	≤ 0.0001
	Bajo	44 (53.01)	118 (74.68)			
Presión externa	Moderado-alto	31 (37.349)	25 (15.82)	3.17	1.71-5.87	≤ 0.0001
	Bajo	52 (62.65)	133 (84.17)			
Encubrimiento de mala práctica	Moderado-alto	29 (34.93)	31 (19.62)	2.20	1.20-4.00	≤ 0.0001
	Bajo	54 (65.06)	127 (80.37)			

RM: razón de momios; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Fuente: Cuestionario de Medida de Distrés Moral para Profesionales de la Salud (MMD-HP-SP) y Cuestionario *Maslach Burnout Inventory*

**Cuadro V Asociación entre las dimensiones de distrés moral y síndrome de *burnout* en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica (n = 241)**

Distrés moral		Síndrome de <i>burnout</i>											
		Realización personal				Despersonalización				Agotamiento emocional			
		Bajo n = 59	M-A n = 182	RM (IC 95%)	p	M-A n = 63	Bajo n = 178	RM (IC 95%)	p	M-A n = 67	Bajo n = 174	RM (IC 95%)	p
Dimensiones	Niveles	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)			n (%)	n (%)			
Asistencia sanitaria	M-A	34 (57.62)	80 (78.43)	1.73 (0.95- 3.13)	0.06	39 (61.90)	75 (42.13)	2.23 (1.23- 4.02)	< 0.001	46 (68.65)	68 (39.08)	3.41 (1.87- 6.21)	< 0.001
	Bajo	25 (42.37)	102 (56.04)			24 (38.09)	103 (57.86)			21 (31.34)	106 (60.91)		
Obstinación terapéutica	M-A	18 (30.50)	138 (75.82)	0.14 (0.07- 0.26)	0.33	24 (38.09)	38 (21.34)	2.26 (1.21- 4.22)	< 0.001	23 (34.32)	39 (22.41)	1.80 (0.97- 3.35)	0.05
	Bajo	41 (69.49)	44 (24.17)			39 (61.90)	140 (78.65)			44 (65.67)	135 (77.58)		
Relaciones Interpersonales	M-A	26 (44.06)	53 (29.12)	1.91 (1.04- 3.51)	0.03	29 (46.03)	50 (28.08)	2.18 (1.20- 3.95)	< 0.001	33 (49.25)	46 (26.43)	2.70 (1.50- 4.85)	< 0.001
	Bajo	33 (55.93)	129 (70.87)			34 (53.96)	128 (71.91)			34 (50.74)	128 (73.56)		
Presión externa	M-A	22 (37.28)	34 (16.68)	2.58 (1.35- 4.93)	< 0.001	19 (30.15)	37 (20.78)	1.64 (0.94- 3.48)	0.13	27 (40.29)	29 (16.66)	3.37 (1.79- 6.33)	< 0.001
	Bajo	37 (62.71)	148 (81.31)			44 (69.84)	141 (79.21)			40 (59.70)	145 (83.33)		
Encubrimiento de mala práctica médica	M-A	17 (28.81)	43 (23.62)	1.30 (0.67- 2.52)	0.4	23 (36.50)	37 (20.78)	2.19 (1.16- 4.10)	0.01	29 (43.28)	31 (17.81)	3.52 (1.89- 6.54)	< 0.001
	Bajo	42 (71.18)	139 (76.37)			40 (63.49)	141 (79.21)			38 (56.71)	143 (82.18)		

M-A: moderado-alto; RM: razón de momios; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Fuente: Cuestionario de Medida de Distrés Moral para Profesionales de la Salud (MMD-HP-SP) y Cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

**Cuadro VI Factores protectores para síndrome de *burnout* en personal de enfermería que labora en áreas pediátricas (n = 241)**

Variables	Coefficiente de regresión	RM (IC 95%)	p
Contar con red de apoyo	-0.64	0.52 (0.29-0.93)	0.02
Trabajar en otra institución	-1.73	0.17 (0.03-0.79)	0.02

Fuente: Cuestionario *Maslach Burnout Inventory*

baja realización personal destacó entre las 3 dimensiones del SB en enfermeros de todos los servicios hospitalarios, lo cual contrasta con los altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización en el grupo de enfermeros intensivistas del estudio de Veloso.<sup>25</sup> Esta situación puede ser explicada por las dinámicas de cada área de atención hospitalaria o intensiva, con demandas de atención diferentes en cuanto a la atención general y especializada respectivamente.

Flores *et al.*<sup>28</sup> identificaron la relación entre la dimensión de agotamiento emocional con las condiciones del trabajo, estrés psicológico y autoestima. Por otra parte, Rivas y Barraza<sup>29</sup> mostraron la diferencia significativa del turno laboral en relación con el SB. En el presente estudio se encontró asociación entre tabaquismo y distrés moral como factores de riesgo para el SB y como factores protectores se asoció el contar con red de apoyo y trabajar en otra institución de salud.

La asociación entre las dimensiones de distrés moral y SB fue similar a lo reportado por Villagrán *et al.*,<sup>16</sup> que incluyeron a personal de enfermería de áreas de atención de pacientes adultos y pediátricos. En un nivel moderado-al-

to se identificó la mayor frecuencia en las dimensiones de atención sanitaria y relaciones interpersonales del distrés moral, a diferencia de lo reportado por Girela *et al.*<sup>30</sup> en las dimensiones de obstinación terapéutica y encubrimiento de mala praxis.

## Conclusiones

El distrés moral se asoció con el SB en el personal de enfermería que labora en las áreas de atención pediátrica. Lo anterior permite tener el panorama de salud laboral del personal de enfermería en particular y del personal de salud en general.

La promoción de un entorno saludable para los trabajadores, la identificación de factores de riesgo, la mejoría de las condiciones de trabajo, la creación de programas de prevención y el control de riesgos psicosociales permitirán fortalecer la salud mental del personal de enfermería.

Al aplicar el cuestionario MMD-HP-SPA no se especificó una temporalidad para evaluar la frecuencia de los ítems. En cuanto a los factores sociodemográficos, la violencia familiar, el tabaquismo y el consumo de alcohol fueron autorreportados, ya que no se empleó un instrumento de evaluación.

Se recomienda que en la elaboración de futuras investigaciones se involucre un análisis exclusivo y detallado de los factores detonantes de distrés moral y sus dimensiones con el instrumento MMD-HP-SPA, así como estrategias de intervención para la salud mental y afrontamiento del estrés del personal de enfermería.

## Referencias

- World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2(2):99-113. doi: 10.1002/job.40300 20205
- Jofré P, Vergara R, Irrázaval L. Fenomenología de la angustia moral: implicancias para la humanización de la educación y la práctica médica. *Revista Médica de Chile*. 2023;151(7):934-40. doi: 10.4067/s0034-98872023000700934
- Woo T, Ho R, Tang A, et al. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2020;123:9-20. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.12.015
- Rendón-Montoya MS, Peralta-Peña SL, Hernández-Villa EA, et al. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*. 2020; 19(3):479-506. doi: 10.6018/eglobal.398221
- De la Torre JC, Martínez RA, Ayón EC, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2018;19(2). Disponible en: <https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/420/398>
- Alba Martín R. Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 2015;41(1):9-14 doi: 10.1016/j.sedene.2015.02.001
- Cheung WL, Hon KL, Leung KKY, et al. Moral distress and psychological status among healthcare workers in a newly established paediatric intensive care unit. *Hong Kong Med J*. 2023;29(6):489-497. doi: 10.12809/hkmj209246
- Wilson CA, Metwally H, Heavner S, et al. Chronicling moral distress among healthcare providers during the COVID-19 pandemic: A lon-

- gitudinal analysis of mental health strain, burnout, and maladaptive coping behaviours. *Int J Ment Health Nurs.* 2022;31(1):111-27. doi: 10.1111/inm.12942
10. Kok N, Van Gurp J, Hoeven JG, et al. Complex interplay between moral distress and other risk factors of burnout in ICU professionals: findings from a cross-sectional survey study. *BMJ Qual Safety.* 2021;29. doi: 10.1136/bmjqs-2020-012239
  11. Guttormson JL, Calkins K, McAndrew N, et al. Critical Care Nurse Burnout, Moral Distress, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A United States Survey. *Heart & Lung.* 2022;55(1):127-33. doi: 10.1016/j.hrtlng.2022.04.015
  12. Lake ET, Narva AM, Holland S, et al. Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *Journal of Advanced Nursing.* 2021;78(3):799-809 doi: 10.1111/jan.15013
  13. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en el trabajo. [sin lugar de publicación]: OMS; 2 de septiembre de 2024. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
  14. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open.* 2021;11(1):e045127. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045127
  15. Cabezón M, Agurto M, Estefó M, et al. Burnout en funcionarios de salud en tiempos de pandemia. *Revista médica de Chile.* 2021;149(11):1589-93. doi: 10.4067/S0034-98872021001101589
  16. Villagrán CA, Bernardi CMS, Lanes TC, et al. Relação entre aspectos do trabalho, sofrimento moral e síndrome de burnout em enfermeiros: revisão integrativa. *Int J Develop Res.* 2021;11:51618-23. doi: 10.37118/ijdr.23230.11.2021
  17. Vidotti V, Martins JT, Galdino MJQ, et al. Burnout syndrome, occupational stress and quality of life among nursing workers. *Enfermería Global.* 2019;18(3):344-76. doi: 10.6018/eglobal.18.3.325961
  18. De las Salas R, Díaz Agudelo D, Serrano Meriño DV, et al. Síndrome de burnout en el personal de enfermería en hospitales del departamento del Atlántico. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2021;23(6):1-8. doi: 10.15446/rsap.v23n6.97141
  19. Quiroz Figueroa MS, Segovia Piguabe MM, Salvador Cortez KR, et al. Salud mental del personal de enfermería y sus repercusiones en el cuidado del paciente con Covid-19. *Dominio De Las Ciencias.* 2022;8(1):839-58. doi: 10.23857/dc.v8i1.2526
  20. Liu X, Zheng J, Liu K, et al. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int J Nurs Stud.* 2018;86:82-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005
  21. Babamohamadi H, Bakuei Katrimi S, Paknazar F. Moral distress and its contributing factors among emergency department nurses: A cross-sectional study in Iran. *Int Emerg Nurs.* 2021;56:100982. doi: 10.1016/j.ienj.2021.100982
  22. Xue B, Wang S, Chen D, et al. Moral distress, psychological capital, and burnout in registered nurses. *Nurs Ethics.* 2024(2-3):388-400. doi: 10.1177/09697330231202233
  23. Carletto S, Ariotti MC, Garelli G, et al. Moral Distress and Burnout in Neonatal Intensive Care Unit Healthcare Providers: A Cross-Sectional Study in Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(14):8526. doi: 10.3390/ijerph19148526
  24. Salas Bergüés V, Pereira Sánchez M, Martín Martín J, et al. Development of burnout and moral distress in intensive care nurses: An integrative literature review. *Enferm Intensiva (Engl Ed).* 2024;35(4):376-409. doi: 10.1016/j.enfie.2024.02.002
  25. Veloso ATS, Silva DS, da Silva VA, et al. Síndrome de burnout e fatores associados em enfermeiros de terapia intensiva: um estudo transversal. *Enfermería Global.* 2024;23(2):223-59. doi: 10.6018/eglobal.577341
  26. Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. México: Diario Oficial de la Federación; 23 de octubre de 2018. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018)
  27. Torres-Tuanama LC, Taboada-Pilco RY. Enfrentado el Burnout en Enfermería, Mejorando la Calidad del Cuidado. Modelo de Intervención para Aliviar Desgaste en Hospital de Tarapoto. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar.* 2024;7(6):4324-42. doi: 10.37811/cl\_rcm.v7i6.8997
  28. Flores Ramos M, Sánchez Jiménez B, Reyna S, et al. Factores relacionados a la presencia del síndrome de Burnout en una muestra de enfermeras del Sector Salud, Ciudad de México. *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición.* 2018;17(3):1-8. doi: 10.29105/respyn17.3-1
  29. Rivas E, Barraza Macías A. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su relación con cuatro variables laborales. *Enfermería Universitaria.* 2018;15(2). doi: 10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65171
  30. Girela López E, Beltran Aroca CM, Boceta Osuna J, et al. Study of the Psychometric Properties of the Spanish Version of the Measure of Moral Distress for Health Care Professionals (MMD-HP-SPA). *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(23):15649. doi: 10.3390/ijerph192315649
- 
- .....  
**Cómo citar este artículo/To reference this article:**  
 Medina-Frausto ML, Sosa-Bustamante GP, González AP, et al. Distrés moral asociado al síndrome de *burnout* en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(2):e1541. doi: 10.5281/zenodo.15091716

Carol Janet Lozano-Blancas<sup>1a</sup>, Dulce Crystal Villalba-Martínez<sup>1b</sup>, Carolina Ordoñez-Huetle<sup>1c</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita", Programa de Residencia Médica de Especialidad en Geriátria. Puebla, Puebla, México

Doi: 10.5281/zenodo.15091721

### ORCID

0000-0002-7809-7303<sup>a</sup>  
0009-0000-1847-2135<sup>b</sup>  
0000-0003-4086-9854<sup>c</sup>

### Palabras clave:

Persona Mayor  
Estado Funcional  
Servicios de Salud Geriátricos  
Geriátria

### Keywords:

Elderly  
Functional Status  
Health Services for the Aged  
Geriatrics

### Correspondencia:

Carol Janet Lozano Blancas  
**Correo electrónico:**  
carol.blancas@hotmail.com  
**Fecha de recepción:**  
29/07/2024  
**Fecha de aceptación:**  
03/01/2025

## Resumen

**Introducción:** el deterioro funcional hospitalario es un problema común en las personas mayores y tiene importantes repercusiones en su independencia y calidad de vida. La hospitalización representa un factor de riesgo significativo para la pérdida de funcionalidad.

**Objetivo:** realizar la revisión de artículos científicos publicados sobre el deterioro funcional hospitalario y factores asociados en las personas mayores en situación de hospitalización.

**Metodología:** se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en *PubMed*, *Cochrane* y Google Académico. Se incluyeron artículos científicos publicados en idioma inglés y español. Los términos utilizados fueron: *elderly*, *functionally impaired*, *geriatric health care*, *health services* y *geriatric*.

**Resultados:** se identificó que la hospitalización de la persona mayor es un factor determinante para el deterioro funcional asociado a enfermedades crónicas, trastornos psiquiátricos y situaciones inherentes a la hospitalización que influyen significativamente en el deterioro funcional. Las afectaciones cardíacas se asocian principalmente al deterioro funcional.

**Conclusiones:** el deterioro funcional hospitalario es atribuible a una diversidad de factores que comúnmente se asocia a enfermedades agudas y crónicas, inmovilidad, malnutrición, polifarmacia, trastornos psiquiátricos y factores intrínsecos al proceso de hospitalización de la persona mayor.

## Abstract

**Introduction:** Hospital functional impairment is a common problem in older people with significant repercussions on their independence and quality of life. Hospitalization represents a significant risk factor for loss of functionality.

**Objective:** To review published scientific articles regarding hospital functional impairment and associated factors in older people in hospitalization.

**Methodology:** An exhaustive search was carried out in PubMed, Cochrane and Google Scholar. It included scientific articles published in English and Spanish. The terms used were *elderly*, *functionally impaired*, *geriatric health care*, *health services* and *geriatric*.

**Results:** It was identified that hospitalization of the elderly person is a determining factor for functional impairment associated with chronic diseases, psychiatric disorders and situations inherent to hospitalization that significantly influence functional impairment. Cardiac conditions are mainly associated with functional impairment.

**Conclusions:** Functional deterioration in hospital is attributable to a variety of factors that are commonly associated with acute and chronic diseases, immobility, malnutrition, polypharmacy, psychiatric disorders and factors associated to the hospitalization process of the elderly.

## Introducción

Según la Encuesta Nacional sobre la Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), en el contexto de la persona mayor no hospitalizada, el 15% tiene por lo menos limitación para una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como caminar, usar el baño e ir a la cama, entre las más representativas.<sup>1</sup>

La situación de hospitalización en la persona mayor sea por causa aguda o crónica es de fundamental importancia, ya que por sí sola representa un factor de riesgo para el deterioro de la funcionalidad por la estancia prolongada en cama, lo cual contribuye a la dismovilidad y a la polifarmacia, que son otros factores que condicionan el deterioro funcional. De las personas mayores en situación de hospitalización, hasta un 33% presenta deterioro funcional en al menos una ABVD; cuando las personas mayores tienen más de 80 años de edad, el deterioro se incrementa hasta en un 50%. Durante la hospitalización se estima un deterioro funcional del 73% y al egreso del 35%.<sup>2</sup>

### Funcionalidad en la persona mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el *funcionamiento* es una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales); existe una relación entre el estado de salud y los factores ambientales y personales, dado que implican la integridad funcional y estructural del hombre que trasciende en la capacidad para hacer tareas o el desempeño en un entorno real propiciado por factores ambientales como facilitadores *versus* la existencia de la deficiencia funcional o estructural, o la limitación en la actividad, así como la restricción en la participación.<sup>3,4</sup> En referencia, cerca del 25% de los pacientes mayores de 65 años requieren ayuda para las ABVD, mientras que en los mayores de 85 años esta cifra asciende al doble (50%).<sup>4</sup>

Ahora bien, el proceso de envejecimiento humano se caracteriza por la pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognitivas que gradualmente pueden disminuir la independencia funcional de la persona mayor para el autocuidado (aseo personal, vestido, alimentación, marcha, transferencias y continencia de esfínteres) y para las actividades instrumentales de la vida diaria (transporte, ir de compras, manejo de finanzas, uso de teléfono, control de la medicación, aseo del hogar, lavado de ropa y preparación de alimentos). Todo esto se traduce en que el deterioro funcional está presente en casi todas las personas

mayores; sin embargo, hay factores que pueden predisponer esta situación o incluso agravarla.

El factor que con mayor frecuencia se asocia al deterioro funcional es la hospitalización en el 10% de las personas mayores de 65 años que requieren al menos un periodo de hospitalización al año por un proceso agudo; de estos, sufren deterioro del 35% al 70% en al menos una de las ABVD.<sup>5</sup> En las personas mayores de 70 años, el deterioro en alguna de las ABVD se presenta posterior al egreso hospitalario en el 46%, mientras que en los adultos mayores de 90 años asciende hasta el 88%; después de un mes, en el 49% persiste el deterioro en las actividades básicas y en el 40% en las actividades instrumentales. También se ha referido que en 28% de los adultos mayores persisten dificultades para la realización de alguna de las ABVD después de un año del egreso.<sup>4,5,6</sup>

Por lo anterior, es fundamental que en la práctica clínica geriátrica se haga la valoración de la persona mayor en cuanto a su estado funcional, la deficiencia de este, el desacondicionamiento o el grado de incapacidad durante la hospitalización, con la finalidad de incidir sobre la calidad de vida de las personas mayores y de potenciar su capacidad para valerse por sí mismos.

El objetivo del presente trabajo fue realizar la revisión de artículos científicos publicados sobre el deterioro funcional hospitalario y factores asociados en la persona mayor en situación de hospitalización.

### Metodología

Para la presente revisión, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en las bases de datos *PubMed*, *Cochrane* y *Google Académico*. Se incluyeron artículos científicos publicados en idioma inglés y español, y se excluyeron aquellos escritos en otros idiomas y que no contaran con traducción disponible. Los términos utilizados fueron: *elderly*, *functionally impaired*, *geriatric health care*, *health services* y *geriatric*.

Con el propósito de garantizar información actualizada y relevante de los factores implicados con el deterioro funcional, los estudios incluidos fueron aquellos publicados entre 2008 y 2024 con base en los siguientes criterios: ser revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de cohorte, de casos y controles y transversales, que abordaran los factores asociados con el deterioro funcional de las personas mayores en situación de hospitalización. Asimismo, en ellos se debían emplear herramientas validadas para evaluar la funcionalidad en esta población, tales como el Índice de Barthel, la Escala de Katz, la Batería

Corta de Desempeño Físico (SPPB) y otras metodologías estandarizadas.

En cada artículo publicado se analizó la temporalidad de las evaluaciones funcionales, en específico y se dio prioridad a los estudios que evaluaron la funcionalidad antes del evento de hospitalización, durante la estancia hospitalaria o posterior a esta. En el **cuadro I** se describen las características de los estudios incluidos en esta revisión. Destacan el tipo de estudio, el tamaño de la muestra, la edad de la población objetivo y los instrumentos de evaluación utilizados.

## Resultados

De los estudios que documentan los efectos negativos de los eventos de hospitalización en las personas mayores, se hace referencia a Rubio-Aranda *et al.*,<sup>7</sup> quienes evaluaron la influencia de las enfermedades crónicas en el desempeño funcional de las ABVD y en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en una población de 380 personas con edad  $\geq 65$  años, y utilizaron el cuestionario OARS-MFAQ para evaluar la capacidad de llevar una vida independiente. Entre los principales factores crónicos relacionados con el deterioro funcional, se identificaron enfermedades como reumatismos/artrosis, enfermedades respiratorias, temblor asociado a Parkinson, patologías cardíacas (arritmias, insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria) y enfermedades vasculares.

En el artículo de Vidán *et al.*<sup>8</sup> se evaluaron, mediante un estudio de cohortes, las condiciones intrínsecas de la

hospitalización. En dicho estudio se incluyeron 618 participantes, de los cuales 379 pertenecían al Servicio de Geriátrica y 239 al Servicio de Medicina Interna. La evaluación consistió en medir los niveles de dependencia funcional basal y hospitalaria, para lo cual se consideraron variables asociadas al deterioro funcional hospitalario (DFH), como la aplicación de sujeciones físicas (100%), sonda vesical (77.1%), síndrome confusional (75%), tiempo de postración prolongado (72.2%), uso de psicofármacos (67.9%) y demencia (42.2%).

Mientras tanto, en el estudio de Rubio *et al.*, los autores identificaron las enfermedades crónicas como determinantes principales, y en el de Vidán *et al.* se centraron en los factores intrahospitalarios que contribuyeron al deterioro funcional. Es importante señalar las diferentes perspectivas y dimensiones en el abordaje del deterioro funcional de las personas mayores en situación de hospitalización. En el **cuadro II** se sintetizan los factores asociados al deterioro funcional identificados en los distintos estudios.

Con el objetivo de identificar las trayectorias de discapacidad de las personas mayores durante el año previo y posterior a su ingreso a un centro de enfermería especializado, Buurman *et al.*<sup>9</sup> realizaron un estudio prospectivo de cohorte en 754 participantes con  $\geq 70$  años, quienes al inicio del estudio no presentaban alteraciones en las ABVD. En el seguimiento de las trayectorias de discapacidad funcional, se identificó que las enfermedades infecciosas y cardíacas afectaron a 66 y 48 personas mayores, respectivamente, con discapacidad mínima (13 y 17), dis-

**Cuadro I Estudios que reportaron evaluación funcional en personas mayores en situación de hospitalización**

Autores (año de publicación)	Tipo de estudio	Edad (en años)	Tamaño de muestra (n)	Instrumentos de valoración para las ABVD	Tiempo del estudio
Vidán <i>et al.</i> (2008)	Prospectivo de cohortes	$\geq 70$	618	• Índice de Katz	De abril de 2006 a enero de 2007
Rubio <i>et al.</i> (2009)	Transversal	$\geq 65$	380	• OARS-MFAQ	De diciembre de 2004 a marzo de 2005
Buurman <i>et al.</i> (2015)	Prospectivo de cohortes	$\geq 70$	754	• Entrevistas mensuales (que evaluaron 4 ABVD, 5 AIVD y 3 tareas de movilidad)	De marzo de 1998 a octubre de 1999
Dura-Badillo <i>et al.</i> (2021)	Descriptivo transversal	$> 60$	98	• Índice de Barthel • Escala hospitalaria de ansiedad y depresión • Test de evaluación de Montreal	Segunda mitad del 2018
Sandoval <i>et al.</i> (2023)	Cohorte ambispectivo	$> 65$	158	• Índice de Barthel	De marzo de 2020 a septiembre de 2021

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; OARS-MFAQ: *Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*

Fuente: elaboración propia

**Cuadro II Factores asociados al deterioro funcional para las ABVD en personas mayores en situación de hospitalización**

Rubio (2009)	Vidán (2008)	Buurman (2015)	Dura-Badillo (2021)	Sandoval (2023)
			Coefficiente de relación	Razón de momios
Reumatismo/Artrosis (30.5%)	Sujeciones mecánicas (100%)	Infecciones (66%)	Depresión ( $r_s$ -0.419)	Dímero D $\geq$ 930 ng/mL (RM 17.56)
Enfermedades respiratorias (33.3%)	Sonda vesical (77.1%)	Fracturas (56%)	Ansiedad ( $r_s$ -0.256)	ERC KDIGO 3-4 (RM 4.52)
Temblor-Parkinson (47.7%)	Síndrome confusional (75%)	Musculoesqueléticos (48%)	Función cognitiva ( $r_s$ 0.319)	Ferritina $\geq$ 605 ng/mL (RM 3.94)
Enfermedad cardiaca (23.6%)	Demencia (42.2%)	Patologías cardíacas (48%)		Edad $\geq$ 73 años (RM 2.53)
Enfermedad vascular (21%)		Accidente cerebrovascular (23%)		

ABVD: actividades básicas de la vida diaria

Fuente: elaboración propia

capacidad leve (31 y 23), para enfermedad infecciosa con discapacidad moderada (22) y para enfermedad cardiaca con discapacidad grave (8). En este estudio, se destaca la importancia de la enfermedad subyacente en el impacto funcional de las personas mayores, con una variación significativa según el diagnóstico de egreso en las ABVD y AIVD. En los estudios de Buurman y Rubio, se consideran las afectaciones cardíacas como los principales factores asociados al deterioro funcional de las personas mayores, con base en el supuesto de que a mayor severidad de la discapacidad, mayor dependencia hacia los cuidadores primarios, lo que implica un desafío adicional en el cuidado de estos pacientes.

Otros factores determinantes para la dependencia funcional de las personas mayores hospitalizadas corresponden a las afectaciones psiquiátricas y cognitivas. Este tema fue abordado por Durán-Badillo *et al.*,<sup>10</sup> a partir de un análisis descriptivo y de correlación transversal realizado en personas mayores de 60 años, con el objetivo de determinar la relación entre ansiedad, función cognitiva y depresión con la dependencia funcional en esta población. De las personas mayores, el 8.2% presentó dependencia total, 26.5% dependencia severa, 34.7% dependencia moderada, 4.1% dependencia leve y 26.5% independencia total. El 33% de los casos de dependencia funcional se asoció con variables como género, edad, estado civil, ansiedad, depresión y función cognitiva; se encontró un coeficiente de correlación positivo para la función cognitiva y negativo para la depresión y ansiedad, lo cual sugiere que cuanto mayor es el nivel de depresión y ansiedad menor será la funcionalidad de la persona mayor.

En el contexto hospitalario, el enfoque clínico se orienta principalmente en el diagnóstico y tratamiento

de la enfermedad que determinó la hospitalización y deja en segundo plano la valoración de las dimensiones cognitiva, social, familiar y mental de la persona mayor en situación de hospitalización. En la dinámica hospitalaria suceden cambios en los horarios para actividades habituales que alteran significativamente su ciclo circadiano; por ejemplo, la interrupción constante del sueño debido a la administración de medicamentos, intervenciones médicas y pases de visita. Asimismo, la limitación para la interacción con sus seres queridos y la desorientación temporal, contribuyen a la aparición de alteraciones que pueden derivar en deterioro funcional tanto a corto como a largo plazo.<sup>8,9,10,11</sup>

Otros factores inherentes al entorno hospitalario que influyen negativamente en la funcionalidad de la persona mayor se relacionan con la alimentación y la inmovilidad por estancia prolongada en cama, lo cual representa un desafío relevante. Por una parte, los cambios abruptos en el tipo de dieta, los horarios de comidas, las porciones y restricciones específicas por enfermedad de la persona mayor pueden contribuir significativamente al deterioro del estado nutricional. Estas modificaciones, a menudo necesarias, pueden tener un impacto adverso en la capacidad funcional de la persona mayor. Por otra parte, la arquitectura hospitalaria, frecuentemente diseñada con pasillos estrechos y llena de equipos médicos, junto con el uso de camas con barandales para prevenir caídas, dificulta el libre desplazamiento de las personas; este ambiente puede propiciar y acelerar el deterioro funcional. Cabe destacar que estos efectos son particularmente preocupantes durante las primeras 48 horas de hospitalización, periodo crítico en el que se observa una disminución de la reserva funcional y de la capacidad aeróbica, lo

que agrava el riesgo de complicaciones y de dependencia funcional en esta población.<sup>11</sup>

Igualmente, se ha encontrado que la persona mayor es particularmente vulnerable a los efectos adversos y a las toxicidades asociadas con el uso de medicamentos. Las reacciones adversas a los fármacos se presentan entre el 73 y el 83% de los casos de deterioro funcional en esta población. A medida que aumenta la cantidad de medicamentos prescritos, se incrementa el riesgo de errores en la prescripción. Entre los fármacos más frecuentemente asociados destacan las benzodiacepinas y los neurolépticos.<sup>12</sup>

Es importante señalar que la pandemia por COVID-19 resultó en un elevado número de muertes y una significativa proporción de personas hospitalizadas por periodos prolongados. En relación con esto Sandoval *et al.* analizaron la asociación entre los marcadores de inflamación, los factores clínicos y el estado funcional de 158 personas  $\geq 65$  años de edad que padecieron COVID-19 de moderado a grave; en su estudio, de cohorte ambispectivo, evaluaron la situación de las personas mayores 6 meses después del alta hospitalaria y concluyeron que el 46.2% presentó deterioro funcional asociado a factores como el dímero D ( $\geq 930$  ng/mL), la enfermedad renal crónica (ERC), con un KDIGO 3-4, la ferritina ( $\geq 605$  ng/mL) y la edad ( $\geq 73$  años).<sup>12,13</sup>

Las consecuencias del deterioro funcional suelen ser devastadoras y en ocasiones superan en gravedad la razón inicial del ingreso al hospital. Las personas mayores que presentan deterioro funcional agudo tienden a experimentar una evolución más desfavorable, caracterizada por un elevado consumo de recursos sanitarios y sociales, relacionados con un mayor número de complicaciones, estancias hospitalarias prolongadas, mayores costos, aumento en la tasa de reingresos y un incremento en la mortalidad. En este sentido, Ocampo-Chaparro *et al.*<sup>14</sup> señalaron que tanto el delirium como la dependencia resultante del deterioro funcional se correlacionaron de manera consistente con la mortalidad hospitalaria y el riesgo de fallecimiento posterior al egreso.<sup>5</sup>

Con base en lo mencionado anteriormente, Pérez<sup>15</sup> indica que es fundamental que la atención hospitalaria se enfoque en el desarrollo de programas de educación para la salud, así como en el mantenimiento de la capacidad física y mental de las personas mayores, de modo que abarque todos los ámbitos de intervención posibles.

Las personas mayores en riesgo de deterioro funcional preferentemente deben ser ingresadas en unidades de asistencia geriátrica; en caso de que esto no sea posible,

es crucial implementar diversas acciones para prevenir o minimizar los efectos del deterioro funcional con intervenciones que promuevan la movilidad durante su proceso de hospitalización. Para ello, es necesario involucrar a todos los profesionales de salud, con el objetivo de implementar las diversas intervenciones preventivas de deterioro funcional antes de las 48 horas de estancia hospitalaria. La intervención temprana de fisioterapia incluye una variedad de ejercicios que mejoran la fuerza, resistencia, equilibrio y capacidad respiratoria, todo dirigido por médicos rehabilitadores y fisioterapeutas.<sup>16,17</sup>

De igual forma, la terapia ocupacional es fundamental para prevenir o reducir las discapacidades y barreras que surgen como consecuencia de trastornos físicos, psíquicos, sensoriales o sociales que dificultan la capacidad de la persona para desenvolverse de manera independiente en su entorno. Asimismo, aspira a recuperar la función perdida y a mejorar las capacidades residuales. Se ha demostrado que mediante la terapia ocupacional la independencia funcional mejora de manera significativa, al igual que la satisfacción general de la persona con su vida.<sup>18,19</sup>

### Intervenciones de enfermería y deterioro funcional en la persona mayor

De acuerdo con el Consejo Internacional de Enfermeras, la *enfermería* se define como la ciencia que comprende los cuidados autónomos y en colaboración destinados a las personas, incluidas aquellas con discapacidad, así como a pacientes en cuidados paliativos y en estado terminal. Abarca la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; por lo tanto, el cuidado de enfermería resulta fundamental en cada etapa de la vida y se adapta de manera específica a las necesidades de cada grupo poblacional.<sup>20</sup>

Para la atención de las personas mayores en situación de hospitalización, implica tener en consideración los factores de riesgo intrínsecos (propios del paciente, como edad avanzada o comorbilidades) y extrínsecos (aquellos relacionados con el entorno). En específico las intervenciones de enfermería se enfocan en los factores extrínsecos, con la finalidad de prevenir la pérdida de funcionalidad, la presencia de delirium y los riesgos inherentes a la hospitalización, como lesiones por presión, caídas e infecciones asociadas a la atención en salud. Al respecto González-Medina *et al.*<sup>20</sup> proponen un modelo de intervención basado en las necesidades específicas de la persona mayor hospitalizada; dicho modelo incluye las siguientes acciones:

- Evaluación integral del contexto y los riesgos utilizando herramientas validadas.
- Monitoreo de signos vitales y valoración del dolor.
- Evaluación de la deglución, alimentación, diuresis, deposiciones y movilización.
- Supervisión de patrones de sueño y detección de alteraciones conductuales.
- Identificación del riesgo de caídas y lesiones por presión.
- Promoción de una comunicación efectiva y multidisciplinaria entre el personal médico, de enfermería y otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente.

Asimismo, la capacitación continua del personal de enfermería es un componente clave para prevenir eventos adversos durante la hospitalización de las personas mayores. Se recomienda la capacitación sobre el manejo de accesos vasculares, la administración segura de medicamentos, la

prevención de caídas, la evaluación y manejo del dolor, así como la prevención y el cuidado de lesiones cutáneas. Estas acciones tienen como objetivo reducir los factores de riesgo asociados al deterioro funcional, el delirio y las caídas en las personas mayores.

## Conclusión

El deterioro funcional hospitalario es una condición con una elevada prevalencia en las personas mayores y es atribuible a una diversidad de factores que comúnmente se asocian a enfermedades agudas y crónicas, inmovilidad, malnutrición, polifarmacia, trastornos psiquiátricos y factores intrínsecos al proceso de hospitalización.

Por ello es fundamental realizar el abordaje de forma integral y no como eventos aislados, a fin de brindar un cuidado holístico que promueva la colaboración interprofesional, que contemple incluso el estado funcional prehospitalario de la persona mayor y que contribuya significativamente a mejorar su calidad de vida.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2021. Ciudad de México: INEGI. 2023. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM\\_21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf)
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervenciones de Rehabilitación Temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado. México: IMSS; 2013. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/651GER.pdf>
3. Segovia-Díaz de León MG, Torres-Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Rev. Gerokomos*. 2011; 22(4):162-6.
4. Ocampo-Mauricio J. Revisión sistemática de literatura: declinación funcional en ancianos hospitalizados. *Rev. Med. Risaralda*. 2016;22(1):49-57. doi: 10.22517/25395203.13681
5. Lozano-Rengifo MJ, Chavarro-Carvajal DA. Deterioro funcional hospitalario. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a mejorar la calidad de atención del anciano. *Univ. Med*. 2017; 58(3):1-6. doi: 10.11144/Javeriana.umed58-3.dfhr
6. Osuna-Pozo CM, Ortiz-Alonso J. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr*. 2014;49(2):77-89
7. Rubio-Aranda E, Lázaro-Alquéazar A, Martínez-Terrer T. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(5):244-50.
8. Vidán-Astiz MT, Sánchez-García E, Alonso-Armesto M. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43(2):133-8.
9. Buurman B, Han L, Murphy T, et al. Trajectories of disability among older persons before and after a hospitalization leading to a skilled nursing facility admission. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17:225-31. doi: 10.1016/j.jamda.2015.10.010
10. Durán-Badillo T, Benítez V, Martínez M, et al. Depression, anxiety, cognitive function, and functional dependence in hospitalized older adults. *Enferm Glob*. 2021;20: 267-285. doi: 10.6018/eglobal.422641
11. Pacheco B, Venegas-Sanabria LC, Chavarro-Carvajal D. Deterioro funcional hospitalario y posibles intervenciones desde la actividad física, una revisión de la literatura. *Arch Med Deporte*. 2020; 37(6):430-5. doi: 10.18176/archmeddeporte.00018
12. Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV, Saiz-Vinuesa MD, et al. Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. *Enfer Clin*. 2015;26(2):121-8.
13. Sandoval-Valdez DA, Aguilar-Navarro SG. Factores asociados al deterioro funcional en adultos mayores sobrevivientes de COVID-19 hospitalizados en un centro de tercer nivel. *Gac Med Mex*. 2023;15(9):417-25. doi: 10.24875/GGM.23000203.
14. Ocampo-Chaparro JM, Zambrano-Urbano JL, Balcázar-Valencia CM, et al. Mortalidad hospitalaria y riesgo de muerte al egreso por accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos. *Rev. Neurología Arg*. 2022;14(3):155-63.
15. Pérez MA. La función de la enfermería en el cuidado de los ancianos. *Enf. Geriátrica*. 2020:79-82.
16. Quispe-Pinedo F. Intervención temprana de la fisioterapia en adultos mayores hospitalizados con síndrome de descondicionamiento físico: Revisión Sistemática. Repositorio Inst. 2021.
17. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure".

- JAMA. 2011;306(16):1782-93. doi: 10.1001/jama.2011.1556
18. Pantoja-Pantoja JL, Ardilla-Villareal GM. Promoviendo independencia, bienestar y autonomía en actividades de la vida diaria. *Excelsium Scientia Rev. Int.* 2023;8(1):22-34.
  19. Coleman-Castro S, Davis C, Dorsey J. Standards of practice for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy.* 2022; 75(3): doi: 10.5014/ajot.2021.75s3004
  20. González-Medina G, Salazar-González BC, González-Medina E. Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizada.

Rev Med Clin Condes. 2019;30(5):313-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-gestion-del-cuidado-de-enfermeria-S0716864019301154>

---

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

Lozano-Blancas CJ, Villalba-Martínez DC, Ordoñez-Huetle C. Deterioro funcional hospitalario y factores asociados en personas mayores hospitalizadas. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(2):e1511. doi: 10.5281/zenodo.15091721

Carolina Ordoñez-Huetle<sup>1a</sup>, Carol Janet Lozano-Blancas<sup>1b</sup>, Dulce Crystal Villalba-Martínez<sup>1c</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita", Programa de Residencia Médica de Especialidad en Geriátrica. Puebla, Puebla, México

Doi: 10.5281/zenodo.15091732

### ORCID

0000-0003-4086-9854<sup>a</sup>  
0000-0002-7809-7303<sup>b</sup>  
0009-0000-1847-2135<sup>c</sup>

### Palabras clave:

Deterioro Cognitivo  
Persona Mayor  
Síndromes Geriátricos  
Anciano

### Keywords:

Cognitive Impairment  
Elderly  
Geriatric Syndrome  
Aged

### Correspondencia:

Carolina Ordoñez Huetle

**Correo electrónico:**  
carolinaorh@gmail.com

**Fecha de recepción:**  
21/08/2024

**Fecha de aceptación:**  
24/12/2024

## Resumen

**Introducción:** hay varios cambios asociados con el envejecimiento; sin embargo, hay padecimientos que pueden complicar no solo la calidad de vida de las personas mayores sino también su entorno y, por tanto, incidir en que sean más dependientes. Respecto a lo cognitivo es la ralentización de los procesos mentales. La velocidad de estos procesos depende de 4 factores: órganos de los sentidos, atención, procesamiento central y respuesta motora. Estos factores pueden ser afectados por el desarrollo de diversos síndromes geriátricos.

**Objetivo:** analizar la literatura sobre los síndromes geriátricos más comunes y su relación con el deterioro cognitivo de las personas mayores.

**Metodología:** se realizó una búsqueda de bibliografía en revistas indexadas como la *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *Journal of the American Medical Association (JAMA)* y *BMJ Open*. Se encontraron 18 artículos y solo 10 cumplieron con los requisitos. Los términos utilizados para la búsqueda fueron *deterioro cognitivo*, *síndromes geriátricos* y *personas mayores*. Se aplicaron filtros con base en los síndromes geriátricos como: fragilidad, depresión, polifarmacia, delirium, desnutrición, para posteriormente utilizar aquellos con información relevante que pudieran ser útiles en la elaboración del presente trabajo.

**Conclusión:** se encontró que el deterioro cognitivo tiene mayor relación con depresión, fragilidad, desnutrición, caídas, polifarmacia y delirium, que en caso de no detectarse de manera oportuna mediante una adecuada anamnesis y exploración pudiera llevar al paciente a una discapacidad importante con altas tasas de morbilidad y mortalidad.

## Abstract

**Introduction:** There are several changes associated with aging; however, there are conditions that can complicate not only the quality of life of the elderly but also their environment and, consequently, make them more dependent. Regarding the cognitive aspect, it is the slowing down of mental processes. The speed of these processes depends on 4 factors: sensory organs, attention, central processing and motor response. These factors can be affected by the development of various geriatric syndromes.

**Objective:** To analyze the literature on the most common geriatric syndromes and their relationship with cognitive decline in the elderly.

**Methodology:** A bibliographic search was carried out in indexed journals such as *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *Journal of the American Medical Association (JAMA)* and *BMJ Open*. 18 articles were found and only 10 met the requirements. The terms used for the search were *cognitive impairment*, *geriatric syndromes* and *elderly people*. Filters were applied based on geriatric syndromes such as frailty, depression, polypharmacy, delirium, and malnutrition, to later use those with relevant information that could be useful for the preparation of this work.

**Conclusion:** It was found that cognitive impairment has a greater relationship with depression, frailty, malnutrition, falls, polypharmacy and delirium, which if not detected in a timely manner through adequate anamnesis and examination could lead the patient to a significant disability with high rates of morbidity and mortality.

## Introducción

Desde un punto de vista biológico, el *envejecimiento* es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad, y en última instancia a la muerte. Los cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión al azar: más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas.<sup>1,2</sup>

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre las personas mayores y el resto de la población adulta.<sup>3</sup> Entre los cambios del envejecimiento que son normales se encuentra la atrofia cerebral, el ensanchamiento ventricular, la pérdida de la sustancia blanca, la disminución de la conectividad en el hipocampo y la región temporoparietal, y la disminución de la acetilcolina en el sistema límbico para el procesamiento de aprendizaje. Todos estos cambios también son influenciados por alteraciones vasculares secundarias a la formación de ateromas y cambios ateroscleróticos hialinos de la sustancia blanca. Sin embargo, estas mismas no producen cambios en los dominios cognitivos o afectación en las actividades de la funcionalidad.<sup>2,3,4,5</sup>

En cuanto a los síndromes geriátricos, se hace referencia del 20.4% en el caso de caídas, fragilidad del 10%, depresión 20%, polifarmacia 13.9%, delirium 22% y desnutrición 19%;<sup>2</sup> en este sentido, el propósito del presente trabajo fue realizar un análisis de la literatura sobre los síndromes geriátricos más comunes y su relación con el deterioro cognitivo de las personas mayores.

## Síndromes geriátricos y deterioro cognitivo

Es importante saber que los *síndromes geriátricos* son un conjunto de enfermedades de alta prevalencia en las personas mayores que afectan el área social, funcional, cognitiva y biológica. Entre ellas se han estudiado la depresión, la fragilidad, la desnutrición, las caídas, la polifarmacia y el delirium; todas influyen en el deterioro cognitivo,<sup>6</sup> el cual debe abordarse como un síndrome geriátrico hasta determinar sus componentes y causas subyacentes.

## Deterioro cognitivo

El *deterioro cognitivo*, caracterizado por primera vez en 1997 por Petersen *et al.*,<sup>7</sup> se refiere a un deterioro de la cognición superior al que se observa como deterioro cognitivo normal relacionado con la edad, pero no lo suficientemente grave como para causar un deterioro significativo de la función diaria. Es considerado como un problema de salud que va en incremento del 3 al 22%, ya que es un síndrome clínico que consiste en la alteración crónica, en al menos un dominio cognitivo, con respecto a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo.

En el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*,<sup>8</sup> el deterioro cognitivo leve es denominado como *trastorno neurocognitivo menor* y el concepto de demencia es reemplazado con el de *trastorno neurocognitivo mayor*. Ambas entidades se caracterizan por un declive en las funciones cerebrales superiores, tales como la atención, la función ejecutiva, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, la habilidad perceptual motora o la cognición social. No obstante, la principal diferencia entre el trastorno neurocognitivo menor y el trastorno neurocognitivo mayor radica en la manera como las alteraciones cognitivas del segundo afectan la autonomía de la persona mayor para ejecutar las actividades diarias y mantener su independencia.<sup>9</sup>

Es importante tomar en cuenta que el deterioro cognitivo está relacionado con una diversidad de factores modificables, como la hipovitaminosis, principalmente de tiamina y cobalamina, el hipotiroidismo, la insuficiencia renal, hepática o pulmonar, las infecciones crónicas, como el virus de inmunodeficiencia humana, la neurosífilis, la tuberculosis, la micosis, la intoxicación por fármacos, eventos vasculares isquémicos o hemorrágicos, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, depresión, pérdida sensorial de tipo auditivo y visual, baja escolaridad y estrés.<sup>10</sup> Por lo tanto, es importante tener en consideración la correcta prevención de estos factores/padecimientos o en el caso de presentarlos mantener controles adecuados para retrasar un progreso de los síntomas cognitivos.

## Síndrome de caídas

Los pacientes con deterioro cognitivo tienen mayor riesgo de caídas, con una incidencia del 20.5% y una prevalencia del 62%. Las caídas son provocadas por alteraciones motoras asociadas al déficit visual, abatimiento funcional, caídas previas, alteraciones de la conducta, uso

de neurolépticos, baja densidad mineral ósea, sarcopenia y fragilidad.<sup>9,10</sup>

Para determinar el riesgo de caídas en una muestra de 59 personas mayores institucionalizadas en 4 casas hogar del estado de Colima en México, se evaluó su grado de deterioro cognitivo con la escala de Pfeiffer SPMSQ y, la marcha y el equilibrio con la escala de Tinetti. La edad promedio de los participantes fue de 80 años, con deterioro cognitivo moderado en 31% y severo en 51% y con alto riesgo de caída en 44%. Por último, el análisis entre deterioro cognitivo y riesgo de caída demostró un comportamiento directamente proporcional con un valor de  $p < 0.0004$ .<sup>10</sup>

En otro estudio realizado en Perú por Béjar *et al.*, con 1786 personas mayores para determinar la relación entre el riesgo de caídas y el deterioro cognitivo, el 48% de las personas tenía más de 2 comorbilidades. Derivado de la evaluación del riesgo de caídas con la prueba de alcance funcional y del deterioro cognitivo medido con el cuestionario de Pfeiffer, encontraron que el deterioro cognitivo estuvo asociado a un riesgo 3 veces mayor de caídas.<sup>11</sup>

### Síndrome de fragilidad

En las personas mayores, el *síndrome de fragilidad* se ha asociado con el deterioro cognitivo con una incidencia de 10% y una prevalencia de 4%, y es directamente proporcional al aumento de edad.

La *fragilidad* ha sido descrita por Linda Fried, médica geriatra y epidemióloga estadounidense, como un síndrome geriátrico que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y una menor resistencia al estrés, resultado de una acumulación de múltiples déficits en los sistemas fisiológicos que condicionan que haya una vulnerabilidad ante los eventos adversos y ante aquellos asociados al proceso de envejecimiento. Hay evidencias de que existe un sustrato biológico cerebral en la fragilidad que puede servir como promotor o acelerador del deterioro cognitivo. Esta hipótesis refuerza el argumento de que la fragilidad y el síndrome de fragilidad comparten los mismos mecanismos fisiopatológicos con base en criterios como pérdida de peso del 5% o  $> 4.5$  kg, debilidad muscular, baja energía o agotamiento, disminución de la velocidad de la marcha y disminución de la actividad física.<sup>12</sup>

En el estudio de revisión de Miyamura *et al.*, se muestra que las personas mayores con síndrome de fragilidad tienen 1.4 veces más probabilidad de presentar deterioro cognitivo si se comparan con las no frágiles.<sup>13</sup>

### Depresión

La *depresión* según la Asociación Americana de Psiquiatría es un trastorno que se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan de manera significativa la capacidad funcional de las personas que la padecen.

Con una incidencia del 4% y prevalencia del 10%, la depresión se identifica como un factor de riesgo para el deterioro cognitivo leve (DCL) en las personas mayores; en el 39.7% de ellas, se han encontrado tasas de progresión en depresión y DCL. También se ha evidenciado que los síntomas depresivos se asocian con la disminución de la atención, que puede progresar a deterioro cognitivo al no tener control de los síntomas. Por otro lado, el estudio en la composición de la materia gris ha sido un cambio neurológico que muestra la distinción entre pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) depresivos y no depresivos.<sup>14</sup>

Cabe señalar que se encontró relación entre la edad y la depresión ( $p < 0.05$ ), así como asociación entre el deterioro cognitivo y tener depresión severa (RP [razón de prevalencias]: 2.1: intervalo de confianza al 95% [IC 95%]:1.4-3.2), lo que demuestra que los índices de depresión aumentaron conforme aumentaba la edad con una mayor probabilidad de padecer un trastorno neurocognitivo en aquellas personas mayores con depresión severa.<sup>15</sup>

En un estudio con 399 personas mayores mexicanas, el 23.63% presentó depresión leve y el 24.54% déficit cognoscitivo en escala de leve a moderado. La depresión y las alteraciones cognitivas interfieren en la funcionalidad y en el nivel de vida en la vejez; en estas 2 afectaciones los factores predisponentes son comunes, lo que hace factible que las personas mayores sufran a la vez estos 2 padecimientos, que en conjunto aumentan un 4% para que se desarrollen.<sup>16</sup> Además se determinó que mientras más años tenía la persona mayor, mayor era el riesgo de sufrir depresión y deterioro cognitivo.

### Polifarmacia

La prevalencia de la polifarmacia a nivel mundial varía entre el 5 y 78%. En Estados Unidos se reporta una prevalencia del 57% y en Europa del 51%. En México, la polifarmacia en personas mayores se ha documentado en el momento de su ingreso al hospital y la prevalencia está entre 55 y 65%, y depende del tipo de hospital y nivel de atención.<sup>13</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la *polifarmacia* es el consumo simultáneo de más de 3 fármacos, situación que es muy común en las personas mayores de 60 años, ya sea por dolores, enfermedades crónicas, como hipertensión o diabetes, o por automedicación. Se han encontrado diferentes tipos de polifarmacia de acuerdo con el número de fármacos, interacciones y prescripción o efectos adversos. Lo anterior se asocia con los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, mediante los cuales se producen modificaciones de la farmacocinética que producen en la persona mayor estados de especial susceptibilidad.<sup>17</sup>

Sin embargo, debe considerarse que no solo los factores propios de la farmacología influyen en el éxito de un tratamiento; en la práctica clínica geriátrica hay otros factores que dependen de las características individuales de cada persona para la elección terapéutica de acuerdo con dichas características.<sup>18</sup>

Se han identificado varios factores de riesgo para la polifarmacia, que se agrupan en factores demográficos, del estado de salud y del acceso a los servicios de salud. Entre los factores demográficos se encuentran la edad avanzada, el género femenino y el bajo nivel educativo.<sup>19</sup>

Otro factor que influye en que haya un mayor riesgo, son las comorbilidades de las personas mayores, porque pueden afectar la absorción, excreción y metabolización de los fármacos, por ello, la prescripción segura se complica ante la necesidad de ampliar las terapias.

### *Delirium*

El delirium y el deterioro cognitivo tienen una incidencia del 22% con alta prevalencia en la persona mayor. Son definidos por criterios clínicos de consenso caracterizado por presentarse de forma aguda, fluctuante, con alteración en la atención y pensamiento desorganizado. Ambos padecimientos coinciden con frecuencia en la misma persona mayor y comparten aspectos clínicos, epidemiológicos y patogénicos.<sup>20</sup>

La edad avanzada y el deterioro cognitivo son los principales factores de riesgo para presentar delirium en personas mayores que se encuentran en la comunidad o en el hospital. Estas personas presentaron cuadros de delirium superpuesto entre el 22 y 89%,<sup>17</sup> por lo que se identificó que el amplio margen en las cifras obedece a la disparidad de criterios diagnósticos, conceptos, poblaciones y ubicación, entre otros factores.<sup>21</sup>

La importancia radica en que tanto el deterioro cogni-

tivo como el delirium son factores de riesgo independientes de la mortalidad, la estancia hospitalaria prolongada y la declinación de la función cognitiva a mediano y largo plazo. Por lo anterior, se debe conocer a fondo su fisiopatología, abordaje, diagnóstico y tratamiento, con el objetivo de alertar a la persona mayor y sus familiares sobre la elevada frecuencia e implicaciones pronósticas de estas 2 entidades.<sup>22,23</sup>

### *Desnutrición*

La prevalencia entre el estado de desnutrición y el deterioro cognitivo en las personas mayores es elevada (80.8%). Es entendida como un estado de malnutrición causado por la falta de uno o más nutrientes, carencia, exceso o desequilibrio de la ingesta de energía y nutrientes. Es un problema importante en el que las personas de edad avanzada constituyen la población con mayor riesgo de sufrir deficiencias nutricionales en el ámbito hospitalario, en la atención residencial y en la comunidad.

De acuerdo con la OMS, se trata del grupo nutricionalmente más vulnerable e infradiagnosticado, con un riesgo de desnutrición del 11 al 19% y se estima que entre el 35 y el 40% de personas ancianas presentan algún tipo de alteración nutricional (malnutrición caloricoproteica, déficit selectivo de vitaminas o micronutrientes, inadecuado aporte hídrico u obesidad) derivada de la afectación en la funcionalidad en personas mayores con deterioro cognitivo, puesto que estas personas disminuyen su ingesta de alimentos, que se hará aún más evidente en las fases más avanzadas de la enfermedad, en las cuales los requerimientos nutricionales se incrementan a consecuencia del propio proceso degenerativo.

En consecuencia, cualquier análisis de las enfermedades neurológicas obliga a tener presentes las posibles repercusiones nutricionales, de las que, según diversos estudios experimentales y epidemiológicos, el control del estado nutricional en esta etapa constituye un indicador válido para predecir tanto la calidad de vida como la longevidad. La adhesión a determinados tipos de dieta se asocia con una mejora significativa en el estado de salud, así como la ingesta de alimentos que contienen vitaminas B12, B6, ácido fólico y omega 3 que disminuyen el desarrollo de deterioro cognitivo,<sup>23,24</sup> lo que apunta a que a medida que aumenta el deterioro cognitivo declina el estado nutricional de las personas mayores.<sup>25</sup>

El deterioro cognitivo y funcional es un problema que afecta a la persona mayor en la etapa de envejecimiento,

repercute en su salud y en su capacidad para realizar actividad física. Cuando no se tiene un envejecimiento activo, se produce un envejecimiento patológico con múltiples síndromes geriátricos que conllevan al aumento de la dependencia funcional.<sup>26</sup>

## Conclusión

Se encontró que el deterioro cognitivo está más relacionado con la depresión, la fragilidad, la desnutrición, las caídas, la polifarmacia y el delirium, los cuales en caso de no detectarse de manera oportuna mediante una adecuada anamnesis y exploración pudieran llevar al paciente a una discapacidad importante con altas tasas de morbilidad y mortalidad.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Datos Nacionales. Ciudad de México: INEGI, 2023. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP\\_DMPO23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Ginebra: OMS; 1 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Lenze EJ, Voegtle M, Miller JP, et al. Effects of Mindfulness Training and Exercise on Cognitive Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2022;328(22):2218-29. doi: 10.1001/jama.2022.21680
4. González-Martínez P, Oltra-Cucarella J, Sitges-Maciá E, et al. Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Rev Neurol*. 2021;72:288-95. doi: 10.33588/rn.7208.2020626
5. Zárate-Saez CM, Rodríguez-Espeso EA, Hernández-Sánchez LA. El deterioro cognitivo en los mayores. *REV Medicine*. 2021;13(46):2671-87. doi: 10.1016/j.med.2021.12.002
6. Pinto-Cabrera JE. Deterioro cognitivo y funcional como grandes síndromes geriátricos desde la neurorrehabilitación fisioterapéutica. *Rev Académica CUNZAC*. 2023;6(1):62-8. Disponible en: <https://revistacunzac.com/index.php/revista/article/view/94/160>
7. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, et al. Aging, memory, and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*. 1997;9 Suppl 1:65-9. doi: 10.1017/s1041610297004717
8. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). Quita Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
9. Parada-Muñoz KR, Guapizaca-Juca JF, Bueno-Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Rev Científica U i s - rael*. 2022;9(2):77-93. doi: 10.35290/rcui.v9n2.2022.525
10. Chou YH, Sundman M, Ton That V, et al. Excitabilidad y plasticidad cortical en la enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo leve: una revisión sistemática y un metanálisis de estudios de estimulación magnética transcraneal. *Ageing Res Rev*. 2022;79:101660. doi: 10.1016/j.arr.2022.101660
11. Bejar, AC, Runzer-Colmenares F, Parodi JF. Relación entre el riesgo de caídas y deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval 2010- 2015. *Rev Acta Med Peru*. 2019; 36(2):110-5.
12. Wang X, Hu J, Wu D. Factores de riesgo de fragilidad en adultos mayores. *Medicina (Baltimore)*. 2022;101(34):e30169. doi: 10.1097/MD.00000000000030169
13. Miyamura K, Fhon JRS, Bueno AA, et al. Frailty syndrome and cognitive impairment in older adults: systematic review of the literature. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3202. doi: 10.1590/1518-8345.3189.3202
14. Gonzalez-Hernandez A, Rodríguez-Quintero AM, Bonilla-Santos J. La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Un estudio de revisión sistemática. *Rev Espa Geria y Geronto*. 2022;57(3):118-28. doi: 10.1016/j.regg.2021.10.002
15. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, et al. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One*. 2021;16(5):e0251326. doi: 10.1371/journal.pone.0251326
16. Okereke OI, Reynolds CF, Mischoulon D, et al. Efecto de la suplementación a largo plazo con vitamina D3 frente al placebo en el riesgo de depresión o síntomas depresivos clínicamente relevantes y en el cambio en las puntuaciones del estado de ánimo: un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA*. 2020;324(5):471-80. doi: 10.1001/jama.2020.10224
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de Atención. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC); 2012. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
18. Rudolf H, Thiem U, Aust K, et al. Reducción de medicamentos potencialmente inapropiados en personas mayores. *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118(51-52):875-82. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0372
19. Sánchez-Pérez H, Ramírez-Rosillo FJ, Carrillo-Esper R. Polifarmacia en el adulto mayor. Consideraciones en el perioperatorio. *Rev Mex de Aneste*. 2022;45(1):40-7. doi: 10.35366/102902

20. Marín-Carmona JM. Delirium y demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;43(3):42-6.
21. Khan SH, Xu C, Purpura R, et al. Decreasing Delirium Through Music: A Randomized Pilot Trial. *Am J Crit Care.* 2020;29(2):e31-8. doi: 10.4037/ajcc2020175
22. Tiegies Z, Maclullich AMJ, Anand A, et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2021;50(3):733-43. doi: 10.1093/ageing/afaa224
23. Humeidan ML, Reyes JC, Mavarez-Martinez A, et al. Effect of Cognitive Prehabilitation on the Incidence of Postoperative Delirium Among Older Adults Undergoing Major Noncardiac Surgery: The Neurobics Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2021;156(2):148-56. doi: 10.1001/jamasurg.2020.4371
24. Ward NA, Reid-McCann R, Brennan L, et al. Effects of Protein enriched Mediterranean Diet and Exercise on nutritional status and cognition in adults at risk of undernutrition and cognitive decline: the PROMED-EX Randomised Controlled Trial. *BMJ Open.* 2023; 13(10):e070689. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070689
25. Tangvik RJ, Bruvik FK, Drageset J. Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review. *Geriatr Nurs.* 2021;42(1):117-23. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.12.005
26. Toloza-Ramírez D, Martella D. Reserva cognitiva y demencias: limitaciones del efecto protector en el envejecimiento y el deterioro cognitivo. *Rev Med Chile.* 2019;147(12):1594-612.

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

Ordoñez-Huetle C, Lozano-Blancas CJ, Villalba-Martínez DC. Síndromes geriátricos relacionados con el deterioro cognitivo de las personas mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(2):e1518. doi: 10.5281/zenodo.15091732

Ivette Janeth Reveles-Manriquez<sup>1a</sup>, Perla Yaneli Ruiz-Montes<sup>2b</sup>, Helena Carreón-González<sup>3c</sup>, Esther Hernández-Martínez<sup>4d</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 6, Departamento de Enfermería, Servicio de Urgencias. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 6, Departamento de Enfermería, Servicio de Medicina Interna. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

<sup>3</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional "Lic. Adolfo Ruiz Cortines", Hospital de Especialidades No. 14, Dirección de Enfermería, Subjefatura de Enfermería, Proceso de Urgencias. Veracruz, Veracruz, México

<sup>4</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional "Lic. Adolfo Ruiz Cortines", Hospital de Especialidades No. 14, Dirección de Educación e Investigación en Salud, Subjefatura de Educación en Enfermería y Áreas Técnicas. Veracruz, Veracruz, México

Doi: 10.5281/zenodo.15091741

### Resumen

#### ORCID

0000-0003-1503-6631<sup>a</sup>

0000-0001-7323-0702<sup>b</sup>

0000-0002-5836-8591<sup>c</sup>

0000-0002-6722-6587<sup>d</sup>

#### Palabras clave:

Accidente Vascular Cerebral  
Cuidado de Enfermería  
Código Cerebro

#### Keywords:

Cerebrovascular Accident  
Nursing Care  
Brain Code

#### Correspondencia:

Helena Carreón González

#### Correo electrónico:

hlcarr@msn.com

#### Fecha de recepción:

28/08/2024

#### Fecha de aceptación:

26/12/2024

**Introducción:** con la implementación del Protocolo de Atención Integral (PAI) Código Cerebro, se puede garantizar el tratamiento oportuno de los pacientes con síntomas cerebrovasculares dentro de las primeras 4 horas y media de su inicio.

**Objetivo:** describir las acciones del personal de enfermería protocolizadas para el cuidado de la persona con factores de riesgo o con enfermedad vascular cerebral (EVC).

**Desarrollo:** con base en el PAI Código Cerebro, el personal de enfermería en primer nivel de atención se enfoca en acciones básicas y acciones de promoción y fomento de la salud para la identificación de factores de riesgo modificables y no modificables; en el segundo y tercer nivel de atención, las acciones se centran en el cuidado cerebrovascular de la persona en 2 fases denominadas como puerta-evaluación y puerta-aguja, con el inicio oportuno de neuroprotectores no farmacológicos dentro de la ventana terapéutica para poder revertir los cambios isquémicos tempranos.

**Conclusiones:** las acciones del personal de enfermería para personas en riesgo de padecer EVC o que tengan esta enfermedad se relacionan con intervenciones de promoción, prevención y educación a la persona y a la familia con la implementación de programas personalizados y multifacéticos.

### Abstract

**Introduction:** With the implementation of the Comprehensive Care Protocol (CCP) Code Brain, timely treatment of patients with cerebrovascular symptoms can be guaranteed within the first 4 and a half hours of its onset.

**Objective:** To describe the actions of the nursing staff protocolized for the care of the person with risk factors or with cerebral vascular disease (CVD).

**Development:** Based on the CCP Code Brain, the nursing staff at the first level of care focuses on basic actions and actions to promote and encourage health for the identification of modifiable and non-modifiable risk factors; at the second and third levels of care, the actions focus on the cerebrovascular care of the person in two phases called door-evaluation and door-needle, with the timely use of non-pharmacological neuroprotectors within the therapeutic window and being able to reverse early ischemic changes.

**Conclusions:** The actions of nursing staff for people at risk or with stroke are related to interventions for promotion, prevention and education for the person and family with the implementation of personalized and multifaceted programs.

## Introducción

El estilo de vida acelerado, los factores genéticos y una serie de elementos predisponentes como la hipertensión, la diabetes, la hiperlipidemia, la fibrilación auricular y la depresión, junto con otras causas de índole psicológica, sociológica y sociocultural, contribuyen a la aparición de eventos cardiovasculares.<sup>1</sup>

Se estima que para el año 2050, el 50% de la población mayor de 65 años podrá sufrir un evento de enfermedad vascular cerebral (EVC). Cabe señalar que después de la enfermedad coronaria, la EVC es la segunda causa de años perdidos ajustados por discapacidad (AVAD), con 3.33 millones de muertes asociadas a dicho evento.<sup>2</sup> La EVC en México representó la séptima causa de muerte con 37,453 personas a partir de los 35 años, el 51.4% fueron hombres y 48.6% mujeres; las personas de 65 años o más fueron afectadas en un 73.4%.<sup>3</sup>

El evento vascular cerebral o EVC es un trastorno del sistema nervioso que se manifiesta repentinamente, con síntomas que persisten durante al menos 24 horas, y puede resultar en secuelas permanentes o incluso en la muerte.<sup>4</sup> Existen 3 tipos de EVC: en el *trombótico* se produce un bloqueo del flujo sanguíneo en una arteria cerebral debido a la formación de un coágulo dentro de ella; generalmente es causado por la acumulación de depósitos grasos en las paredes arteriales, conocida como aterosclerosis. El *embólico* ocurre cuando un coágulo se forma en otra parte del cuerpo, como el corazón, y luego se desprende y viaja a través del torrente sanguíneo hasta llegar al cerebro, donde obstruye un vaso sanguíneo lo suficientemente estrecho como para impedir el flujo de sangre (fenómeno conocido como *embolia*). El *hemorrágico*, o *derrame cerebral*, se produce por la ruptura y el sangrado de un vaso sanguíneo cerebral.<sup>5</sup>

Las enfermedades cerebrovasculares representan un desafío significativo para los sistemas de salud a nivel mundial, pues son la tercera causa más común de muerte, la principal causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de demencia. Cada año, alrededor de 15 millones de personas experimentan un episodio de *ictus*, con aproximadamente 5.5 millones de muertes anuales, lo que equivale al 10% de todas las defunciones registradas, además de que otros 5 millones quedan con alguna forma de discapacidad permanente.<sup>6</sup>

Las personas que han desarrollado eventos vasculares lo han hecho por años y no por horas. Se considera que enferman desde la adquisición de síndromes metabólicos

y ante la progresión de la aterosclerosis carotídea e intracraneal, que se manifiesta con incremento en la resistencia vascular, elevación de triglicéridos > 150 mg/dL, bajos niveles de colesterol HDL (< 40 mg/dL en hombres y < 50 mg/dL en mujeres), desórdenes de la coagulación, cambios en los niveles hormonales, atenuación del flujo sanguíneo periférico, obesidad central, hipertensión arterial > 130/85 mm/Hg, alteración del metabolismo y glucosa (> 100 mg/dL).<sup>7</sup>

En respuesta al alto índice de padecimientos cerebrovasculares a nivel mundial, se han creado programas de atención inmediata y mediata a fin de revertir el problema trombotico, embólico y hemorrágico, el cual repercute en la salud y calidad de vida de la población.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) insta a reducir la EVC mediante la disminución de la ingesta de sodio dietario (-2 g/d) en adultos;<sup>8</sup> en América del Sur se diseñó el Modelo de gestión de la red neurológica en la atención centrada en EVC con estándares de calidad para garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento en forma oportuna, continua, equitativa y eficaz.<sup>9</sup>

El Protocolo de asistencia en casos de EVC abarca la actuación previa al procedimiento que consiste en valorar y estabilizar al paciente en el Servicio de Emergencia extrahospitalario; en el manejo intrahospitalario, se activa el protocolo EVC en los pacientes con síntomas de menos de 12 horas de evolución y en los de inicio desconocido para el manejo por el neurólogo y el neurorradiólogo intervencionista con la finalidad de iniciar el tratamiento lo antes posible; y la atención, posterior al procedimiento, consiste en el monitoreo, cuidados, tratamiento e indicación de pruebas complementarias por el neurólogo en colaboración con otros especialistas involucrados en el cuidado del paciente.<sup>10</sup>

El Protocolo de Atención Integral (PAI) Código Cerebro se implementó en 2022 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el propósito de vincular las actividades del equipo multidisciplinario en los ámbitos de medicina familiar, hospitales y unidades médicas de alta especialidad. En primera instancia, se trata de mejorar la capacidad de respuesta del personal de salud y de garantizar el tratamiento oportuno de las personas con síntomas cerebrovasculares en las primeras 4 horas del inicio de los síntomas,<sup>11</sup> asimismo, se busca reducir la incidencia de discapacidad y disminuir la mortalidad entre las personas afectadas por EVC.<sup>12</sup> En el IMSS, el PAI Código Cerebro opera en 136 hospitales de segundo nivel y en

10 unidades médicas de alta especialidad, con un total de 3114 personas atendidas y 618 trombólis llevadas a cabo en personas entre 45 y 75 años. Lo anterior repercute en más de 500 vidas que en el mejor de los casos estaban condenadas a quedar en una cama con una incapacidad para toda la vida.<sup>13</sup>

En particular, las acciones de enfermería especificadas en dicho protocolo se establecen con la finalidad de otorgar el cuidado de enfermería con seguridad y calidad en el tiempo idóneo.

### Capacitación de enfermería en el PAI Código Cerebro

Dada la estrecha interacción y proximidad del profesional de enfermería con los procesos de atención, su papel en la seguridad y la calidad asistencial es crucial en la preparación académica respaldada por evidencia científica en la detección oportuna de los posibles riesgos.<sup>14,15</sup> De la misma forma, se sugiere la formación de equipos multidisciplinarios capacitados en el tratamiento oportuno de la persona con EVC, de acuerdo con las guías europeas, estadounidenses y las guías de EVC del IMSS.

Se ha demostrado que las personas ingresadas en un hospital que fueron atendidas por un equipo multidisciplinario especializado en EVC tienen mejor pronóstico de salud. Lo anterior se traduce en menos días de hospitalización y menor dependencia y mortalidad que el de aquellas personas que ingresaron en hospitales que no cuentan con la capacitación necesaria.<sup>16,17</sup>

En este sentido, se recomienda la capacitación del personal de enfermería de servicios de medicina interna y emergencias en el manejo del EVC, para mejorar la gestión del cuidado y obtener los recursos necesarios para brindar una atención óptima.<sup>18</sup>

De acuerdo con lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024 en México, y con base en la línea estratégica de capacitación institucional en el IMSS, la División de Educación Permanente en Salud, dependiente de la Coordinación de Educación en Salud, diseñó e implementó en el 2022 la capacitación en línea de un total de 3015 enfermeras en torno al PAI Código Cerebro (cuadro I). Actualmente, se han capacitado más de 13,000 trabajadores de salud, incluidas las categorías laborales involucradas en el proceso de atención a las personas con EVC, por ejemplo, personal de seguridad, asistente médica, camillero, técnicos de rayos X, personal de enfermería y médico.

El PAI Código Cerebro se implementó en el IMSS como una estrategia para ejercer el derecho humano a la salud en los 3 niveles de atención sanitaria, los cuales se enfocan en el cuidado y tratamiento agudo de personas con EVC, desde la promoción y prevención de los factores de riesgo en el primer nivel de atención, hasta la atención de urgencia en casos de una EVC que son referidos a hospitales de segundo o tercer nivel de atención, para ser atendidos por un equipo multidisciplinario competente en las primeras horas a fin de disminuir las secuelas y la morbimortalidad.

## Desarrollo

### Acciones de enfermería en primer nivel de atención

Se inician las acciones de promoción a la salud y prevención primaria para la detección de factores modificables y no modificables en personas mayores de 20 años, con la finalidad de identificar tempranamente el riesgo

**Cuadro I Capacitación de personal de enfermería del IMSS en el Protocolo de Atención Integral Código Cerebro (n = 3015)**

Regionalización de servicios	Personal de enfermería con capacitación	2022	
		n	%
Región Centro	Guanajuato (121), Hidalgo (207), Estado de México Oriente (123), Estado de México Poniente (191), Morelos (97), Puebla (173), Querétaro (44), Tlaxcala (39), Ciudad de México Norte (200), Ciudad de México Sur (161)	1356	45
Región Sureste	Campeche (99), Chiapas (6), Guerrero (9), Oaxaca (38), Quintana Roo (33), Tabasco (44), Veracruz norte (194), Veracruz sur (155), Yucatán (41)	619	20.5
Región Occidente	Baja California (103), Baja California Sur (31), Colima (26), Jalisco (82), Michoacán (66), Nayarit (49), Sinaloa (54), Sonora (48)	459	15.2
Región Norte	Aguascalientes (22), Coahuila (87), Chihuahua (79), Durango (60), Nuevo León (78), San Luis Potosí (124) Tamaulipas (113), Zacatecas (18)	581	19.3

Fuente: Sistema Integral de Educación a Distancia (SIED)

de padecer EVC. En este nivel, se establecen las estrategias para promover el tratamiento no farmacológico con enfoque de prescripción social (PS) en los Centros de Seguridad Social (CSS) y los mecanismos para referir a las personas de forma oportuna para recibir cursos de capacitación y actividades relacionadas con la promoción, la prevención y el fomento de la salud (figura 1).

1. *Acciones básicas:* lleva a cabo la antropometría básica, es decir, mide peso, talla, circunferencia de cintura e índice de masa corporal.
2. *Acciones de promoción y fomento para la salud:* detecta factores de riesgos modificables y no modificables para EVC.
  - Factores de riesgo modificables: verifica antecedentes de EVC, sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol, tabaquismo, nutrición inadecuada. Se emiten recomendaciones de modificación global del estilo de vida como, dieta hiposódica, hidratación, ejercicio, tabaquismo, alcoholismo y estrés.
  - Factores de riesgo no modificables: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, fibrilación auricular no valvular, hiperhomocisteinemia y vitaminas. Se capacita a la persona y familiar en el automonitoreo de comorbilidades (hipertensión arterial sistémica [HAS], diabetes mellitus [DM], dislipidemia, obesidad) mediante la toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, glucosa capilar, peso y en

el conocimiento de metas de control óptimas para disminuir el riesgo de EVC.

3. *Verifica que la persona con factores de riesgo modificables* haya sido referida por el médico familiar al CSS y al Programa de Atención Social a la Salud (PASS) para recibir la PS correspondiente; en caso de que no haya sido referida, la envía al CSS y al PASS.

Entrega e informa la cartera de alimentación correcta y actividad física y explica los beneficios de tener un peso saludable y cómo esto contribuye al mejor control de los factores de riesgo para EVC (HAS, dislipidemia y obesidad).

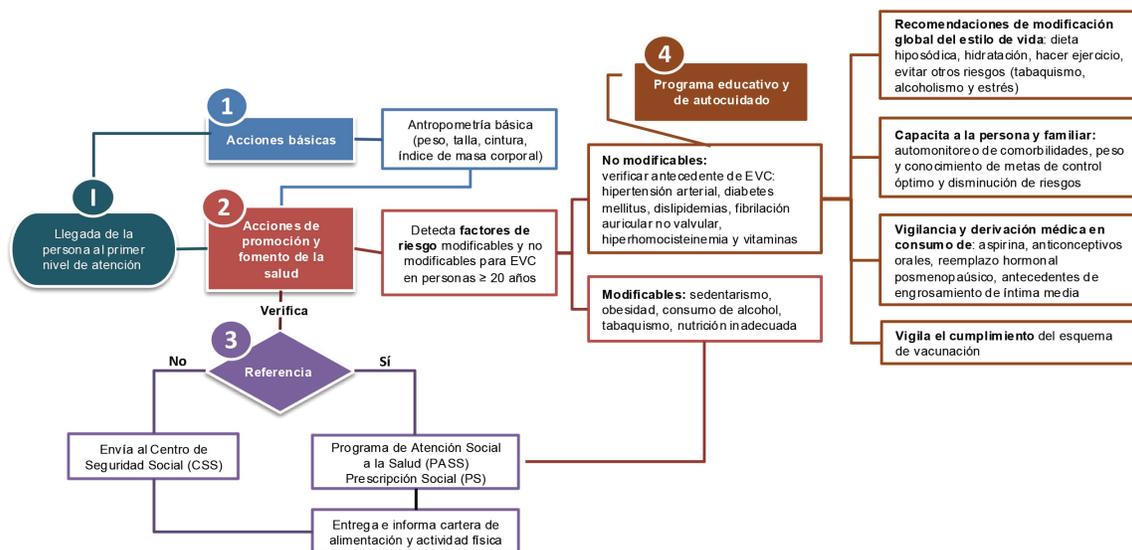
4. *Integra a la persona con factores de riesgo no modificables* a un programa educativo y de autocuidado para rectificar los estilos de vida modificable y no modificable.

Participa en la educación y asesoramiento del paciente con factores de riesgo de EVC y de sus familiares con relación al cumplimiento y beneficios de cumplir con el tratamiento no farmacológico (actividad física, alimentación) y el farmacológico establecido.

Vigila que la persona en riesgo de EVC cumpla con el esquema de vacunación correspondiente de acuerdo con su edad y comorbilidad.

Ante la presencia de signos semiológicos de déficit neurológico, el personal de enfermería puede realizar una evaluación rápida utilizando la escala de Cincinnati. En todos los casos de sospecha de EVC, es imprescindible la evaluación temprana del equilibrio bilateral de las facies,

Figura 1 Acciones del personal de enfermería en primer nivel de atención con base en el PAI Código Cerebro



Fuente: elaboración propia con base en los Protocolos de atención integral-enfermedades cardiovasculares-Código Cerebro, IMSS, 2022

de los miembros superiores y el lenguaje claro y entendible. Ante cualquier manifestación se debe buscar atención médica de inmediato, investigar el tratamiento base del paciente; en caso necesario, administrar antiplaquetarios y enviar al siguiente nivel de atención (cuadro II). La escala de Cincinnati se relaciona estrechamente con los siguientes acrónimos:

- FAST (*Face, Arm, Speech, Time*), acrónimo adoptado por la *American Heart Association* (AHA).
- DALE (Debilidad de extremidades, Asimetría facial, Lenguaje alterado, Emergencia), aceptado por la Asociación Mexicana de Enfermedad Vascular Cerebral.
- CAMALEON (CAra, MAño/brazo, LEnguaje, teléfono), respaldado por la Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia, la *World Stroke Academy* y la *World Stroke Organization*.<sup>19</sup>

### Acciones de enfermería en segundo o tercer nivel de atención

Es de crucial importancia que el personal de enfermería sea competente en el PAI Código Cerebro y se capacite por lo menos una vez al año. Cabe señalar que dicho personal es la piedra angular en la gestión del cuidado y pieza clave del apoyo asistencial que se le brinda a los pacientes con EVC. Sin embargo, la atención del paciente con EVC no solo depende de ello, sino también de la ubicación geo-

gráfica del nosocomio y de su cartera de servicios, es decir de hospitales que cuenten con personal especializado y capacitado en el PAI Código Cerebro para la atención multidisciplinaria desde el ingreso hasta la resolución del caso, según la evolución de cada paciente. Es importante mencionar que hay hospitales que por sus condiciones de estructura y cartera de servicios, solo proporcionan la atención inicial al paciente, otorgan terapéuticas indispensables y lo envían a un hospital de alta especialidad para continuar con la terapéutica del PAI Código Cerebro.

La meta es la conformación de centros integrales para el tratamiento con terapia fibrinolítica (TF) intravenosa en al menos el 10% de los pacientes con EVC que presentan síntomas en los primeros 60 minutos y durante las siguientes 4 horas y media —*ventana terapéutica*—. Este tiempo pronóstico fue establecido por la *American Stroke Association* (AHA/ASA 2019) desde que el paciente ingresa a los servicios de urgencias y se aplica la TF —*tiempo puerta-aguja*—. En dichos centros se proporciona atención a un paciente sintomático y grave con evolución de un EVC, lo cual dependerá de un correcto diagnóstico mediante valoración clínica e imagen, así como del tratamiento tanto para la isquemia como para la hemorragia intracraneal; por ello, los cuidados del personal de enfermería comienzan con la utilización de neuroprotectores no farmacológicos, como el aporte de oxígeno, de solución salina intravenosa al 0.9%, el mantenimiento de

**Cuadro II Evaluación rápida de la persona con sospecha de EVC utilizando la escala de Cincinnati**

Parámetro clínico	Manifestación	Procedimiento	Interpretación
Pérdida de la función facial	La mitad de la cara parece caída o no se mueve de manera simétrica al intentar sonreír	Pida a la persona que sonría o muestre los dientes Observe si una mitad de la cara no se eleva de manera simétrica con la otra mitad, o si hay una caída evidente en la comisura de la boca de un lado	0 signos positivos Si la persona no presenta ninguno de los 3 signos, la probabilidad de un EVC es menor  1 o más signos positivos Si la persona presenta uno o más de los 3 signos, hay una mayor probabilidad de que esté experimentando un EVC
Debilidad en el brazo	Dificultad para levantar ambos brazos o mantenerlos levantados de manera simétrica	Pida a la persona que cierre los ojos y extienda ambos brazos hacia adelante, con las palmas hacia arriba Observe si uno de los brazos no se eleva o cae involuntariamente	
Dificultad en el habla	Dificultad para hablar claramente, como palabras arrastradas o incomprensibles	Pida a la persona que repita una frase sencilla como “El cielo es azul en Sevilla” Escuche si tiene dificultad para hablar, si arrastra las palabras, si tiene un habla incomprensible o muestra confusión en su respuesta	
Total	Indicativo de posibilidad de un EVC	No se confirma un EVC, pero sugiere la necesidad de una evaluación médica inmediata	3 puntos

Fuente: Elaboración propia con datos de Femat-Roldán. Escala Cincinnati para el diagnóstico de un ACV. Neurocenter. Marzo de 2024. Disponible en: <https://neurocenter.mx/escala-cincinnati/>

la presión arterial media > 60 mmHg, el control de la glucosa y la temperatura corporal (figura 2).<sup>20</sup>

### Protocolo de Atención Integral Código Cerebro

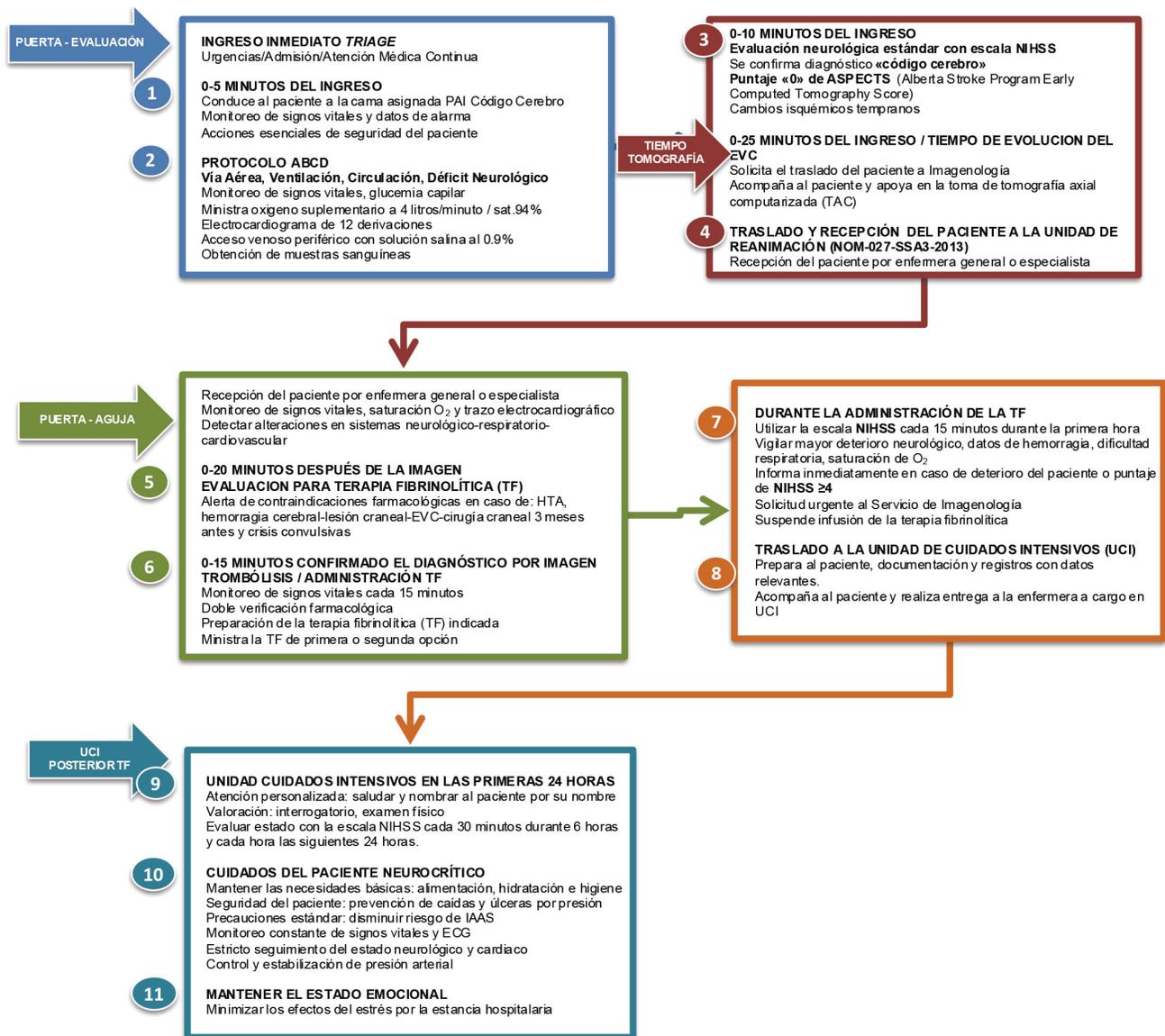
*Puerta-evaluación: acciones de la enfermera general en paciente con EVC*

1. El paciente ingresa en el *triage* y se le interroga en tor-

no al tiempo de inicio de la sintomatología hasta la llegada al hospital e inmediatamente se emite la alarma al personal multidisciplinario.

- El paciente es conducido a la cama asignada con base en el PAI Código Cerebro y se le hace monitoreo completo de signos vitales.
  - Se aplican acciones esenciales de seguridad para el paciente en todo momento.
2. La enfermera valora y atiende el protocolo ABCD (vía aérea, ventilación, circulación, déficit neurológico) y

Figura 2 Acciones del personal de enfermería en segundo y tercer nivel de atención con base en el PAI Código Cerebro



Fuente: elaboración propia con base en los Protocolos de Atención integral - Enfermedades Cardiovasculares – Código Cerebro. IMSS, 2022

asiste en la evaluación médica neurológica estandarizada para determinar la presencia de un infarto cerebral agudo o una hemorragia intracraneal, con base en la escala de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIHSS).

- Ministra oxígeno suplementario al paciente 4 litros/minuto, para proporcionar FiO<sub>2</sub> 36% y saturación  $\geq$  94%.
  - Toma electrocardiograma de 12 derivaciones.
  - Instala acceso venoso periférico con solución salina al 0.9% del lado contralateral al afectado (catéter corto 18 G).
  - Obtiene muestras biológicas para exámenes de laboratorio y gabinete iniciales (biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación).
3. Acompaña al paciente al Servicio de Imagenología (tiempo tomografía) para la toma de tomografía axial computarizada craneal, una vez que se establece la confirmación como Código Cerebro con base en los cambios isquémicos tempranos y en correlación con el puntaje 0 de ASPECTS (*Alberta Stroke Program Early Computed Tomography Score*).<sup>10</sup>
  4. El paciente se traslada al área de reanimación en urgencias, equipada conforme a la NOM-027-SSA3-2013, para ser atendido por personal de enfermería general o especialista.

#### *Puerta-aguja: acciones de la enfermera especialista en el paciente con EVC*

- Recibe al paciente con diagnóstico clínico y de gabinete confirmado.
  - Monitoriza signos vitales, saturación de oxígeno y trazo electrocardiográfico.
  - Prioriza la detección de alteraciones de los sistemas neurológico, respiratorio y cardiovascular.
5. Colabora en la evaluación y administración de la TF, a fin de identificar posibles contraindicaciones farmacológicas relacionadas con hipertensión arterial, hemorragia cerebral-lesión craneal-EVC-cirugía craneal en los 3 meses previos, crisis convulsivas.
  6. En los pacientes con oclusión de las arterias carótida interna, basilar o cerebral media, evaluar con la escala de NIHSS, con puntuación  $\geq$  6 puntos y que son candidatos a TF en las 4.5 horas posteriores al inicio de los síntomas.
    - Por la seguridad del paciente y con menor riesgo de sangrado, la primera opción farmacológica que se

prescribe es alteplasa (0.9 mg/kg /dosis máxima 90 mg); la segunda opción es tenecteplasa (0.25 mg/kg en bolo único /dosis máxima 25 mg).<sup>21</sup>

- Revisa los correctos farmacológicos y la doble verificación de los medicamentos de alto riesgo prescritos. En caso de administrar alteplase, prepara y administra la TF prescrita a razón de 10% en bolo, vía intravenosa por un minuto, el 90% en infusión para una hora, a fin de favorecer la restauración del flujo sanguíneo cerebral (FSC), especialmente en la “zona de penumbra”.<sup>11</sup>
7. Vigila al paciente durante la administración de la TF, en cuanto a un mayor deterioro neurológico, sangrado a cualquier nivel, reacciones alérgicas, control de la presión arterial sistémica, temperatura corporal, nivel de glucosa y saturación de oxígeno.
    - Suspende inmediatamente la infusión de TF ante las manifestaciones de cefalea intensa, pérdida de consciencia, datos de hemorragia y dificultad respiratoria; si además identifica deterioro NISHH  $>$  4 puntos, deberá notificar inmediatamente al personal médico. En tal caso, se solicitará un nuevo estudio de tomografía, así como el monitoreo estrecho de la tensión arterial y signos vitales cada 15 minutos y la evaluación con la escala NIHSS cada 15 minutos durante la primera hora después de la trombólisis.
    - Administra oportunamente los medicamentos prescritos de antiagregación plaquetaria y estatinas principalmente, con la vigilancia estrecha de reacciones adversas en cuya presencia deberá notificar al médico.
  8. Prepara al paciente y coordina su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con la respectiva documentación y registros de la valoración sobre el estado actual, tratamiento farmacológico, procedimientos y gestión del cuidado de enfermería desde la planeación, intervenciones de enfermería, prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), y la evidencia de la doble verificación farmacológica de la TF.
    - Acompaña al paciente en el traslado a la UCI y la/lo ayuda a que se instale en la unidad mientras le proporciona confort. Asimismo, [la enfermera] hace el proceso de entrega-recepción con la enfermera responsable, y le proporciona la documentación y le hace saber los aspectos relevantes para su continuidad en el cuidado.

9. Realiza el proceso de entrega-recepción en la unidad de cuidados intensivos con base en la documentación y registros de las acciones esenciales para la seguridad del paciente, procedimientos e intervenciones de enfermería, para dar continuidad en el cuidado.
  - Atención personalizada: implica saludar y dirigirse al paciente por su nombre, informar y explicar qué cuidados o actividades se van a realizar.
  - Valoración: mediante interrogatorio y examen físico-neurológico, evalúa con la escala NIHSS cada 30 minutos en las siguientes 6 horas y cada hora durante las siguientes 24 horas.<sup>11</sup>
10. Ejecuta funciones independientes y de colaboración para el cuidado de enfermería de las personas con EVC Código Cerebro; lo anterior, con el propósito de mantener las necesidades básicas de alimentación, hidratación e higiene, así como las intervenciones para garantizar la seguridad del paciente en cuanto a la prevención de caídas y úlceras por presión, disminuir el

riesgo de IAAS mediante la práctica de las precauciones estándar en la administración de medicamentos, monitoreo del sitio de inserción del catéter venoso y de la sonda vesical instalada.

11. Proporciona apoyo para mantener el estado emocional y minimizar los efectos del estrés derivado de la enfermedad, la estancia hospitalaria y la preocupación de su familia.

### Conclusiones

La contribución del personal de enfermería se extiende más allá del cuidado a la persona en estados de salud o de enfermedad; en específico para el tema que nos ocupa, en el primer nivel de atención se destacan las acciones e intervenciones de promoción y prevención para la educación a la persona y familia, la implementación de programas personalizados y multifacéticos, junto con la actualización constante en prácticas basadas en la evidencia, lo cual optimiza los resultados de salud. Este enfoque integral en el cuidado del EVC ha demostrado su efecti-

**Cuadro III Acciones del personal de enfermería después de la terapia fibrinolítica de personas con EVC Código Cerebro**

Acciones	Estudios de laboratorio y gabinete	Valoración o problema a descartar
Toma de muestras biológicas	Glucosa	Encefalopatía causada por hiperglucemia o hipoglucemia
	Biometría hemática completa	Evaluar la existencia de estados de hipercoagulabilidad, como la policitemia, trombocitosis o leucocitosis
	Tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial	Si el paciente está en el tiempo de ventana terapéutica para trombólisis intravenosa, elimina el riesgo de cardioembolismo en pacientes con ingesta de anticoagulantes orales que contraindique la administración de agentes trombolíticos
	HbA1c, creatinina y perfil de lípidos	Obtener información de los factores de riesgo para la enfermedad cerebrovascular y para guiar las metas de tratamiento
Monitorización cardíaca durante las primeras 24 horas	Vigilar constantes vitales y toma de electrocardiograma	Detección de arritmias crónicas o intermitentes que predisponen a eventos embólicos (ejemplo fibrilación auricular o aleteo auricular) y para detectar la evidencia indirecta de agrandamiento auricular/ventricular que puede predisponer a la formación de trombos
Asistencia en Imagenología cardíaca	Ecocardiograma	Útil en la sospecha de endocarditis bacteriana, valvulopatía o infarto con trombos intracardiacos
Mantener estable la tensión arterial (T/A)		Mantener la T/A en 180/105 mmHg o menos durante las primeras 24 horas después del tratamiento trombolítico
Valoración del estado neurológico y cardíaco en la búsqueda de signos y síntomas de alarma		Ante el riesgo de hemorragia intracerebral manifestado por deterioro neurológico repentino, acompañado de cefalea y síntomas neurovegetativos e hipertensión arterial
Administración temprana de medicamentos antiplaquetarios		En la fase aguda del infarto cerebral se produce una activación plaquetaria que se contrarresta con fármacos antiplaquetarios. Se debe iniciar en las primeras 24 a 48 horas de iniciados los síntomas; no obstante, en pacientes en postterapia fibrinolítica se recomienda esperar 24 horas
Administración de estatinas de alta intensidad		Para mantener el control de hiperlipidemias, reduce el riesgo de enfermedad cerebrovascular y eventos cardiovasculares

Fuente: elaboración propia con base en: Arias-Rodríguez, *et al.* Enfermedad cerebrovascular isquémica diagnóstico y tratamiento. The Ecuador Journal of Medicine. 2023, doi: 10.46721/tejom-vol6iss1-2023-28-41

vidad y rentabilidad, con lo cual contribuye a una mejor calidad de vida para los pacientes y sus cuidadores.<sup>22,23,24,25</sup>

## Referencias

1. Béres Molnár AK, Simonné Mátis RK, Al-Muhanna N, et al. Fecha de nacimiento e incidencia del ictus isquémico agudo en Hungría. *Rev Neurol*. 2022;75(06):143-7. doi: 10.33588/rn.7506.2021479
2. Torres VA, Montiel LL, Elizalde BC. Epidemiología y mortalidad hospitalaria por evento vascular cerebral en un hospital de la Ciudad de México: estudio prospectivo de 2 años. *Cir Cir*. 2022;90(5):659-64. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444054X2022000500659&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444054X2022000500659&script=sci_arttext)
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de prensa núm. 378/22. Estadísticas de Defunciones Registradas 2021. México: INEGI; 2021. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021\\_07.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021_07.pdf)
4. Instituto Nacional de Neurología. Enfermedad Vascular Cerebral. México: INNN; [sin fecha de publicación] Disponible en: <http://www.innn.salud.gob.mx/interna/medica/padecimientos/evascularcerebral.html>
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Enfermedad Vascular Cerebral (EVC), entre las primeras causas de muerte. México: IMSS; octubre de 2019. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201910/455#:~:text=La%2>
6. George Quintero RS, Laborí Ruiz JR, Matos Laffita D, et al. La enfermedad cerebro vascular y el envejecimiento, un problema a tener en cuenta. *Infodir*. 2021;36. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1996-35212021000300012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-35212021000300012)
7. Parada Barroso Y, Hechavarría Córdoba Y, Mesa Barrera Y, et al. Evolución de la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica Aguda en pacientes con Síndrome Metabólico. *Rev Haban Cienc Méd*, 2018; 17(3):396-407. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2238>
8. Gaitán D, Chamorro R, Cediel G, et al. Sodio y Enfermedad Cardiovascular: Contexto en Latinoamérica. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*; 2015;65(4):206-13. Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/4/art-1/>
9. Guerrero RL, Méndez O, Soto Álvaro N. Modelo de Gestión de la Red Neurológica en la Atención de las Personas con Ataque Cerebrovascular (ACV). Ministerio de Salud de Chile; 2021. p. 115.
10. Asociación Madrileña de Neurología. Protocolo para el tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo documento de consenso plan de atención del ictus comunidad de Madrid. Madrid: AMN; 2015. p. 13.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Protocolos de Atención Integral: Código Cerebro. Infografía PAI Cardiovasculares- código cerebro-triage. México: IMSS; 2022.
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lanza IMSS programa "Código Cerebro" para diagnosticar y mejorar el tiempo de respuesta ante Eventos Cerebro Vasculares. México: IMSS; julio de 2022. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202207/384>
13. Programa Código Cerebro opera en 136 hospitales y 10 unidades UMAE del IMSS. La Jornada. 30 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/noticia/2023/11/30/sociedad/programa-codigo-cerebro-opera-en-136-hospitales-y-10-unidades-umae-del-imss-6361>
14. De Arco-Canoles ODC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ Salud*. 2018; 20(2):171. doi: 10.22267/rus.182002.121
15. Lima Fabiane SS, Pimentel Gomes SN, Freire de Vasconcelos P, et al. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enferm Glob*. 2014;13(35):293-309. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412014000300017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000300017&lng=es)
16. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento inicial de la Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica Aguda en el segundo y tercer nivel de atención. México: CENETEC; 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745495019>
17. Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo. Boletín de la Comisión de Salud, 2023: Sabes que es el Código Cerebro. México: Concanaco Servytur; 12 de mayo de 2023. Disponible en: <https://w.concanaco.com.mx/boletines/divisiondeseguridadsocial/19-boletin-de-la-comision-de-salud-2023>
18. Chuchuca-Zari LM, Rivera-Mendoza SJ, Mora-Veintimilla GR. Conocimiento del personal de enfermería en el manejo de pacientes con accidente cerebro vascular. *México: Rev Pol Con*. 2023;78 (8):136.
19. Choreño-Parra JA, Carnalla-Cortés M, Guadarrama-Ortiz P. Enfermedad vascular cerebral isquémica: revisión extensa de la bibliografía para el médico de primer contacto. *Med Int Mex*. 2019;35 (1):1-10. doi: 10.24245/mim.v35i1.2212
20. Murillo-Bonilla LM. Redefiniendo la Ventana Terapéutica para la Enfermedad Vascular Cerebral. *Rev Med Clin* 2018;2(2):43-9. Disponible en: <https://www.ictuslatam.medicinaclinica.org/index.php/rmc/article/view/56>
21. Campbell BCV, Mitchell PJ, Churilov L, et al. Tenecteplase versus Alteplase before Thrombectomy for Ischemic Stroke. *N Engl J Med*. 2018;378(17).
22. Baldessari Bortolotti C, Ortiz Sáez C, Seguel Martínez D, et al. Intervenciones de enfermería para la prevención del accidente cerebrovascular: una revisión bibliográfica. *Rev Confluencia*. 2022;5 (1):74-8.
23. Wilson SE, Ashcraft S. Ischemic stroke: Management by the nurse practitioner. *J Nurse Pract*. 2019;15(1):47-53.e2. doi: 10.1016/j.nurpra.2018.07.019
24. Parappilly BP, Field TS, Mortenson WB, et al. Effectiveness of interventions involving nurses in secondary stroke prevention: A systematic review and meta-analysis. *Cerebrovasc Dis*. 2020;49 (1):23-35. doi: 10.1159/000506004
25. Condon C, Lycan S, Duncan P, et al. Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/registered nurse transitional stroke program. *Stroke*. 2016;47(6):1421-1427. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.01252

---

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

Reveles-Manríquez IJ, Ruiz-Montes PY, Carreón-González H, et al. Protocolo de Atención Integral Código Cerebro: acciones de enfermería para el paciente con evento vascular cerebral. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(2):e1530. doi: 10.5281/zenodo.15091741

Helena Carreón-González<sup>1a</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades No. 14 CMN "Lic. Adolfo Ruiz Cortines", Dirección de Enfermería, Subjefatura de Enfermería, Proceso de Urgencias. Veracruz, Veracruz, México

Doi: 10.5281/zenodo.15091747

### ORCID

0000-0002-5836-8591<sup>a</sup>

### Palabras clave:

Quemaduras  
Desbridamiento  
Hidroterapia  
Persona con Quemaduras  
Cuidado de la Persona con Quemaduras

### Keywords:

Burns  
Debridement  
Hydrotherapy  
Person with Burns  
Caring for a Person with Burns

### Correspondencia:

Helena Carreón González

### Correo electrónico:

helicarr@msn.com

### Fecha de recepción:

04/09/2024

### Fecha de aceptación:

30/12/2024

## Resumen

**Introducción:** la quemadura es una destrucción tisular ocasionada por agentes extremos de temperatura que daña las capas dérmicas según el grado, la severidad y la tolerancia de la piel al calor. Las lesiones severas por arriba del 80% de quemadura corporal ocasionan respuestas sistémicas al trauma, por lo cual esto representa una atención de urgencia que pone en riesgo a la víctima y que requiere cuidados prioritarios para proteger la vida, la función y el órgano en las primeras horas de haber ocurrido el accidente.

**Objetivo:** plantear en qué consiste el trabajo colaborativo interdisciplinario del equipo de salud con enfoque holístico para el cuidado de la persona gran quemada.

**Desarrollo:** la piel lesionada por quemadura sufre cambios dérmicos fisiopatológicos, compromete su capacidad de barrera y también su mecanismo inmunitario ante el riesgo de infección. Por ello, el paciente gran quemado requiere la labor holística y colaborativa del equipo multidisciplinario e interdisciplinario de salud para otorgar los cuidados en la lesión de forma individualizada, con enfoque en la higiene de la piel y en la prevención de complicaciones en el paciente.

**Conclusiones:** los cuidados son prioritarios inicialmente para evitar el daño orgánico y la muerte del paciente, pero también es importante la preparación de la piel en todo momento para que el paciente pueda volver a la sociedad con las mínimas secuelas.

## Abstract

**Introduction:** A burn is a tissue destruction caused by extreme temperatures that damages the dermal layers depending on the degree, severity, and the skin's tolerance to heat. Severe injuries with over 80% of the body burn cause systemic trauma responses, which is why it represents an emergency response that puts the victim at risk and requires priority care to protect life, function, and the organ in the first hours after the accident.

**Objective:** To establish what is about the interdisciplinary collaborative work of the health team for the care with a holistic approach of the severely burned person.

**Development:** Burn-injured skin undergoes pathophysiological dermal changes; its barrier capacity and immune mechanism are compromised, increasing the risk of infection. Therefore, severely burned patients require the holistic and collaborative work of the multidisciplinary and interdisciplinary healthcare team to provide individualized care for the injury, focusing on skin hygiene and preventing complications for the patient.

**Conclusions:** Initial care is a priority to prevent organ damage and death, but skin preparation is always also important to ensure the patient is discharged into the community with minimal after-effects.

## Introducción

Las *quemaduras* son lesiones dérmicas causadas por diferentes agentes físicos, eléctricos o químicos que producen daño a la piel u otro tejido orgánico.<sup>1</sup> El deterioro dérmico se produce según la tolerancia de la piel al calor, la duración del contacto y la temperatura del agente. La piel se lesiona al tener contacto térmico por arriba de los 40 °C, pero al exponerse a una temperatura > 70 °C se produce destrucción inmediata de la dermis por necrosis, lo cual provoca una ruptura de la homeostasis del organismo, y causa destrucción de las membranas celulares y una respuesta inflamatoria local o sistémica.<sup>2</sup>

Las lesiones por quemadura se producen accidentalmente y están relacionadas con las funciones domésticas o laborales de cada persona e incluso pueden asociarse a traumatismos. La atención inicia inmediatamente en el lugar del accidente por personal prehospitalario, el cual hace una valoración inicial y el traslado a un centro hospitalario idóneo para la reanimación y los cuidados prioritarios del paciente, a fin de salvaguardarlo del daño a órganos vitales, por choque hipovolémico y también del compromiso respiratorio agudo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2023 que cada año mueren 180,000 personas debido a quemaduras, lo cual representa un problema de salud pública por quemaduras moderadas o graves. Al respecto, son afectadas 1,000,000 personas en la India y 173,000 niños en Bangladesh; el 17% de los niños con quemaduras sufre discapacidad temporal y el 18% discapacidad permanente. Las quemaduras son la segunda lesión más común en las zonas rurales de Nepal, y las padecieron más de 410,000 personas en Estados Unidos, de las cuales, aproximadamente 40,000 requirieron hospitalización.<sup>1</sup>

En México, la Secretaría de Salud reportó en 2021 un estimado de 48,854 personas con quemaduras, de las cuales se identificó la mayor proporción de lesionados en los estados de Jalisco, Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León y Baja California, y se presentó el mayor número de casos en los meses de diciembre, junio y septiembre (cuadro I).<sup>3</sup> En Guanajuato (2023) se registró un total de 80 personas por quemaduras graves, de las cuales el 60% fue población pediátrica.<sup>4</sup>

Cabe señalar que México cuenta con unidades médicas especializadas en 12 estados para la atención de las personas con quemaduras con gran extensión o severidad por quemaduras.<sup>5</sup>

Según la magnitud del daño, las quemaduras se clasifican según la afectación de su estructura dérmica.<sup>6</sup> A una persona con más del 80% de superficie corporal quemada, con alteración de la respuesta neuroendócrina, metabólica, fisiológica y hemodinámica al trauma, se le denomina *gran quemado* (GQ).<sup>7</sup> Por lo tanto, una persona GQ debe recibir atención inmediata por el primer respondiente en las primeras horas de haber ocurrido el accidente, derivado del daño orgánico severo provocado por la activación de los mediadores inflamatorios —histamina, leucotrienos, tromboxano e interleucinas— sobre la estructura endovascular de la zona afectada, lo que desencadena aumento de la permeabilidad vascular —paso de plasma, electrolitos y agua al espacio intravascular—, que a su vez genera la pérdida del tono vasomotor y de la barrera cutánea, lo cual provoca mayor edema en el tejido lesionado y pérdidas insensibles (cuadro II).<sup>8,9</sup>

Por lo anterior, la persona GQ requiere cuidados prioritarios y atención médica multidisciplinaria. De forma inicial, es atendida en las unidades de trauma-choque del Servicio de Urgencias para la valoración inicial en segui-

**Cuadro I** Número de personas atendidas con quemaduras por región y entidad federativa en 2021 (n = 48,854)<sup>3</sup>

Región de los servicios de atención médica	Personas atendidas por quemaduras	n	%
Región centro	Guanajuato (2,254), Hidalgo (961), Estado de México (3,459), Morelos (505), Puebla (1,969), Querétaro (1,131), Tlaxcala (265), Ciudad de México (3,611)	14,155	28.98
Región sureste	Campeche (341), Chiapas (1,010), Guerrero (788), Oaxaca (1,003), Quintana Roo (922), Tabasco (896), Veracruz (2,664), Yucatán (796)	8,420	17.23
Región occidente	Baja california (2,718), Baja california sur (369), Colima (275), Jalisco (4,576), Michoacán (1,603), Nayarit (548), Sinaloa (1,848), Sonora (1,928)	13,865	28.38
Región norte	Aguascalientes (997), Coahuila (2,016), Chihuahua (2,070), Durango (672), Nuevo León (3,172), San Luis Potosí (909) Tamaulipas (1,765), Zacatecas (813)	12,414	25.41

Fuente: elaboración propia con información de SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2021. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2021/casos/mes/125.pdf>

**Cuadro II Afectaciones orgánicas de la persona gran quemada<sup>9</sup>**

Alteraciones	Repercusión	Consecuencia
Aumento de la permeabilidad tisular	Extrava el área afectada	Produce alteraciones hemodinámicas que conllevan a un choque hipovolémico
Lesión térmica	Produce liberación de acetilcolina, catecolaminas	Aumenta la presión sanguínea, hay una mayor contracción muscular, incrementa los niveles de glucosa, acelera el ritmo cardiaco, la respiración y produce la dilatación pupilar
Mediadores inflamatorios	Genera vasoconstricción sistémica, vasoconstricción pulmonar y disminución del gasto cardiaco, hipoperfusión tisular	Evoluciona a isquemia renal y fallo multiorgánico
Aumento en la permeabilidad capilar	Provoca la pérdida de proteínas plasmáticas, albúmina con disminución de la presión oncótica del plasma y presencia de hemoconcentración	Ocasiona edema sistémico o pulmonar

Fuente: elaboración propia con base en: Moran *et al.* Abordaje terapéutico del paciente quemado: importancia de la resucitación con fluido terapia. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2019;38 (1)

miento del algoritmo ABCDE de reanimación general, que consiste en:

- A Evaluar la vía aérea, con énfasis en la necesidad de oxigenación.
- B Evaluar la ventilación, lo cual incluye la necesidad de intubación.
- C Evaluar la circulación, incluida la toma de la tensión arterial y la colocación de catéteres intravenosos para dar comienzo a la fluidoterapia.
- D Evaluar la discapacidad neurológica y motora.
- E Evaluar la exposición, incluido el alcance de las lesiones, y prevenir la hipotermia.

El propósito es la estabilidad hemodinámica, mantener la perfusión urinaria y el control del estado glicémico y homeostático, primordialmente en pacientes con lesiones faciales o por inhalación y deflagración se debe proteger la permeabilidad de la vía aérea.

El porcentaje de la superficie corporal quemada (SCQ) se calcula utilizando tablas y fórmulas establecidas. El diagrama de Lund y Browder es una herramienta útil y precisa para calcular la superficie corporal quemada porque toma en cuenta la edad de las personas, y en específico es de mayor utilidad para calcular la SCQ en población pediátrica. Otra fórmula es la de Wallace, descrita por Pulaski y Tenison, que es conocida como la “regla de los nueve”, dado que divide el cuerpo en múltiplos de 9 y se emplea como guía para la evaluación de la gravedad y la extensión de la quemadura.<sup>10</sup>

Una vez que se determina la SCQ del paciente, se inicia la fluidoterapia intravenosa con base en el cálculo de la fórmula de Parkland desarrollada por Baxter en 1978 (4 mL x

kg de peso x SCQ). El resultado total del cálculo para la ministración de líquidos y electrolitos se divide en 2 partes: la primera se infunde en las primeras 8 horas, y la segunda en las siguientes 16 horas; incluso a la llegada al hospital puede iniciarse la infusión con solución Lactato de Ringer para minimizar los riesgos de desarrollar acidosis metabólica.<sup>6</sup>

Con el objetivo primordial de proteger la vida, la función y los órganos, se mantendrá al paciente en el servicio de urgencias para que el personal multidisciplinario procure una resucitación equilibrada e individualizada que conserve la volemia, disminuya las fugas capilares y preserve la función vital de los sistemas cardiovascular, hematológico, renal, pulmonar, gastrointestinal, metabólico-endócrino e inmunológico. Es importante que haya un estricto monitoreo y valoración de los parámetros relacionados con el nivel de conciencia, frecuencia cardiaca  $\leq 120$ /minuto, frecuencia respiratoria, pulso, presión arterial invasiva y no invasiva ( $\geq 90$  mmHg), temperatura corporal, presión venosa central entre 8 y 12 cm H<sub>2</sub>O, gasto cardiaco, saturación de oxígeno, peso y diuresis 0.5-1 mL/kg/hora.

Si bien la prioridad es mantener la vida y la función del paciente en las primeras horas, es decisivo atender las dimensiones emocional y psicológica de la persona para disminuir los efectos de la ansiedad y el estrés para sí mismo y para la familia. Por lo tanto, es importante detectar los factores que inquietan al paciente y actuar en consecuencia, debido a que la ansiedad y el estrés se potencializan en 3 dimensiones de respuesta: a) cognitiva, que se manifiesta con miedo, temor y preocupación; b) fisiológica, con el aumento de la actividad electrodérmica, cardiovascular, frecuencia respiratoria y tono musculoesquelético; y, c) motora, como agitación motora producida por el incremento de las respuestas cognitivas y fisiológicas.<sup>11</sup>

Las diversas formas de respuesta pueden interferir en la terapéutica, de tal forma que se hace necesario explorar el entorno social del paciente e identificar el agente causal del accidente; por ejemplo, tranquilizar al paciente al hacerle saber sobre el estado de salud de su familia o darle seguridad durante su estancia hospitalaria; cabe señalar que todo paciente escucha, aunque se encuentre con efectos de sedación o se mantenga con soporte ventilatorio invasivo. Por lo anterior, es pertinente la inclusión de la red familiar en el proceso de atención, esto debido las implicaciones en el riesgo de morir o por las consecuencias psicológicas y sociales que la misma condición de GQ ocasiona durante o después de la fase crítica y en la recuperación. En ello reside que las intervenciones sean efectivas para promover un afrontamiento eficaz en la adaptación a un medio hospitalario en el que pueden estar recluidos entre 1 y 6 meses, dependiendo de la gravedad de las quemaduras.<sup>12</sup>

Cuando el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, se inician los lavados quirúrgicos previo procedimiento de sedación y analgesia para el desbridamiento de las heridas, retiro del tejido necrótico y eliminación de las adherencias profundas para estimular el proceso de granulación. Para el aseo dérmico con técnicas de asepsia y antisepsia se utiliza la irrigación abundante con solución salina al 0.9%. Posteriormente, se pueden realizar terapéuticas alternas, como el baño por inmersión para retirar el tejido desvitalizado, flictenas y otros contaminantes.

En los casos de sobrevivencia, los pacientes tienen graves secuelas cutáneas funcionales y estéticas, las cuales se presentan como cicatrices hipertróficas, queloides, atróficas, tendinosas y articulares (amputaciones-fracturas); secuelas neurológicas, como hipoalgesia o anestesia; y otras secuelas como alteraciones en la pigmentación de la piel, anhidrosis, sequedad de la piel y prurito.<sup>13</sup> Estas secuelas provocan cicatrices evidentes que perjudican las

capacidades físicas o favorecen el desarrollo de procesos infecciosos.

El propósito del presente trabajo es plantear en qué consiste el trabajo colaborativo interdisciplinario del equipo de salud para el cuidado con enfoque holístico de la persona GQ.

## Desarrollo

### Importancia de los cuidados de la piel en el paciente gran quemado

Al existir lesiones en un paciente GQ, la piel sufrió un daño severo debido al impacto directo a través de sus capas (epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo) y de sus fibras sensitivas, lo cual causó ardor, dolor, enrojecimiento según el daño del agente causal. Por lo tanto, las funciones protectoras, termorreguladoras y sensitivas de la piel se encuentran alteradas. Asimismo, existen cambios en su estructura celular debido a factores intrínsecos y extrínsecos que repercuten en los cambios dérmicos ante una lesión de gran magnitud en los que se generan daños fisiopatológicos (cuadro III).<sup>14</sup>

En consecuencia, la piel presenta exudado (permeabilidad capilar) y pérdidas insensibles mayores que tienden regularmente a normalizarse dentro de las 72 horas, por lo que se inicia un lento periodo de reabsorción. Esta pérdida insensible es generada por el aumento de la permeabilidad microvascular, la extravasación de líquido y proteínas plasmáticas a los tejidos circundantes, la liberación de mediadores bioquímicos (produce trombosis de la microcirculación) y el aumento de la fragilidad capilar.<sup>15</sup> Por lo tanto, es de vital importancia determinar el total de egresos y lograr las metas de posreanimación: saturación de oxígeno  $\geq 95\%$ , hematocrito de 30-35 y gasto cardíaco idóneo.

**Cuadro III Cambios dérmicos fisiopatológicos descritos por Jackson (1947)**

Zona	Tipo de daño	Modificación del daño con la reanimación	Repercusión del daño
Coagulación	Directo e irreversible	No se modifica, debido a la coagulación de las proteínas constitutivas del tejido	Lesión dérmica con daño extenso al producirse isquemia y necrosis
Estasis, isquémica o de congestión venosa	Indirecto y reversible	El tejido es potencialmente recuperable al reanimarse adecuadamente	Las condiciones de hipoperfusión tisular, como la hipotensión, los procesos infecciosos y el edema marcado, repercuten en una pérdida tisular total
Hiperemia	Indirecto y reversible	Hay aumento de la perfusión tisular hasta finalizar el proceso de cicatrización	Las lesiones se pueden complicar por hipoperfusión, hipoxia, isquemia y necrosis

Fuente: elaboración propia con datos de la Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud. Editorial Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2011<sup>14</sup>

Por otra parte, la herida dérmica derivada de la quemadura del paciente GQ provoca alteraciones en el estrato córneo, incita a la disminución de la capacidad de barrera, compromete los mecanismos inmunitarios, induce la desnutrición y el riesgo de infección hasta llegar a sepsis; por ello, el objetivo principal del manejo del paciente GQ es el cierre de la lesión a través de una terapéutica compleja, individualizada y reconstructiva por medio de cirugía, fármacos, cuidados, atenciones multidisciplinarias, etcétera. Esto permite realizar una cobertura cutánea libre de riesgos bajo una estricta valoración médica, dependiendo del comportamiento del epitelio, por lo que se pueden utilizar injertos de piel parcial tomados del propio paciente, apósitos temporales o autoinjertos.

En consecuencia, es difícil predecir el desarrollo de una cicatrización. Las lesiones de un paciente GQ son de espesor total y normalmente requieren injertos de piel; sanan en más de 21 días y tienen alto riesgo de cicatrización.<sup>16</sup> En la praxis, el paciente GQ tiene una larga estancia hospitalaria debido a la severidad de la afectación dérmica, su localización, la profundidad, el tipo de tejido o zona corporal y de la cantidad de secreciones o exudado cutáneo; depende en gran medida de las plaquetas y las células proliferativas o inflamatorias al liberar mediadores que favorecen o retrasan el proceso de cicatrización al ser lesiones crónicas debido a la invasión de leucocitos, neutrófilos y macrófagos para eliminar el tejido muerto y contaminado con bacterias.<sup>17</sup>

Por lo tanto, la labor principal del equipo de salud en el paciente GQ es aliviar el dolor, otorgar cuidados que permitan un control dérmico holístico que evite el desgaste muscular, la pérdida de peso corporal, así como el retraso de la cicatrización de la herida y de la debilidad inmunológica derivada del estrés traumático de la quemadura (cuadro IV),<sup>18,19,20,21,22,23</sup> además de evitar la infección mediante el apoyo preventivo con antibióticos y la curación de la herida (asepsia y antisepsia) con medidas de limpieza y desbridamiento quirúrgico de la piel para eliminar el tejido necrótico, disminuir la infección, el dolor, el olor y las complicaciones con antisépticos y solución isotónica para irrigar la piel. Esta limpieza profunda se hará repetitiva de acuerdo con la evolución de las heridas hasta eliminar el tejido necrosado o muerto y alcanzar el tejido sano; al estar preparada la piel, se aplican injertos o apósitos temporales y con ello se incrementan las posibilidades de supervivencia.<sup>24</sup>

La hidrocirugía es una alternativa de tratamiento médico que evita la anestesia general, la pérdida de sangre y

la pérdida insensible de líquidos, al utilizar exclusivamente una solución presurizada a alta presión que provoca un efecto *Venturi* para lograr un desbridamiento preciso de la herida al eliminar el tejido necrosado y preservar el tejido sano.<sup>25</sup> Sin embargo, no es una práctica rutinaria que se realice en los centros hospitalarios. En ciertas circunstancias, el aseo quirúrgico se suple por el lavado en tina de Hubbard para retirar las impurezas dérmicas, las secreciones, la fibrina, etcétera. Durante el baño de inmersión en la tina, el cuidado del paciente representa un reto para el personal de enfermería, porque conlleva el desarrollo de competencias técnicas, procedimentales y actitudinales para lograr la recuperación del paciente<sup>26</sup> mediante una atención especializada e individualizada con enfoque integral.

Si las condiciones del paciente no permiten el traslado al área de higiene o las unidades hospitalarias no cuentan con el recurso, debe realizarse el baño en la unidad del paciente. Para ello, deben implementarse las medidas de precaución estándar, proporcionar apoyo psicológico, utilizar los utensilios estériles y precalentar el agua estéril para evitar la disminución de la temperatura corporal. Antes de descubrir las heridas, se debe administrar analgésico opioide aprobado por el médico adscrito para minimizar el dolor. Posteriormente se hace el baño cefalocaudal y se lleva a cabo la asepsia y la antisepsia de las heridas; se seca y cubre al paciente con sábanas estériles para continuar con la protección de sus heridas y la curación de catéter venoso.

### Hidroterapia del paciente GQ en la tina de hidromasaje

En el caso de las unidades médicas que cuentan con un área de quemados, la higiene del paciente se hace mediante hidroterapia; esta se utiliza con fines terapéuticos al mantener una estabilidad hemodinámica o en etapa aguda del paciente GQ. El paciente es introducido con precaución en un tanque de hidromasaje con agitación como la tina de Hubbard o las tinas de remolino, con o sin presión asociada al factor hidrocínético; esto produce un masaje corporal sedativo y analgésico con efecto mecánico y térmico mediante una acción percutánea, con presión y agitación del agua a una temperatura y velocidad idónea para estimular los receptores cutáneos.<sup>27</sup> La agitación o turbulencia del agua estimula grandes aferencias sensitivas (micromasaje), incrementa el mecanismo conectivo de propagación del calor y aumenta el flujo sanguíneo (hiperemia). La presión usada es de 5-15 bars en niños y de 5-17 bars en adultos (figura 1).<sup>28</sup>

Cuadro IV Cuidados generales por requerimiento en el paciente gran quemado<sup>18,19,20,21,22,23</sup>

Requerimiento	Daño orgánico derivado del estrés traumático	Acción multidisciplinaria	Resultado
Oxigenación tisular	La falla respiratoria en el paciente quemado puede ocurrir como resultado de la lesión inhalatoria, infección y distrés respiratorio agudo	Ministración de oxigenoterapia para mantener una $fiO_2 \geq 95\%$ o un manejo avanzado de la vía aérea según resultado de gasometría	la acción leucocitaria, la migración y la multiplicación celular, el proceso de síntesis del colágeno y la creación de puentes intermoleculares <sup>24</sup>
Disminución del dolor y de la ansiedad	El daño tisular es el mecanismo principal del dolor; la estimulación de los nociceptores locales transmite un impulso hasta la asta dorsal de la médula espinal. Los nervios sensoriales periféricos y las influencias descendentes de las áreas corticales pueden modular la magnitud del impulso del dolor	Aplicar escalas del dolor, como la escala visual análoga o la numérica, cuando el estado de conciencia lo permita Ministración de antiinflamatorios y opioides Disminución de la ansiedad por medio de ministración de benzodiazepinas o antipsicóticos para el control de la ansiedad y la agitación derivadas de las quemaduras	Mantiene la lesión sin dolor y permite mantener en equilibrio el sistema hemodinámico y respiratorio
Control glicémico ante hiperglucemia de leve a moderada	Un descontrol metabólico aumenta el catabolismo (glucólisis, lipólisis y proteólisis), citosinas proinflamatorias, resistencia a la insulina y alteraciones hormonales), lo que provoca un agotamiento fisiológico	Tomar muestra biológica o capilar para revisar la glicemia	Mantiene una mejor respuesta dérmica al tratamiento terapéutico, mejora la cicatrización de las heridas, por lo que disminuye la frecuencia de infecciones y falla orgánica múltiple
Perfusión gastrointestinal	Se reduce el flujo gastrointestinal, el ácido incrementa el riesgo de ulceración, aumenta los niveles de óxido nítrico, desencadena hipermia, muerte celular y aumento de la respuesta inflamatoria	Medicamentos para inhibir la secreción de ácido en el estómago y de hidrogeniones al lumen gástrico	La profilaxis gastrointestinal previene las úlceras de estrés
Manejo de la lesión venosa profunda	Alteraciones en la circulación sanguínea como estasis, trombosis, isquemia e infartos, lo cual activa los mediadores inflamatorios que desencadenan una cadena de destrucción progresiva	Administrar por vía subcutánea una heparina de bajo peso molecular o dosis bajas Vendaje compresivo en miembros inferiores siempre y cuando las lesiones lo permitan	Disminuye el dolor local, reduce el tiempo de cicatrización al lograr reparación tisular y eliminación de la costra, disminuye la frecuencia de infecciones
Nutrición	La deficiencia de aminoácidos como la cistina y la lisina retardará el proceso de neurovascularización, la síntesis de colágeno y la remodelación final	Implementar en las próximas 72 horas tras haber realizado la resucitación, dieta polimérica enteral o parenteral hipercalórica e hiperproteica	Asegura una mejor respuesta de la agresión por un hipermetabolismo
Vitaminas C, A, E y minerales	Una deficiencia de esas vitaminas retrasa el proceso de reparación en el epitelio y aumenta la fuerza tensora	Infundir por vía intravenosa vitaminas y minerales	Ayudan en la regeneración tisular, el crecimiento epitelial, reticular, de colágeno y en el arraigo de los injertos; previenen el daño por radicales libres
Fisioterapia temprana	La presión en una zona específica del cuerpo origina privación de oxígeno del área afectada y daño tisular, lo que ocasiona úlceras dérmicas	Cambio posicional y movilización postural cada 2 horas	Evita retracciones, deformidades y posiciones antifuncionales de las articulaciones
Cuidado ocular	Provoca ulceración corneal e infección conjuntival	Mantener lubricados los ojos, realizar aseo con solución salina isotónica, colocar un antifaz de polietileno o incluso iridocclisis	Previene la ceguera temporal o permanente o daño corneal
Vacunación con inmunoglobulina humana antitetánica	Alto riesgo de infección por <i>Clostridium tetani</i>	Aplicar dosis intramuscular de la vacuna antitetánica	Protección de la endotoxina clostridium tétanos
Apoyo psicológico	Reacciones emocionales negativas: estados de ansiedad, depresión, aislamiento, hostilidad al medio, pérdida de autoestima, alucinaciones, miedo, llanto, disminución del apetito	Intervención en crisis: oportunidad de expresar sus emociones, estimular la actitud positiva, consolidar la red de apoyo social, técnicas de relajación, técnica de autocontrol y respiración primaria	Conducta proactiva para su recuperación, adaptación al medio hospitalario

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias 17-22

**Figura 1** Paciente en tina de hidromasaje tipo Hubbard



Fuente: fotografía tomada en 2021 por Adrián Gerardo Bravo Palomino

La hidroterapia tiene efectos termales y mecánicos (cuyo propósito es eliminar las secreciones de los apéndices pilosos próximos a la herida), además de que evita la acumulación de gérmenes cutáneos, ayuda a liberar las adherencias profundas mediante al reblandecer el tejido lesionado por humedad mediante hidroterapia para facilitar la debridación y el desprendimiento del tejido necrótico adherente (figura 2). De esta manera, permite retirar con facilidad los vendajes de las heridas sin dolor, y ayuda a la movilidad y relajación de músculos y articulaciones. Estos baños se llevan a cabo en función de la gravedad del paciente GQ, con lo cual se logra transformar enormes quemaduras en zonas proliferativas relativamente limpias y aptas para recibir el injerto.<sup>29</sup>

**Figura 2** Herida por quemadura en ablandamiento mediante hidroterapia



Fuente: fotografía tomada en 2021 por Adrián Gerardo Bravo Palomino

Por lo tanto, la temperatura del agua utilizada en el baño del paciente GQ debe mantenerse en un rango de 33 a 36 °C<sup>30</sup> para lograr el efecto terapéutico deseado. Al utilizar agua caliente se induce la circulación de los vasos sanguíneos a los músculos y a la piel; de lo contrario, el agua fría ocasiona la contracción de los vasos sanguíneos y el aumento de circulación de los órganos corporales. Por lo anterior, se valora el estado de la piel, el estado hemodinámico y la percepción del dolor. Posteriormente se procede a: 1) el traslado del paciente a la tina de Hubbard, 2) el humedecimiento de las vendas que protegen la piel para retirarlas con el menor dolor, 3) la colocación del paciente en la camilla marina y su movilización con la grúa para sumergirlo en el agua hasta el cuello, con lo cual se produzca el efecto de hundimiento o flotación (figura 3). El cuerpo se somete a la fuerza de gravedad y empuje y al efecto de resistencia hidrodinámica, la cual origina estímulos exteroceptivos que mejoran la percepción del equilibrio y del movimiento.<sup>31</sup>

A decir de Adrián G. Bravo Palomino, enfermero de la Unidad de Quemados del Hospital de Especialidades No. 14 del IMSS, el paciente se sumerge en el agua de 10 a 30 minutos, dependiendo sus lesiones. Se realiza asepsia y antisepsia (yodo povidona espuma 30% y agua oxigenada 70%) en las heridas para retirar la mayor cantidad de fibrina y evitar la colonización bacteriana; al haber persistencia de fibrina (el exudado purulento impide el proceso de granulación) se utilizan 5 mL de ácido acético diluido en 1000 mL de agua estéril para impregnar las lesiones. Se desbridan las flictenas y los restos epiteliales, y se aclaran las superficies con suero fisiológico o agua estéril. Por ello, la calidad de la cura de una herida depende

**Figura 3** Traslado en camilla marina a la tina de Hubbard mediante una grúa mecánica



Fuente: fotografía tomada en 2021 por Adrián Gerardo Bravo Palomino

de acciones tópicas. Se han obtenido buenos resultados para la curación con el uso de antisépticos a concentraciones y dosis adecuadas.<sup>32</sup>

En este sentido, la preparación del lecho de las heridas fue concebida por Vincent Falanga y Gary Sibbald.<sup>33</sup>

Se trata de una estrategia de tratamiento global que acelera la cicatrización endógena o simplifica la efectividad de otras medidas terapéuticas, con la que se propone la aplicación del esquema TIME: T: control del tejido no viable, I: control de la inflamación y la infección, M: control del exudado, E: estimulación de los bordes epiteliales.

Adicionalmente, las heridas se impregnan con una crema a base de plata que tiene una acción antimicrobiana y bactericida de amplio espectro. En las zonas sin fibrina se utilizan apósitos con petrolato y a continuación se valora la protección o exposición de las heridas. Cabe señalar que para el paciente es alentador observar los resultados favorables de su recuperación, la supera-

ción de sus limitaciones y su rápida reintegración a la sociedad. Al regresar al paciente a su cama, esta debe cubrirse indispensablemente con sábanas estériles, para proteger la piel de colonizaciones y bacterias anexas en la ropa hospitalaria.

## Conclusiones

Desde su arribo al hospital, el enfoque integral en los cuidados al paciente GQ es primordial por parte del equipo multidisciplinario desde la terapéutica quirúrgica-médica y los cuidados de enfermería, con la finalidad de evitar daños orgánicos y la muerte del paciente. Por otra parte, hay que favorecer la recuperación de la piel y la sobrevida. Es prioritario, el conocimiento actualizado del uso de materiales de curación que coadyuven en la sanación de la piel, además de las terapias de apoyo emocional para una mejor evolución y reintegración a la familia y la comunidad.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Quemaduras. Ginebra, Suiza: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
2. Ramírez CE, Ramírez-B CE, González LF, et al. Fisiopatología del paciente quemado. Bucaramanga, Colombia: Universidad Industrial de Santander. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 2010;42(1):57. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343835697007.pdf>
3. Dirección General de Epidemiología. Casos nuevos de Quemaduras (T20-T32) por mes de ocurrencia. México: DGE; 2021. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2021/casos/mes/125.pdf>
4. Opinión Bajío. Durante 2023, SSG ha atendido a 80 pacientes por quemaduras graves. 1 de junio de 2023. Disponible en: <https://opinionbajio.mx/blog/2023/06/01/durante-2023-ssg-ha-atendido-a-80-pacientes-por-quemaduras-graves/>
5. Castañón R. Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano, con punto de acuerdo que exhorta a las 32 entidades federativas, para la creación de un fideicomiso anual para el traslado y tratamiento de niños y jóvenes quemados, en hospitales especializados nacionales o internacionales. México: Gaceta del senado; 2019. Disponible en: [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/07/asun\\_3886984\\_20190710\\_1562790361.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/07/asun_3886984_20190710_1562790361.pdf)
6. Moran Jaramillo AA, Cerro Olaya SJ, Tapia Arias ZC, et al. Abordaje terapéutico del paciente quemado: importancia de la resucitación con fluidoterapia. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2019;38(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55959379002/55959379002.pdf>
7. Secretaría de Salud. Guía clínica de atención al paciente gran quemado. 2020. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/MG-SQ-01.pdf>
8. Gorordo-Del Sol LA, Hernández-López GD, Zamora-Gómez SE, et al. Atención inicial del paciente quemado en UCI: revisión y al-  
gortmo. México. Rev Hosp Jua Mex. 2015;82(1):43-8.
9. Moran Jaramillo AT, Cerro Olaya SJ, Tapia Arias ZC, et al. Abordaje terapéutico del paciente quemado: importancia de la resucitación con fluidoterapia. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2019;38(1). Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/559/55959379002/55959379002.pdf>
10. Hoyos Franco MA, Jaramillo González NC, Molina Díaz ME et al. Evaluación de la superficie corporal quemada en pacientes del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín. Colombia: Iatreia. 2007;20(1):21-8. Disponible en: [http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932007000100003](http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932007000100003)
11. Moral Castro R, Pérez Dueñas C. Inteligencia Emocional y Ansiedad en tiempos de pandemia: Un estudio sobre sus relaciones en jóvenes adultos. Córdoba, España: Órgano de expresión de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). 2022;28(2):122. Disponible en: <https://ansiedadestres.es/sites/default/files/rev/2022/anyes2022a14.pdf>
12. Obando CL, Ordoñez EJ. Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia. Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali. 2020: 42-3.
13. Ramírez S. Eficacia del tratamiento de terapia física en pacientes con secuelas de quemaduras en el hospital pediátrico Tacubaya (tesis de licenciatura). México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. 2013. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14146/400190.pdf?sequence=2>
14. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. España: Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía; 2011. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2020/Guia\\_QUEMADOS.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Guia_QUEMADOS.pdf)

15. Model Systems Knowledge Translation Center/Burn Injury Models Systems. Cuidado y manejo de la cicatriz después de una lesión por quemadura. Estados Unidos: Instituto Nacional de Investigación sobre Discapacidad y Rehabilitación del Departamento de Educación; 2011. Disponible en: [https://msktc.org/sites/default/files/lib/docs/Burn\\_wound-Span\\_BZEdits.pdf](https://msktc.org/sites/default/files/lib/docs/Burn_wound-Span_BZEdits.pdf)
16. Guarín-Corredor C. Proceso de cicatrización de las heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. *Rev Fac Med.* 2013;61(4). Disponible en: [http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112013000400014](http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112013000400014)
17. Muñoz García F. Cuidados para la curación de heridas y quemaduras. Madrid: Asepeyo [sin fecha de publicación]. Disponible en: [https://salud.asepeyo.es/wpcontent/uploads/2011/09/591\\_Manual\\_Heridas%20y%20quemaduras.pdf](https://salud.asepeyo.es/wpcontent/uploads/2011/09/591_Manual_Heridas%20y%20quemaduras.pdf)
18. Torres Amaro A, Jiménez García R. Sobre el apoyo nutricional del paciente quemado. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.* 2016;26(2):337-64.
19. Durango-Gutiérrez LF, Vargas-Grajales F. Manejo médico inicial del paciente quemado. *IATREIA.* 2004;17(1):54-61.
20. Sigler L, Krotzsch E, Bretón-Mora F, et al. Heparina en quemaduras de segundo grado profundo en un modelo murino. *Revista de Cirugía General.* 2011;33(2):87.
21. Torres Cárdenas Y, Pérez Pérez AE, Álvarez González CR, et al. Protocolo de actuación en la rehabilitación de la úlcera por presión. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* 2014;1(24):26.
22. Obando-Cabezas L, Ordoñez EJ. Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia. Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp.42-3.
23. Saucedo-N D. Migración leucocitaria. [sin lugar de publicación]; 4 de enero de 2018. Disponible en: <https://migracionleucocitaria.blogspot.com/2018/01/migracion-leucocitaria-proceso-de.html>
24. Alcócer Cordero P, Molina Vana LP, Aguilera G, et al. Procedimientos Anestésicos y Quirúrgicos de Quemaduras en el Contexto de la Pandemia Covid-19; *Rev. Fundación Benadi.* 2020;30:31-43. Disponible en: <http://raq.fundacionbenaim.org.ar/notas-especial-covid/7-procedimientos-anesteticos-y-quirurgicos.pdf>
25. Sarchi Guayasamin YI, Ruiz Lara OX, Durán Mora PE. Limpiezas quirúrgicas en pacientes quemados. *Rev Recimundo.* 2019;3(3): 1303-26. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/571>
26. Alcázar-Gabás M, Fidalgo-Pamplona MP, Laplana-Miguel O. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana.* 2019;40(2):159-169 Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922014000200005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000200005)
27. Rojas R. Manual de hidroterapia. Estado de México: Universidad Tecnológica Fidel Velázquez; 2020. Disponible en: <http://ri.utn.edu.mx/bitstream/handle/123456789/598/Manual%20del%20Curso%20de%20Hidroterapia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Valdés M. Tratamiento integral del paciente gran quemado. *Rev. Cub. Med. Mil.* 2015;1(44). Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572015000100016](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000100016)
29. Salazar LR. Tratamiento de las quemaduras a través del tiempo. *Rev. Colombiana de Cir. Plast. y Reconst.* 2019;25(1). Disponible en: <https://www.ciplastica.com/ojs/index.php/rccp/article/view/100/pdf>
30. Quintanilla López MAR, Toledo Rodríguez DS. Análisis de tecnologías para uso en ambientes de medicina física y rehabilitación (tesis de ingeniería). Universidad Don Bosco, San Salvador, El Salvador; septiembre de 2007. Disponible en: <https://rd.udb.edu.sv/items/496b46ec-d932-4f6b-92cd-3f2c09ecc489>
31. Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Técnicas y tecnologías en hidrología médica e hidroterapia. Madrid, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2006. p. 75.
32. Gutiérrez Pérez MI, Lucio-Villegas Menéndez ME, López González L, et al. Uso de los antisépticos en atención primaria. España: *Revista de atención primaria.* 2014;46(Suppl 2):10-24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714700563>
33. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre cicatrización de heridas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SAD; 2008. p. 6. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/10/cicatrizacion.pdf>

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

Carreón-González H. Trabajo colaborativo interdisciplinario para el cuidado holístico del paciente gran quemado. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(2):e1534. doi: 10.5281/zenodo.15091747

# Violencia epistémica y colonialidad: una aportación a la realidad del campo disciplinar

## Epistemic violence and colonialism: a contribution to the reality of the disciplinary field

Ramiro Altamira-Camacho<sup>1a</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, Hospital General de Calvillo, Servicio de Urgencias. Aguascalientes, Aguascalientes, México

**Correspondencia:** Ramiro Altamira Camacho

**Correo electrónico:** ramiroaltamira@correo.ugr.es

**Doi:** 10.5281/zenodo.15091759

**ORCID:** 0000-0003-3403-6901<sup>a</sup>

### Resumen

Recientemente se publicó el editorial “Violencia epistémica: una realidad en la cotidianidad del profesional de enfermería”, que plantea lo esencial del estado actual de la enfermería desde una perspectiva sociocrítica. En esta carta se establece como complemento qué se entiende por *violencia epistémica* y por *colonialidad*, a fin de comprender y en la posibilidad de dar respuesta a la aportación de la autora.

Palabras clave: Violencia Epistémica; Colonialismo; Enfermería

### Abstract

It was recently published the editorial “Epistemic violence: A reality in the everyday life of the nursing professional”, which addresses the core issues of the current state of nursing from a socio-critical perspective. This letter to the editor establishes as a complement what is meant by *epistemic violence* and *coloniality*, in order to understand and to give an answer to the author’s contribution.

Keywords: Epistemic Violence; Colonialism; Nursing

La profesora Mijangos-Fuentes recientemente ha publicado un artículo editorial donde plantea lo esencial de la actual enfermería desde una perspectiva sociocrítica.<sup>1</sup> Considero importante enunciar qué se entiende por *violencia epistémica* y por *colonialidad*, para poder comprender y, posteriormente, responder a la valiosa aportación de la autora.

La *colonialidad*, según Aníbal Quijano, es un patrón de poder que persiste más allá del colonialismo formal y estructura el conocimiento, las relaciones sociales y

la organización del mundo en términos jerárquicos que favorecen la hegemonía eurocéntrica.<sup>2</sup> Específicamente la colonialidad del saber se manifiesta en la imposición de epistemologías occidentales que deslegitiman otros modos de conocer y entender el mundo, y subordinan saberes indígenas, populares y comunitarios bajo un paradigma científico dominante. En este marco la *violencia epistémica* es un concepto desarrollado por Spivak y se refiere a la exclusión sistemática de ciertos grupos del ámbito de la producción del conocimiento, cuyas voces silencian y cuya autoridad epistémica niegan.<sup>3</sup>

Como señala Mijangos-Fuentes, en el contexto de la enfermería, esta violencia se manifiesta en la subordinación histórica del conocimiento enfermero frente a la biomedicina, así como en la invisibilidad de las prácticas de cuidado existentes antes de su profesionalización bajo parámetros occidentales.<sup>1</sup> Estos conceptos son fundamentales para comprender cómo la enfermería ha sido configurada dentro de una estructura de poder que reproduce desigualdades, y por qué es necesario cuestionar las narrativas dominantes que han moldeado esta disciplina.

El texto de la profesora Karla Mijangos-Fuentes resulta imprescindible para repensar la construcción académica de la disciplina de enfermería con una crítica demolidoramente incómoda, pues nos confronta con la necesidad urgente de revisar a la *enfermería*, no solo como disciplina científica, sino también como campo académico y profesional. En este sentido, su propuesta se enmarca en una perspectiva poscolonial, posestructuralista y posmoderna, dado que articula una problemática que se adecua al contexto científico-político contemporáneo de la enfermería.<sup>4</sup>

Desde una mirada feminista y situada, la autora explora los intersticios de una práctica del cuidado que, antes de consolidarse como la profesión que hoy conocemos, ya existía bajo otras formas y denominaciones. En este punto, Mijangos-Fuentes problematiza cómo la modernidad, al nombrar y formalizar la enfermería, encubre su preexistencia en tradiciones de cuidado que anteceden a la profesionalización impulsada en el siglo XIX, particularmente por Florence Nightingale. Esta “invención” de la enfermería, moldeada bajo una racionalidad instrumental y altamente tecnificada, se integra en un paradigma biomédico especialista y estadístico, donde la objetivación de los cuerpos y la medición de las acciones se vuelven ejes centrales. Nightingale no solo llevó estas premisas a la academia, sino que con ello consolidó la profesionalización de la disciplina en términos que hoy comenzamos a cuestionar.<sup>5</sup>

Con aguda suspicacia filosófica, la autora vincula la episteme con el *ontos* y reformula la figura de la enfermería como “mujer medicina”, lo cual puede interpretarse como oposición a la conceptualización hegemónica de la disciplina entendida como “ciencia del cuidado”. Esta reformulación permite interrogar las metanarrativas que legitiman el cuidado especializado y la institucionalización de la enfermería, al tiempo que devela el papel de la memoria histórica en la configuración de un modelo formador de enfermeras anclado en la colonialidad del saber, *el modelo Nightingale*. En este punto, es clave preguntarse: ¿Acaso no fue precisamente la incursión de una mujer con privilegios —Nightingale— la que permitió que el cuidado ingresara en la academia? Y, de ser así, ¿qué formas de cuidado quedaron excluidas en este proceso? Por ejemplo, *los saberes populares*.<sup>6</sup>

Con razón, Mijangos-Fuentes alude a la *colonialidad ontológica*, un fenómeno que como varón dentro de la disciplina me resulta particularmente complejo de percibir y problematizar en su totalidad. El cuidado, profesionalmente comprendido como la enfermería, histórica y últimamente feminizada, ha sido subyugado bajo un saber masculino que la ha definido y estructurado. Esto implica que los hombres —y las mujeres— que nos adentramos en la disciplina asumimos roles que han sido construidos desde un horizonte androcéntrico en el que nuestra presencia no es neutra, sino parte de un entramado de poder que perpetúa la violencia epistémica. En este sentido, la enfermería se convierte en un espacio donde la masculinidad se deconstruye y reconstruye, y nos exige repensar

nuestra propia relación con el conocimiento y la práctica del cuidado.<sup>6</sup>

Hablar de violencia epistémica en enfermería es entonces hablar de una deuda histórica —*genealógica* en términos foucaultianos— que ha invisibilizado formas de conocimiento y ha subordinado la experiencia de quienes tradicionalmente han cuidado.<sup>6,7</sup> Se trata de una matriz de dominación que no solo atraviesa la producción de saber, sino también los cuerpos y las subjetividades de quienes ejercemos la profesión.

En este ejercicio de cuestionamiento, la palabra no es un mero vehículo de comunicación, sino un territorio en disputa, un campo donde se juega la legitimidad del conocimiento y la configuración de la realidad. Nombrar es un acto de poder, y en la enfermería, como en otras disciplinas, las palabras han servido tanto para consolidar hegemonías como para abrir grietas en el discurso dominante.<sup>7</sup> Por ello, resulta fundamental atender al lenguaje con una mirada crítica, reconociendo que la forma en que narramos nuestra historia profesional define los límites de lo que es posible pensar y transformar. Cuidar la palabra es, entonces, una forma de resistencia ante la violencia epistémica; es asumir la responsabilidad de interrogar lo dado, de desafiar lo instituido y de abrir espacios para que emerjan otras formas de saber y de ser en el mundo.

Por último, asumir este desafío al que invita la autora implica interpelar nuestras propias posiciones dentro del campo disciplinar y reconocer la urgencia de prácticas que cuestionen la colonialidad del conocimiento en enfermería.

### Referencias

- 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
- Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Espacio Abierto*. 2019;28(1):255-301. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12262976015>
- Chakravorty-Spivak G. Crítica de la razón poscolonial. *Hacia una historia del presente evanescente*. Madrid: Akal; 2010.
- Altamira-Camacho R. Lo científico-político de la enfermería contemporánea: una mirada desde la ciencia de frontera. *Cuidado Multidiscip Salud BUAP*. 2024;6(11):6-11. Disponible en: <https://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/1529>
- Altamira-Camacho R. Epistemología y reflexión crítica en la evaluación de teorías de Enfermería: desafiando paradigmas y construyendo conocimiento. *LUXMED*. 2024;19(56). Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/5004>
- Herrera Justicia S. Pérdida de saberes y habilidades cuidadoras en la familia: la enfermería como agente revitalizador. *Index de Enfermería*. 2019;28(4):169-70. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/ie/e32841>
- Herrera Justicia S. Cuidar la palabra: un desafío en la enfermería contemporánea. *Archivos de la Memoria*. 2022;19:e1922ed. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/am/e1922ed>

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

Altamira-Camacho R. Violencia epistémica y colonialidad: una aportación a la realidad del campo disciplinar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(2):e1514. doi: 10.5281/zenodo.15091759



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